

*L'expérience de la naissance: effet d'une  
césarienne imprévue sur la satisfaction  
maternelle.*

Promoteur:

**Guy Lories**

Mémoire présenté en vue de

l'obtention du grade de Master en

sciences de la famille et de la sexualité

par **Elise Ansay**

Louvain-La-Neuve, mai 2015



## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon promoteur, Monsieur Guy Lories, d'avoir accepté d'encadrer ce mémoire et de m'avoir guidée tout au long de ce mémoire. Merci pour ses remarques judicieuses, sa disponibilité, ses explications qui m'ont permis de mener à bien ce travail.

Merci aux professeurs rencontrés au cours de ce master qui m'ont communiqué leur savoir lors des cours et m'ont appris l'importance de prendre en considération la famille et le couple, dans mon travail au quotidien.

Je remercie d'avance mes lecteurs pour l'attention qu'ils porteront à ce mémoire.

Merci, également, à toutes les personnes qui ont accepté de m'aider dans la relecture, la correction et mise en page de ce mémoire, principalement Jacqueline Goffette et Hadrien Sanzot.

Enfin, je remercie ma famille, mon compagnon, mes amis et collègues pour leur soutien moral, leurs encouragements, leur compréhension et leur patience durant les étapes difficiles de ce travail et tout au long de sa réalisation.



# Table des matières

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>I. PARTIE THEORIQUE .....</b>	<b>5</b>
<i>Chapitre 1: La césarienne imprévue .....</i>	<i>5</i>
<i>Chapitre 2: L'expérience traumatique de la naissance.....</i>	<i>6</i>
2.1. Récits de femmes de l'expérience traumatique.....	7
2.2. Conséquences psychologiques possibles d'une expérience traumatique de la naissance.....	11
<i>Chapitre 3: La notion de satisfaction.....</i>	<i>17</i>
3.1. Historique.....	17
3.2. Essai de définition .....	20
3.3. Mesures de satisfaction .....	22
<i>Chapitre 4: Les facteurs influençant la satisfaction maternelle de l'accouchement .....</i>	<i>24</i>
4.1. Etats des lieux des connaissances antérieures.....	25
4.2. La parité .....	28
4.3. L'anxiété et la dépression.....	30
4.4. Les attentes personnelles.....	34
4.5. La douleur et sa perception .....	36
4.6. Le sentiment de contrôle .....	41
4.7. Le soutien du partenaire et de la famille .....	44
4.8. Le support des professionnels de la santé et son style .....	46
4.9. Description du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) .....	49
<i>Chapitre 5: L'effet du mode d'accouchement.....</i>	<i>53</i>
<b>CONCLUSION PARTIE THEORIQUE .....</b>	<b>57</b>
<b>II. PARTIE PRATIQUE.....</b>	<b>59</b>
<i>Chapitre 6: Description de la méta-analyse .....</i>	<i>59</i>
<i>Chapitre 7: Méthodologie .....</i>	<i>60</i>
7.1. Formulation du sujet et description des objectifs.....	60
7.2. Recherche et sélection des études.....	60
7.3. Estimation de la taille de l'effet.....	62
7.4. Combinaison des effets .....	64

<i>Chapitre 8: Présentation des résultats</i> .....	65
8.1. La taille des effets .....	65
8.2. L'effet combiné .....	69
<i>Chapitre 9: Discussion</i> .....	71
9.1. La taille des effets .....	71
9.2. L'effet combiné .....	85
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>89</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>93</b>
<b>ANNEXE</b> .....	<b>101</b>

## Introduction

La fréquence et les caractéristiques de la césarienne en urgence sont interpellantes dans la pratique professionnelle de sage-femme. Ce mode d'accouchement, de par sa nature imprévisible et urgente, met les futurs parents et les professionnels dans une situation de stress. Les soignants doivent agir rapidement et efficacement et, dans cette précipitation, les futurs parents sont parfois laissés de côté. De plus, la césarienne imprévue ne permet pas aux futures mères de vivre l'accouchement naturel et idéalisé dans la société: l'accouchement spontané. Certaines femmes décrivent alors une expérience traumatisante avec des difficultés dans leur "devenir de mère", de la culpabilité ou encore le sentiment de ne pas être "réellement femme" car elles n'ont pas été capables d'accoucher naturellement. Cependant, l'ampleur de cette souffrance de femme est méconnue, ce qui empêche d'élaborer des moyens de prévention améliorant l'expérience de la naissance.

Cette observation personnelle s'inscrit dans un contexte où le taux de césariennes a augmenté considérablement en Europe et dans le monde, par exemple de 4.5% en 1965 à 29.1% actuellement aux Etats-Unis (cité par Lobel & DeLuca, 2007, p2272). Le changement des pratiques obstétricales, le contexte médico-légal et les incitations financières sont principalement responsables de cette évolution. De plus, davantage de femmes demandent, pour des raisons encore mal comprises, une césarienne programmée à leur gynécologue sans raison médicale (Schindl, Birner, Reingrabner, Joura, Husslein, & Langer 2003). Selon Wiklund, Edman & Andolf (2007), 4 à 18% des césariennes dans le monde se réaliseraient en raison de préférences maternelles pour ce mode d'accouchement. Suite à cette augmentation et à ces nouvelles demandes, la recherche scientifique s'est progressivement inquiétée des conséquences de ce type d'accouchement, tant au point de vue du bien-être physique que psychologique.

Les complications physiques relatives à ce mode d'accouchement sont bien connues, mais les conséquences psychosociales de cet acte chirurgical sont plus incertaines. Selon Bryanton & Gagnon, Johnston & Hatem (2008), une expérience de la naissance négative ou insatisfaisante augmenterait le risque de peur de l'accouchement, de dépression, de trouble de stress post-traumatique, de trouble de l'attachement et perturberait le désir d'enfant. Cependant, l'effet de la césarienne sur la satisfaction maternelle de cette expérience, ainsi que sur des troubles

psychologiques, tels que la dépression du post-partum et le syndrome de trouble post-traumatique, est controversé.

Au vu de la faible prévalence de ces deux troubles dans la population générale, de leur complexité et des conclusions de la revue systématique de Lobel & Deluca (2007) qui ne trouve aucun lien direct entre le mode d'accouchement et les troubles psychologiques, ce mémoire a été orienté vers une notion plus générale: la satisfaction maternelle quant à l'expérience de la naissance. Bien que cette expérience puisse aussi influencer le père, le couple et le nouveau-né, le vécu de la femme sera au centre des préoccupations car celle-ci est en relation directe avec les professionnels de la santé et elle ressent dans son corps et dans son esprit cet événement qui marque sa transition vers la maternité.

Lorsqu'une complication maternelle ou néonatale imprévue survient, pendant le travail ou l'accouchement, une césarienne peut être envisagée. Un délai de trente minutes entre sa décision et sa réalisation est recommandé par le Collège Américain des Obstétriciens et Gynécologues (Lagrew, Bush, McKeown & Lagrew, 2006). Mais, dans les cas extrêmes qui mettent en péril le pronostic vital de la mère et/ou de l'enfant, la césarienne doit être immédiate. Ainsi, les protocoles médicaux prennent le dessus sur les attentes des femmes et dictent les démarches à suivre (Lobel & Deluca, 2008). Ce mode d'accouchement est donc particulier par rapport aux autres, de par la situation clinique imprévue et son caractère urgent.

Ainsi, la césarienne imprévue influence-t-elle la satisfaction de la femme quant à son expérience de la naissance? Existe-il un lien entre ces deux variables et quel est son ampleur? L'hypothèse de départ soutient que ce mode d'accouchement entraînerait plus d'insatisfaction en comparaison de l'accouchement vaginal spontané.

Afin d'y répondre, une revue a tout d'abord été réalisée en première partie de ce mémoire. Il est nécessaire d'y expliquer la procédure de la césarienne imprévue pour se rendre compte de ses caractéristiques et la différencier des autres modes d'accouchement. De même, sont décrits au cours de ce travail, l'expérience de la naissance traumatique et ses conséquences psychologiques, ainsi que la notion de satisfaction actuelle et son historique. Puis, les différents facteurs influençant l'expérience de la naissance répertoriés dans la littérature scientifique, dont l'effet du mode d'accouchement, terminent cette partie théorique.

En seconde partie, une méta-analyse a été réalisée afin de calculer l'ampleur de l'effet de la césarienne en urgence sur l'insatisfaction des femmes quant à leur accouchement. Etant données la petite taille de l'échantillon des femmes césarisées en urgence et les conclusions contradictoires, la méta-analyse a été choisie pour combiner les échantillons des différentes études sélectionnées afin d'en tirer une conclusion. Le sujet, ses objectifs et la méthodologie ont été décrits, le plus précisément possible, afin que cette démarche soit reproductible. Nous avons ainsi été en mesure de présenter la taille des effets et l'effet combiné avant la conclusion finale de ce mémoire.



## I. PARTIE THEORIQUE

### ***Chapitre 1: La césarienne imprévue***

Tout d'abord, ce type de césarienne peut être défini selon deux critères. D'une part, selon le temps entre la prise de décision et l'acte en lui-même, comme dans l'étude de Lagrew & al (2006) où la césarienne est considérée en urgence lorsque le gynécologue évalue que la naissance doit avoir lieu dans les trente minutes ou immédiatement, lors d'une urgence vitale pour la mère ou l'enfant (bradycardie sévère, hémorragie massive, etc...). Elle peut être effectuée pour différentes causes qui mettent en danger la vie de la mère et du nouveau-né, ce qui impose de mettre fin au travail rapidement. Ainsi, un échec de progression du travail, une disproportion fœto-pelvienne, une position fœtale dystocique, une souffrance fœtale, une procidence du cordon, un décollement placentaire, un hématome rétro-placentaire, une crise d'éclampsie, une rupture utérine sont les principales indications d'une césarienne en urgence. Bien qu'il existe des facteurs de risque connus de césarienne non programmée (césarienne antérieure, maladie grave, anomalie placentaire, oligohydramnios), les complications extrêmes citées plus haut sont peu prévisibles. Toutes les parturientes sont donc susceptibles de vivre une césarienne en urgence (Lagrew & al, 2006).

Les différents modes d'accouchement entraînent des complications propres. Ainsi, selon Lobel & DeLuca (2007), la mortalité maternelle est plus forte lors d'une césarienne que lors d'un accouchement vaginal. Des complications telles qu'une infection, une hémorragie, des lésions de l'uretère, de la vessie, des intestins ou de vaisseaux sanguins, une lacération du col, du vagin et du ligament large sont plus fréquentes lors d'une césarienne programmée ou non.

La plupart des études montrent que la morbidité maternelle est plus importante lors d'une césarienne en urgence que lorsqu'elle est planifiée (Hager, Daltveit, Hofoss, Nilsen, Kolaas, Oian & Henriksen, 2004). Ces femmes ont une probabilité plus grande de complications lors des grossesses et naissances ultérieures et plus de difficultés à concevoir par la suite; elles sont plus à risque d'accoucher d'un enfant mort-né et de faire une fausse couche. Selon Miovech & al (1994), leur rétablissement en post-partum semble plus difficile et s'accompagne davantage de douleurs, fatigue, intolérance à l'activité et problèmes de cicatrisation (cité par Weiss, Fawcett & Aber, 2009).

La mortalité néonatale est aussi plus importante en cas de césarienne élective, c'est à dire programmée. L'incidence du syndrome de détresse respiratoire et d'hypertension pulmonaire

est plus grande lorsque que l'enfant naît par césarienne électorive. Ceci est attribuable à l'immaturation du nouveau-né, à l'acte chirurgical et à l'exécution de la césarienne avant le début du travail (Lobel & Deluca, 2007). Lors d'une césarienne en urgence, les risques de morbidité et mortalité pour le nouveau-né augmentent car la souffrance fœtale, qui a souvent motivé l'intervention, s'ajoute aux risques néonataux décrits-ci dessus.

Ensuite, la prise en charge et les soins post-partum lors d'un accouchement vaginal ou lors d'une césarienne sont très différents et dépendent aussi fortement des protocoles des hôpitaux. Alors que la participation des parents et le contact peau à peau lors de la naissance sont encouragés lors des accouchements spontanés, la césarienne reste avant tout une procédure strictement chirurgicale (Smith, Plaat & Fisk, 2008). Outre la divergence des techniques de ces deux types d'accouchement, il faut préciser que, lors d'une césarienne non programmée, la présence du partenaire n'est généralement pas admise en salle d'opération. Le contact précoce peau à peau et l'initiation de l'allaitement maternel sont recommandés dans les trente minutes par l'Initiative Hôpital Amis des Bébé élaborée par L'UNICEF et l'OMS en 1991 (Smith & al, 2008). Alors qu'ils sont pratiqués juste après l'accouchement vaginal d'un enfant en bonne santé, lors d'une césarienne, ils ne seront réalisés, dans la plupart des institutions, qu'au retour de la mère en maternité, soit quelques heures plus tard. Le contact entre la mère et son nouveau-né est donc souvent différé. D'autre part, toutes les césariennes entraînent des difficultés de mobilité les deux premiers jours de post-partum, ce qui réduit les capacités de la mère à s'occuper de son bébé. Les parents peuvent donc ne pas se sentir comme des participants actifs à la naissance de leur enfant (Smith & al, 2008). Ces différences pourraient, elles aussi, influencer chez la femme le vécu de son expérience de la naissance. D'ailleurs, dans l'étude de Bryanton & al (2007), l'analyse de régression linéaire multiple a montré que le contact avec l'enfant dans l'heure qui suit la naissance est le deuxième facteur le plus prédictif de l'expérience de la naissance des femmes, tous types d'accouchement confondus.

## ***Chapitre 2: L'expérience traumatique de la naissance***

Tout d'abord, la prévalence du vécu traumatique de l'accouchement diffère beaucoup selon les auteurs et selon la période testée dans les études. Selon Waldenstrom, Hildingsson, Rubertsson & Radestad (2004), le taux national suédois de femmes qui vivent une expérience négative de la naissance est de 7%. Trois ans après l'accouchement, plus de 16% des femmes

gardent un souvenir négatif de leur accouchement selon l'étude de Rijnders, Baston, Schonbeck, Van der Pal, Prins, Green & Buitendijk (2008).

D'une part, le vécu traumatique de l'accouchement peut être influencé par l'intervention médicale pendant le processus de l'accouchement, le mode d'accouchement et la manière dont les professionnels prennent soin des parturientes (Allen, 1998; cité par Elmir, 2010). D'autre part, selon Thompson & Downe (2008), ce vécu peut aussi survenir lors d'une naissance sans problème apparent (cité par Elmir, 2010, p 2143).

### 2.1. Récits de femmes de l'expérience traumatique

La méta-ethnographie d'Elmir, Schmied, Wilkes & Jackson, (2010) a regroupé dix études qualitatives rapportant l'expérience traumatique de la naissance et les perceptions maternelles. Ils ont découvert cinq thèmes majeurs pour décrire cette expérience qui ont inspirés l'organisation de cette séquence.

#### "Sentiment d'être invisible et sans contrôle".

Les femmes souhaitent et s'attendent à ce que les professionnels leur communiquent régulièrement l'évolution du travail, leur statut et des informations sur le bien-être de leur enfant, car elles considèrent ces informations comme centrales; elles désirent être impliquées dans la prise de décision. Selon Ryding, Wijma & Wijma (1998b), la compréhension des raisons de l'intervention est essentielle pour le bien être psychosocial de la femme. Si les patientes ne sont pas informées et impliquées dans les décisions, elles peuvent se sentir invisibles aux yeux des professionnels. Quelques fois, "l'équipe soignante semble trop occupée pour expliquer ce qui se passe à l'accouchement, ce qui peut entraîner malaise et anxiété" (Allen, 1998; cité par Elmir, 2010, p2146). Certaines femmes déclarent que leurs opinions ont été ignorées par les soignants et qu'elles ont été soumises à des décisions autoritaires. Ainsi, elles ont le sentiment d'être sans contrôle sur la situation, ce qui peut entraîner un sentiment d'impuissance et de culpabilité. Selon Salter (2009), "Le comportement et les interactions des professionnels de la santé avec les femmes en travail ont une influence majeure sur ce sentiment"(cité par Elmir, 2010 p2151).

Selon Somera, Feeley & Ciofani (2010), le manque de contrôle est fortement ressenti par les femmes qui subissent une césarienne en urgence. Dans l'urgence, les femmes se sentent incapables de contrôler les séquences des événements et elles ont peu de temps pour prendre

conscience de ce qui se passe, ce qui génère de l'inquiétude et un sentiment d'impuissance. Dans un contexte où l'acte chirurgical s'effectue rapidement après la prise de décision, peu de temps est laissé à la femme pour qu'elle se prépare psychologiquement et cela peut limiter ses capacités d'adaptation en post-partum. En outre, différentes études dont celles de Bryanton & al (2008) ont indiqué que le maintien du sentiment de contrôle sur cet événement est un important indicateur de la perception des femmes. Selon l'étude de Goodman, Mackey & Tavakoli (2004), les femmes qui ressentent un niveau de contrôle bas sont les moins satisfaites de la naissance et sont plus à risque d'être d'humeur déprimée en post-partum.

### "Etre traitée humainement"

Lorsque l'accouchement est vécu de manière négative, les femmes décrivent parfois les soins autour de cet événement comme inhumains et peuvent même les décrire par des mots tels que "barbares, intrusifs, horribles et dégradants" (Thompson & Downe 2008; cité par Elmir, 2010, p2147). Certaines décrivent même qu'elles se sentaient comme une "tranche de viande". Surtout si un grand nombre de personnes assiste à l'accouchement sans leur consentement, cela augmente leur insatisfaction face à cette expérience. Selon Thompson et Downe (2008), certaines parturientes attendent avec impatience la fin du "supplice de la naissance" et Beck (1994) explique même que d'autres "rapportent le sentiment d'être victime d'un crime violent ou d'un viol" (cité par Elmir, 2010, p2147).

### "Le sentiment d'être coincée : cauchemars récurrents de l'expérience de la naissance."

Certaines femmes décrivent des souvenirs violents, des cauchemars et des flashbacks de cette expérience traumatique, dans les mois ou l'année suivant la naissance. Le fait de "revivre l'expérience affecte leur vie et leur habilité à fonctionner au quotidien" (Ayers, 2007; Beck, 2006; Beck & Watson, 2008; Moyzakitis, 2004; cité par Elmir, 2010, p2148). Elles évitent souvent d'être confrontées à des situations leur rappelant cet événement (Elmir & al, 2010). D'ailleurs, certaines études montrent que l'expérience de la naissance influence la reproduction des couples et la poursuite de l'allaitement maternel (Beck & Watson, 2008; cité par Elmir, 2010, p 2149).

### "Des émotions mixtes suscitées par cet événement."

Les différentes études (Ayers, 2007; Beck, 2006; Moyzakitis, 2004; cités par Elmir, 2010, p2149) ont découvert respectivement que la peur, l'anxiété, la panique, la dépression et les

idées suicidaires pouvaient envahir les femmes ayant vécu difficilement leur accouchement. Cela entraîne des conséquences psychologiques et physiques telles que le manque de confiance en leurs capacités d'être mère et même la dépression (Ayers, 2007; citée par Elmir, 2010, p2149). Selon Ayers (2007) et Beck (2006), certaines femmes sont en colère contre elles-mêmes, pour ne pas avoir exprimé leurs préoccupations en ce qui concerne la naissance et en relation avec les différentes procédures entreprises. Ceci rejoint leur souhait de participer activement aux décisions et l'importance du respect de leur opinion de la part des professionnels.

#### "Impact sur les relations personnelles."

Une expérience de l'accouchement traumatisante peut perturber la relation mère-enfant et induire chez la mère des émotions négatives envers son bébé. Dans diverses études (Beck, 2004; Beck & Watson, 2008; Nicholls, 2007; cité par Elmir, 2010, p2149), certaines femmes expliquent se sentir éloignées et déconnectées physiquement de leur bébé. Elles éprouvent peu d'émotions envers lui et interagissent peu avec leur enfant. Quelques-unes peuvent même mal supporter la proximité accrue avec le bébé lors de l'allaitement, car elles le ressentent comme un étranger.

Cependant, "l'allaitement donne aussi l'occasion de surmonter cette naissance difficile et de prouver leur succès en tant que mère" et ainsi de compenser cet événement (Beck & Watson, 2008; cité par Elmir, 2010, p2150). De plus, "l'allaitement et la proximité du bébé aident les femmes à guérir et à se remettre de leurs épreuves; plus important encore, il a donné lieu à des niveaux plus élevés de satisfaction personnelle et de confiance (Berg & Dahlberg, 1998; Beck & Watson, 2008; cité par Elmir, 2010, p2150).

Certaines femmes, conscientes de leurs difficultés, essaient de construire malgré tout un lien fort avec leur nouveau-né et ainsi de compenser le traumatisme subi. Elles peuvent alors développer des comportements hyper protecteurs et de l'hyper vigilance envers leur enfant (Ayers, 2007; Nicholls, 2007 & Allen, 1998; cité par Elmir, p2149, 2010).

D'autre part, la relation avec le partenaire peut être perturbée, particulièrement lorsque la femme ressent de sa part un manque de compréhension de son vécu et de ses besoins (Elmir & al, 2010). Les parturientes ont particulièrement besoin d'empathie, de parler de leurs ressentis, de se sentir écoutées et d'être soutenues par leur partenaire, comme l'ont mis en évidence de nombreuses études (Elmir & al ,2010; Lobel & Deluca, 2007).

Selon l'article d'Elmir & al (2010), une expérience traumatique de la naissance peut aussi influencer l'intimité du couple. Les femmes peuvent éviter les relations sexuelles avec leur partenaire par peur d'une nouvelle grossesse ou par difficulté de rentrer en contact physique avec lui car parfois "elles ne veulent plus être touchées par personne" (Nicholls, 2007 ; cité par Elmir, 2010, p2150). Cela entraîne alors des tensions dans le couple qui peuvent, si elles perdurent, engendrer une séparation.

Après la description générale de l'expérience traumatique, il est intéressant de présenter le récit de femmes césarisées en urgence. Malheureusement, peu d'études qualitatives décrivent l'expérience de la césarienne en urgence.

En salle de naissance, les mères arrivent souvent avec un sentiment de sécurité et des attentes positives sur le déroulement de leur accouchement. Cependant, quand le travail se termine en césarienne, sans qu'elles aient pu se préparer à cette possibilité, elles éprouvent alors différents sentiments décrits dans l'étude menée par Ryding, Wijma & Wijma (1998a). Peur, déception et tristesse apparaissent lors de l'annonce d'une éventuelle césarienne, avec des répercussions possibles sur leur bien-être psychologique en post-partum. Lors de la confirmation de la décision, elles espèrent cependant que tout se passera bien pour elles et leur bébé; elles se sentent parfois soulagées que la naissance ait bientôt lieu et que la douleur diminue. Toutefois, en salle d'opération, elles sont souvent effrayées, ont peur d'être blessées et même de mourir. Une minorité exprime de la colère contre l'équipe soignante, lorsqu'elle a le sentiment de ne pas avoir été bien traitée. Mais, souvent, le bonheur et la joie accompagnent la rencontre avec l'enfant et diluent les sentiments négatifs.

Somera & al (2009) ont mis en évidence sept thèmes ressortant de l'expérience des interviews de neuf femmes canadiennes ayant vécu une césarienne en urgence: "C'était pour le mieux", "je n'avais plus de contrôle", "tout allait bien se passer", "j'étais tellement déçue", "j'étais effrayée", " je ne pouvais pas y croire" et "j'étais excitée". Le principal ressenti de ces femmes est la perte de contrôle face à cet évènement, comme déjà décrit ci-dessus. Ensuite, certaines femmes ont considéré ce mode d'accouchement comme essentiel pour la survie et le bien-être de leur enfant et se sont concentrées sur ce but ultime d'avoir un enfant en bonne santé. Pour pouvoir faire face à la situation, certaines affichent du déni, mais d'autres ont essayé de se convaincre que « tout allait bien se passer» ou que « c'est pour le bien de mon enfant ». Ces pensées positives les ont aidées à surmonter cette situation et ont pu minimiser leur détresse face à cet imprévu. Certaines se sont aussi tournées vers leur croyance religieuse pour trouver

soutien et protection. Somera & al (2009) utilisent la notion de coping pour expliquer la différente gestion des émotions des femmes.

Le coping consiste en un effort cognitif et comportemental que les personnes utilisent pour gérer l'évènement et les émotions générées. Ainsi, le manque de contrôle peut faire percevoir la césarienne comme une menace alors que son évaluation positive suggère que les mères ont pu s'ajuster à cet évènement stressant.

D'autres femmes ont exprimé le fait qu'elles étaient déçues de la tournure des évènements, car elles avaient espéré autre chose pour leur accouchement. Certaines ne pouvaient même pas croire en la nécessité de faire une césarienne, tant elle ne l'avait pas envisagé, et tellement elles étaient sous le choc de cette annonce inattendue.

Enfin, Somera & al (2009) décrivent deux dernières catégories très opposées : celles qui étaient effrayées et considéraient le pire scénario en envisageant même leur mort ou celle de leur enfant et celles qui étaient excitées à l'idée que la naissance arrive enfin et qu'elles rencontrent leur nouveau-né.

Comme le montrent ces études, les ressentis et perceptions des femmes face à cet événement imprévu sont très variables et subjectifs. Toutefois, même si pour certaines le recours à une césarienne semble très bien accepté, pour d'autres, ce vécu peut être très traumatisant. D'autres recherches semblent nécessaires pour mettre en lumière les principales causes d'une expérience traumatique afin de mieux pouvoir la prévenir.

## 2.2. Conséquences psychologiques possibles d'une expérience traumatique de la naissance

Certains auteurs pensent que si la césarienne est vécue comme une expérience négative, elle peut entraîner des effets immédiats et à long terme sur la santé de la femme, sa relation avec son enfant et son partenaire, ainsi que sur son désir ultérieur de grossesse.

Lorsque l'expérience de la naissance est positive, la femme peut éprouver un sentiment d'accomplissement et une meilleure estime d'elle-même selon Simkin (1991). Bryanton & al (2007) ajoutent que les femmes qui ont surmonté le travail de l'accouchement décrivent un sentiment de maîtrise, de force et de compétence.

Par contre, une expérience négative ou traumatique de la naissance pourrait avoir des impacts négatifs sur l'estime de soi de la femme et sur sa santé mentale (Bryanton, 2008, p24) et influencer également la maternité de la femme, ses relations avec son partenaire et son bébé. Ce vécu pourrait également favoriser la survenue de symptômes du trouble de stress post-traumatique (Ballard, 1995; Reynold, 1997; cité par Waldenstrom, 2004; Beck, 2004; cité par Bryanton, 2008), une humeur dépressive (Righetti-Veltema, 1998; Rubertsson, 2003; cité par Waldenstrom, 2004), le souhait d'accoucher par césarienne pour les prochaines naissances (Hildingsson, 2002; cité par Waldenstrom, 2004) et, plus rarement évoqué, il pourrait nuire au lien mère-enfant (Laurence, 1997; cité par Goodman, 2004 - Reynolds, 1997; cité par Bryanton, 2008; Kumar, 1997; cité par Stadlmayr, 2004; Elmir, 2010).

Certaines recherches se sont donc intéressées aux impacts de la césarienne en urgence sur le bien-être psychologique de la femme, mais leurs résultats diffèrent beaucoup d'une étude à l'autre. Ainsi, les deux conséquences psychologiques principales de ce mode d'accouchement évoquées sont décrites brièvement ci-dessous.

#### La dépression du post-partum

Tout d'abord, certaines études trouvent une association entre la césarienne et la survenue de la dépression du post-partum (Rauh, Beetz, Burger, Engel, Haberle, Fasching, Kornhuber, Beckmann, Goecke & Faschingbauer, 2012; Verdoux, Sutter, Glatigny-Dallay & Minisini, 2002). Lors de leur enquête sur un échantillon aléatoire de 5332 femmes anglaises, Rowlands & Redshaw (2012) ont aussi découvert que les femmes qui subissent un accouchement vaginal avec l'aide de forceps ou une césarienne non programmée rapportaient plus de symptômes de dépression en post-partum que celles qui ont eu un autre mode d'accouchement.

Mais d'autres études d'importante ampleur ne démontrent pas ce lien. En effet, selon l'étude de Patel, Murphy & Peters (2005) portant sur 14 663 participantes, le risque de développer une dépression postnatale n'augmente, ni pour les femmes qui ont subi une césarienne en urgence, ni pour celles qui ont eu un accouchement vaginal assisté.

Sword, Kurtz Landy, Thabane, Watt, Krueger, Farine & Foster (2011) ne trouvent pas non plus d'impact du mode de naissance sur la survenue de dépression du post-partum. Cependant, ils modèrent leurs résultats en expliquant que si ce facteur interagit avec d'autres variables, le type d'accouchement pourrait créer un risque de dépression du post-partum, mais d'autres études seraient nécessaires pour appuyer cette idée. Carter & al (cité par Sword, 2011)

pensent également que la césarienne peut être un facteur de risque de dépression, seulement si la femme est vulnérable à d'autres variables.

En outre, une étude de cohorte, réalisée par Adams, Eberhard-Gran, Sandvik, & Eskild (2011) sur 55 814 femmes suédoises, a évalué la santé mentale des femmes à trente semaines de grossesse puis à six mois de post-partum. Ils ont comparé les différents modes d'accouchement avec les statuts émotionnels des femmes par des méthodes statistiques. De par leur analyse, ils ont trouvé que la détresse émotionnelle à trente semaines d'aménorrhée était fortement liée à un niveau de détresse émotionnelle à six mois de post-partum et que le mode d'accouchement n'est pas un facteur déterminant pour la détresse émotionnelle en post-partum. En effet, aucune augmentation de la prévalence de détresse émotionnelle en post-partum n'a été observée pour les femmes ayant vécu une césarienne en urgence ou un accouchement assisté par des forceps après ajustement de la détresse émotionnelle. Notons qu'ils ont principalement évalué les symptômes d'anxiété et de dépression. Ainsi, selon ces auteurs, beaucoup d'études manquent d'information sur la santé mentale des femmes pendant la grossesse et surestiment ainsi l'effet du mode d'accouchement sur le bien-être psychologique.

De plus, la revue systématique de Lobel & Deluca (2007) a pour objectif d'examiner les conséquences psychosociales de la césarienne pour la femme, ses médiateurs et implications, et de donner des recommandations pour les futures recherches et des suggestions d'interventions. Ils ont utilisé le mot clef "cesarean" et dix-neuf autres termes reliés aux conséquences médicales et psychosociales de la césarienne. Les études devaient répondre à quatre critères méthodologiques pour être incluses: avoir un échantillon de minimum cinquante femmes, avoir un groupe témoin de femmes qui ont accouché par voie vaginale ou comparer la césarienne planifiée et celle en urgence, utiliser une méthode transversale ou prospective et des mesures dont les propriétés psychométriques sont établies. Selon Lobel & Deluca (2007), les recherches, qui étudient la relation entre le mode d'accouchement et la dépression post-natale, ont tendance à parler d'humeur dépressive et donc d'un niveau de dépression inférieur au seuil clinique défini. Ces auteurs suggèrent ainsi l'existence d'autres facteurs pouvant modérer l'impact du type d'accouchement sur l'état émotionnel en post-partum, tels que le statut émotionnel prénatal ou les caractéristiques du tempérament qui influencent le stress, le coping et les émotions de la femme pendant la grossesse et le post-partum (Graham, Lobel & DeLuca, 2002; cité par Lobel & Deluca, 2007).

## Le syndrome de stress post-traumatique

Dans la littérature scientifique, il apparaît que l'accouchement pourrait à lui seul provoquer un syndrome de stress post-traumatique. Cependant, ce phénomène récent reste encore assez méconnu ; ainsi les recherches sur sa prévalence et les facteurs de risque varient. Les études décrites ci-dessous traitent de l'incidence de ce trouble en fonction des différents modes d'accouchement et principalement suite à une césarienne non programmée.

Tout d'abord, Ryding & al (1998b) ont interrogé les pensées et sentiments de 25 femmes qui ont eu une césarienne non programmée. Leurs résultats montrent que 16 femmes sur 25 ont rapporté que leur expérience de césarienne en urgence était traumatique. Selon ces auteurs, l'habileté de la femme à se sentir en confiance et la relation entre ses attentes et son expérience influencent son vécu. Ils ont d'ailleurs remarqué que, plus les femmes étaient déçues, en colère et en désaccord avec la tournure des événements, plus elles avaient un risque de développer des symptômes du trouble de stress post-traumatique, tels que des cauchemars, des flash-back et mauvais souvenirs de leur césarienne, six semaines après l'accouchement.

Une recherche australienne (Gamble & Creedy, 2005) a étudié la relation entre le mode d'accouchement et la survenue d'un traumatisme psychologique en post-partum grâce à une interview structurée évaluant les critères diagnostics du syndrome de stress post-traumatique (PTSD) selon le DSM- IV. Selon ces auteurs, il est plus probable que les femmes ayant subi une césarienne non programmée ou un accouchement vaginal instrumental développent des symptômes du syndrome de stress post-traumatique, après quatre à six semaines de post-partum, que celles dont la césarienne était planifiée ou qui ont accouché spontanément.

Rowlands & Redshaw (2012), qui ont mené une enquête nationale sur 5332 femmes britanniques, ont étudié l'influence du mode d'accouchement, principalement l'accouchement vaginal assisté et la césarienne en urgence, sur le bien-être psychique et physique des femmes, dans les trois premiers mois du post-partum. Trois mois après la naissance, les femmes ont choisi, dans une liste de symptômes physiques et psychologiques, ce qu'elles avaient ressenti à dix jours, un mois et trois mois de post-partum. Les analyses de régressions logistiques multiples ont prouvé que les femmes qui subissent un accouchement par forceps ou une césarienne imprévue rapportent un moins bon état de santé et de bien-être psychologique en post-partum par rapport à celles qui accouchent de manière spontanée ou par césarienne

programmée. Lors des accouchements vaginaux avec forceps, les femmes sont plus susceptibles, par rapport aux autres groupes, de décrire des symptômes de dépression, d'anxiété et de type du syndrome de stress post-traumatique (PTSD), à un mois de post-partum. A trois mois de post-partum, la présence de deux ou plusieurs symptômes de types PTSD reste significativement plus importante chez les femmes qui ont subi un accouchement par forceps contrairement aux autres groupes (7% contre 2 ou 3% pour les autres). D'autre part, la césarienne non programmée est légèrement associée à un risque plus élevé de développer deux ou plusieurs symptômes de type PTSD à un mois de post-partum que les femmes qui ont accouché spontanément. Toutefois, cette étude, basée sur l'auto-évaluation rétrospective du bien-être des femmes en post-partum, parle de symptômes *de type* PTSD et non du syndrome en tant que tel.

Lors de l'étude prospective et longitudinale de Creedy, Shochet & Horsfall (2000) réalisée sur 499 femmes représentant la population australienne, ils ont évalué trois facteurs pouvant contribuer à l'apparition de symptômes de trauma aigu: les facteurs anténataux, dont l'état d'anxiété, qui ont été interrogés au troisième trimestre de grossesse, les interventions obstétricales et enfin, la perception des soins pendant le travail et l'accouchement. Ces deux derniers ont été rapportés par les femmes lors d'une interview téléphonique, quatre à six semaines après l'accouchement. Les résultats de cette étude ont mis en évidence que les interventions obstétricales, en particulier la césarienne en urgence et l'accouchement avec forceps, prédisaient l'apparition de symptômes de trauma aigu en post-partum. Parmi leur échantillon, 33% des femmes ont rapporté une naissance traumatique et la présence d'au moins trois symptômes de trauma et 5,6% de femmes interrogées rencontrent les critères du syndrome de stress post-traumatique aigu décrit dans le DSM-IV. Selon leurs analyses, les variables prénatales ne contribuent pas au développement des symptômes de traumatisme aigu ou chronique. Ils concluent leur étude en affirmant que les femmes qui ont subi à la fois des interventions obstétricales lourdes et qui sont insatisfaites des soins reçus pendant le travail et l'accouchement sont les plus susceptibles de développer des symptômes du trouble de stress post-traumatique.

Ces études sont difficilement comparables entre elles car elles utilisent des terminologies différentes; certaines parlent de symptômes de type PTSD, de réactions post-traumatiques, de troubles de stress aigu, etc... sans définir exactement ces notions. De plus, la prévalence de ces troubles diffère fortement si l'on parle du syndrome ou de certains de ces symptômes

uniquement. Enfin, les résultats de l'association entre le mode d'accouchement et la survenue de troubles psychologiques sont très contradictoires et laissent à penser que d'autres facteurs modulent cet effet.

Stadlmayr, Schneider, Amsler, Burgin, & Bitzer (2004) affirment que, jusqu'à présent, il est difficile de connaître l'effet de l'expérience émotionnelle négative sur le développement maternel de troubles psychologiques.

La revue systématique de Lobel et Deluca (2007), décrite préalablement, a analysé les méthodologies de différentes recherches menées sur les conséquences psychosociales de la césarienne et des médiateurs possibles de celles-ci. Ils ont découvert que la différence la plus documentée était l'insatisfaction de l'accouchement pour les femmes qui ont subi une césarienne. Bien qu'ils aient aussi étudié l'influence de la césarienne sur la survenue de la dépression et du trouble de stress post-traumatique, ils n'ont pas trouvé d'études pertinentes confirmant un lien direct. Ces auteurs suggèrent ainsi l'existence d'autres facteurs pouvant modérer l'impact du type d'accouchement sur l'état émotionnel en post-partum et insistent sur le fait que les attentes des femmes et leurs sentiments de contrôle sur la naissance sont des contributeurs centraux aux séquelles psychologiques suite à une césarienne. Diverses interventions permettent d'améliorer ces variables. Informer les femmes sur l'accouchement et la possibilité d'avoir une césarienne leur permet d'avoir des attentes réalistes sur l'accouchement. De plus, l'information des femmes sur la césarienne, ses indications, ses procédures et ses risques, est importante car elle permet de diminuer la stigmatisation sociale de la césarienne, aide à normaliser ce mode d'accouchement et à le comprendre. De telles informations peuvent aussi réduire les craintes et permettre aux femmes qui vont être césarisées de s'y préparer et d'anticiper ce qui se produira. Renforcer le contrôle maternel est aussi une solution et se réalisera par exemple, en discutant avec la femme des risques et des avantages de la césarienne, avant la prise de décision. Le vécu pourra aussi être amélioré par la présence du partenaire en salle d'opération et l'occasion de toucher son nouveau-né dès sa naissance (DeLuca & Lobel, 2000; Fisher, 1997; cité par Lobel & Deluca, 2007). Idéalement, les différentes étapes de la césarienne seront expliquées aux couples en préopératoire, mais, si ce n'est pas possible, un débriefing complet des raisons de la césarienne et des différentes séquences devra être effectué en post-partum et permettra aux couples d'éviter les zones d'ombres et les questions sans réponse sur cet évènement.

Etant données les conclusions de cette revue systématique et la difficulté de trouver des résultats pertinents et utilisables sur l'association de la césarienne imprévue et la survenue de troubles psychologiques en post-partum, ce travail a davantage été orienté sur la satisfaction de la femme quant à son expérience de la naissance, suite à une césarienne réalisée en urgence.

### ***Chapitre 3: La notion de satisfaction***

#### **3.1. Historique**

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, les professionnels de la santé se souciaient surtout de la santé physique de la femme et du nouveau-né après la naissance et peu de leur bien-être psychologique, car leurs principales préoccupations étaient de faire chuter la mortalité périnatale.

L'évolution des mentalités concernant la mise au monde d'un enfant, comme plus tard le concept de l'enfant désiré, ont lentement mûri au fil des années, avec la baisse de la mortalité conjointe à celle de la fécondité, qui se sont amorcées dès la fin du dix-huitième siècle (Leridon, 1995). La mortalité a alors diminué grâce à l'amélioration de l'alimentation, puis aux progrès dans la prévention des maladies et dans les règles d'hygiène, à partir du dix-neuvième siècle. La découverte et la mise en œuvre des vaccinations (dès 1796), des principes d'asepsie (dès 1880 avec les travaux de Pasteur) et des traitements antiseptiques, utilisés pendant la seconde guerre mondiale grâce aux antibiotiques inventés par A. Fleming, vont faire chuter considérablement la mortalité. A partir de 1900, "la mortalité infantile tombe de 150 pour 1000 à 10 pour 1000 en 80 ans"! (Leridon, 1995, p37). En même temps, la fécondité s'est mise à baisser dès la révolution française et pendant près de deux siècles sans discontinuer ; à l'exception de quelques fluctuations surprenantes comme le baby-boom de l'après-guerre de 1946 à 1965 (Leridon, 1995).

Les comportements de reproduction changent évidemment avec la chute de la mortalité infantile et la possibilité d'imaginer un avenir à chaque enfant, d'où l'idée d'une limitation du nombre de naissances. L'enfant commence à être reconnu comme individu et la femme également. La maîtrise de la reproduction par les méthodes naturelles puis hormonales révolutionne la vie des femmes: le vécu face à la grossesse et l'accouchement devient enfin digne d'intérêt (Leridon, 1995). La libération sexuelle amorcée par mai 68, suivie de

l'avènement de la contraception dans les années 70 et de la dépénalisation partielle de l'avortement en 1990 en Belgique ont aussi fait évoluer progressivement le statut de la femme et la prise en compte de son point de vue dans divers domaines. Ainsi, ce contexte sociétal a probablement influencé les politiques de santé publique, la pratique obstétricale et la recherche scientifique.

De plus, l'accès à des soins de santé de qualité a permis de diminuer la mortalité maternelle dans les pays industrialisés. Les politiques de santé ont encouragé la formation des professionnels de la santé et la création d'un environnement professionnel adapté, afin que chaque femme enceinte et chaque nouveau-né puissent avoir accès à ces soins. Encore aujourd'hui, des associations telles que le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, le Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle et l'Organisation Mondiale de la Santé décrivent des recommandations pour la pratique clinique.

L'émergence d'un nouveau concept a bouleversé le modèle biomédical dans les années 50 aux Etats-Unis et dans les années 70 en Europe: la qualité de vie, qui comprend les notions de bonheur, de satisfaction de vie, de santé, de bien-être, etc... (Bruchon-Schweitzer, 2002). Ce concept s'est développé dans les domaines de la philosophie (le bonheur comme concept métaphysique), de la psychologie, de l'économie (satisfaction des consommateurs), de la politique (le "droit au bonheur" dans la constitution américaine) et en médecine. Etant donnée l'amélioration de l'espérance de vie et des techniques médicales, les médecins et chercheurs se sont davantage intéressés au bien-être du patient plutôt qu'à sa simple survie. Cela a entraîné un retour à la conception humaniste de la médecine et à la prise en compte progressive de l'impact physique, psychologique et social des soins et traitements. Ainsi, "c'est le bénéfice pour les patients, plutôt que la sophistication technique à tout prix, qui est de plus en plus souvent pris en compte dans les choix thérapeutiques" (cité par Bruchon-Schweitzer, 2002, p46). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a alors renforcé la définition de la santé qui est "un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité" (1946) lors de la conférence d'Alma Ata (1976) puis celle d'Ottawa (1986) prônant la santé pour tous en l'an 2000. Puis, l'OMS définira la qualité de vie en 1994 en insistant sur son importance: "la qualité de vie est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses relations sociales, son niveau d'autonomie, ainsi que sa relation aux facteurs essentiels de son environnement" (cité par Bruchon-Schweitzer, 2002, p46). Ces conférences, puis en 2002 la loi

relative au droit du patient, mettent celui-ci au cœur des soins et lui donnent, entre autre, le droit à l'information, au consentement éclairé, au libre choix du praticien et à des soins de qualité (Moniteur Belge, 2002). Ainsi la perception du patient et des soins change complètement et oblige les institutions à s'en préoccuper.

Au vu de ce contexte historique, on comprend mieux pourquoi les opinions, préférences et expériences des femmes n'étaient pas prises en compte, jusque dans les années quatre-vingts (Lavender, Walkinshaw & Walston, 1999) et que les attentes des femmes par rapport à leur expérience de la naissance ont augmenté à partir de la diminution de la mortalité périnatale (Gibb, 1993; cité par Lavender, 1999), mais aussi à partir de l'évolution de la conception de la famille et des soins de santé de qualité.

Selon Hodnett (2002), on a commencé à s'intéresser au vécu des femmes concernant leur accouchement dans les dernières décennies. Mesurer la satisfaction maternelle permettait alors de mieux analyser la qualité des soins de santé au point de vue des professionnels, des institutions et de la santé publique et de mettre en place des projets d'amélioration de ceux-ci (Goodman & al, 2004). Ainsi, les premières études sur la satisfaction des femmes portaient essentiellement sur la satisfaction des soins de santé, mais pas sur la satisfaction globale liée à l'expérience de la naissance. La satisfaction des soins de santé pouvait alors être définie comme "l'évaluation personnelle des services de santé et des soignants" qui souligne les préférences, les attentes individuelles et la réalité des soins reçus (Ware, 1983, p247 ; cité par Sawyer, 2013). Certes, cette évaluation sera toujours nécessaire afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des parturientes en maternité, mais elle n'englobe pas entièrement la satisfaction de la femme face à son expérience de la naissance. En effet, être satisfaite des soins périnataux reçus participe à la perception positive de l'expérience de la naissance, mais ne représente pour la femme qu'un élément partiel de son sentiment de satisfaction (Waldenstrom, 1996; cité par Bryanton, 2008). L'étude prospective de Green, Coupland, & Kitzinger (1990) portant sur 825 anglaises montre, par exemple, qu'une femme peut être déçue des soins et de l'accompagnement des professionnels de la santé tout en étant satisfaite de son propre comportement et dès lors, éprouver un sentiment globalement positif de cette expérience (cité par Bryanton, 2008).

Ainsi, ce n'est que petit à petit que les services de maternité ne vont plus se soucier uniquement d'assurer la sécurité de la mère et de l'enfant par les soins physiques, mais qu'ils

vont progressivement prendre en compte, dans leurs procédures, le bien-être psychologique et la satisfaction globale des femmes quant à leur accouchement. L'émergence des sciences psychologiques, sociales et comportementales dans la société et dans la formation des sages-femmes qui, historiquement, se basait uniquement sur le modèle médical, a permis de comprendre l'expérience de la naissance comme un phénomène physiologique, psychologique, social et culturel (Larkin, Begley & Devane, 2007). Ainsi, les professionnels de la santé ont perçu la parturiente de manière globale en s'intéressant aux aspects physiques, psychologiques et environnementaux qui contribuent à l'évaluation positive de son expérience du travail et de l'accouchement (Lavender & al, 1999).

Actuellement, donner naissance est perçu comme un évènement majeur qui entraîne de nombreux remaniements dans la vie d'une femme. Ainsi, les soins périnataux sont davantage centrés sur les choix et les préférences de la femme et du couple. Aujourd'hui, de plus en plus de couples se présentent en maternité avec un projet de naissance élaboré lors d'un suivi prénatal, le plus souvent avec une sage-femme. Ils y décrivent les modalités souhaitées pendant le travail et l'accouchement. Cela s'inscrit dans la tendance actuelle à vouloir contrôler les choses et contribue aussi à multiplier les attentes face à cet évènement. On peut supposer que cela ne sera pas sans influence sur le degré de satisfaction de la femme.

### 3.2. Essai de définition

Tout d'abord, selon le dictionnaire Le Petit Larousse Illustré (2004), la satisfaction résulte de "l'action de satisfaire un besoin, un désir, une demande, une tendance". Elle peut aussi être définie comme "le contentement, la joie résultant en particulier de l'accomplissement d'un désir, d'un souhait". Cependant, cette définition est très théorique et ne peut entièrement décrire la notion que nous essayons d'approcher.

Bramadat et Driedger (1993) assimile la satisfaction de la naissance au sentiment qui résulte de l'évaluation positive de l'expérience du travail (cité par Bryanton, 2008, p25).

Dans sa revue systématique portant sur les facteurs influençant l'évaluation par la femme de son expérience de la naissance, Hodnett (2002) estime que la notion de satisfaction suppose une réponse affective positive à une expérience et une évaluation cognitive de la réponse émotionnelle. Cet auteur explique que ce concept fait référence à la théorie d'accomplissement et de discordance (Lawler, 1973; Siegrist, 1996). Selon la théorie de

l'accomplissement, la satisfaction des patients est influencée par les résultats de l'expérience sans que les attentes ou les souhaits préalables soient pris en considération, alors que la théorie de discordance évalue les différences entre ce qui est attendu ou souhaité et ce qui est vécu, pour mesurer la satisfaction. Cette théorie a été décrite par Lawler en 1973 dans les recherches sur la satisfaction au travail (Man, Modrak, Dima & Pachura, 2011). Trois questions sont essentielles pour déterminer la satisfaction de l'employé au travail: qu'est-ce que la personne souhaite, qu'attend-elle et que reçoit-elle? En plus de cela, "ce qu'on reçoit doit être juste et en fonction de ce qu'on mérite": par exemple, un travailleur reçoit un salaire en fonction de ses qualifications. Donc, l'individu mesure sa satisfaction en fonction de ce qu'il obtient et par rapport à ce qu'il croit mériter. La satisfaction ou l'insatisfaction d'une personne proviendrait de ce qu'elle ressent comme important, précieux ou utile et chacun l'évalue selon ses propres valeurs. Pour un même accouchement, une femme peut donc être entièrement satisfaite et une autre pas du tout. Cette théorie fait aussi référence à un modèle plus connu: le déséquilibre entre l'effort et la récompense de Siegrist (1996) qui soutient que le déséquilibre entre l'effort fourni et la récompense reçue est source de stress et d'émotions négatives pour les personnes qui le subissent. Il ajoute que cette relation de non réciprocité augmente le risque de maladie (Siegrist, 2012).

Larkin & al (2007) ont analysé 62 études qui identifiaient les caractéristiques de l'expérience de la naissance dans le but de définir et d'identifier une définition consensuelle de la satisfaction de la naissance. Ces auteurs mettent en évidence quatre caractéristiques de l'expérience de la naissance. Tout d'abord, elle est individuelle car son évaluation est subjective, personnelle et particulière et parce qu'elle est affectée par des facteurs inter-reliés tels que la relation avec le soignant, le degré de douleur perçue, le contrôle perçu, l'expérience précédente et le processus du travail. De plus, ils s'accordent sur la complexité de cet événement, d'une part par les différents éléments qui le composent, et d'autre part, parce que les ressentis des femmes au cours du travail peuvent être changeants, contradictoires et ambivalents. Troisièmement, l'expérience de l'accouchement est un processus physiologique et psychologique qui comprend un début, un travail, une activité vers un but, celui de donner naissance et est aussi un processus de transformation vers la maternité (Miller, 2005; cité par Larkin & al). Quatrièmement, différents auteurs décrivent l'expérience comme un rite de passage, un moment important dans la vie d'une femme, ayant une signification profonde, et selon Larkin & al (2007), qui constitue un événement de vie majeur.

Grâce à leurs analyses, ces auteurs ont défini l'expérience du travail et de l'accouchement "comme un événement de vie individuel, incorporant des processus psychologiques et physiologiques subjectifs et interdépendants, influencés par des contextes sociaux, environnementaux, organisationnels et politiques" (Larkin & al, 2007, p49). L'évaluation de l'expérience de la naissance est subjective et complexe car elle concerne à la fois le résultat (la naissance d'un nouveau-né en toute sécurité) et le processus qui comprend les aspects physiques et cognitifs de l'accouchement (Larkin & al, 2007). Cette définition insiste pour que les éléments psychologiques et émotionnels du processus de la naissance soient pris en considération au même titre que les composantes physiologiques telles que la qualité des soins, les interventions, les taux de mortalité et de morbidité.

### 3.3. Mesures de satisfaction

Comme décrit-ci dessus, aucun consensus n'a été trouvé dans la littérature scientifique pour établir la définition de la satisfaction maternelle quant à la naissance et cette imprécision se retrouve également dans les mesures.

Stadlmayr & al (2004) soulignent que la satisfaction de la naissance a souvent été étudiée comme une évaluation globale de cette expérience. Or, Hodnett (2002) affirme que le niveau de satisfaction générale du patient est plus haut lorsqu'il mesure les soins de santé de manière globale, mais qu'il est plus variable si on l'interroge sur chaque aspect particulier des soins, ce qui renvoie à une définition multidimensionnelle de la satisfaction.

Par exemple, Salmon & Drew (1992) ont mesuré l'expérience de la naissance de 110 femmes primipares de 48 à 96 heures après l'accouchement, par un questionnaire de vingt items inspirés directement par des descriptions spontanées des femmes lors d'une enquête précédente (cité par Stadlmayr, 2004). Grâce à l'analyse en composantes principales de ces évaluations, ils ont décrit cette expérience comme un phénomène multidimensionnel comprenant trois dimensions indépendantes: *l'accomplissement*, *l'inconfort physique* et *la détresse émotionnelle*. Cette étude a ensuite conduit à la création d'un questionnaire validé prénommé en anglais le "Salmon's item list". Ce questionnaire contient 20 items dont certains caractérisent l'expérience (bonne, agréable, facile, rapide, bien surmontée), et d'autres, le ressenti des femmes (déçue, épanouie, enthousiaste, satisfaite, ravie, déprimée, heureuse, excitée, craintive, en contrôle, trompée, relaxée, anxieuse, douloureuse, exténuée et confiante) (Spaich, Welzel, Berlit, Temerinac, Tuschy, Sutterlin & Kehl, 2013, p402). Ces items

donnent des propositions de réponse à la question "how do you felt during the whole birthing process, including the first hours after birth?" (Blomquist, Quiroz, MacMillan, Mccullough & Handa, 2011, p3). Ceux-ci sont notés par des points de 1 à 7, dont la somme donne un score de satisfaction (maximum=120). Un score inférieur à 70 suggère une expérience négative de la naissance (Spaich & al 2013). De plus, les scores de référence attribués aux items permettent aussi de calculer le score pour trois dimensions décrites par Robinson, Salmon & Yentis (1998): la *détresse* qui concerne des réactions émotionnelles telles que l'anxiété et la panique, *l'inconfort physique* qui englobe le niveau de douleur et d'épuisement pendant le processus de l'accouchement et enfin, le *sentiment d'accomplissement* qui prend en compte l'enthousiasme, le bonheur, l'excitation et le plaisir associés à cette expérience.

Stadlmayr & al (2004), critiquent le manque d'échelles de mesure internationale pour la satisfaction maternelle de la naissance, ce qui empêche la comparaison des études. Ils souhaitent traduire le questionnaire de Salmon en allemand pour qu'il puisse être utilisé à plus grande échelle. Ces auteurs le valident grâce aux réponses de 251 patientes et par l'analyse en composantes principales. Ils relèvent, en plus des dimensions trouvées par Salmon & Drew (1992), une autre dimension: l'expérience émotionnelle négative de la naissance (cité par Stadlmayr, 2004). Ainsi, la détresse émotionnelle, actuellement décrite comme l'adaptation émotionnelle, et l'inconfort physique sont répertoriés comme des dimensions évaluées pendant le travail et l'accouchement, alors que l'expérience émotionnelle négative et le sentiment d'accomplissement sont mesurés en post-partum. Selon les résultats des analyses de Stadlmayr & al (2004), les dimensions d'inconfort physique et d'expérience émotionnelle négative seraient influencées par le mode d'accouchement. Blomquist & al (2011) ont aussi trouvé que lors d'une césarienne en urgence, les scores d'inconfort physique et de détresse étaient les plus hauts et le score d'épanouissement, le plus bas par rapport aux autres modes d'accouchement.

La difficulté de mesurer la satisfaction de la femme à propos de la naissance et la multiplicité des méthodes sont relevées par de nombreux auteurs dont Larkin & al (2007) lors de la comparaison de 60 études portant sur ce sujet (la méthodologie est expliquée dans la section 4.1). Sawyer, Ayers, Abott, Gyte, Rabes & Duley (2013) expliquent aussi le manque de questionnaires validés pour la mesure de la satisfaction des femmes quant aux soins de santé reçus lors du travail et de l'accouchement. Ils ont analysé et comparé divers questionnaires; ils regrettent que ceux-ci ne soient pas souvent basés sur des notions théoriques pour soutenir

leur conception et leur méthodologie, qu'ils aient de pauvres propriétés psychométriques, une faible rigueur méthodologique et des périodes de mesure de satisfaction très différentes. De plus, les mesures de satisfaction sont diverses et varient de une seule question à des enquêtes approfondies sur les différents aspects de l'expérience de la naissance et des soins périnataux. C'est pourquoi, selon Sawyer & al (2013), de nombreux auteurs créent eux-mêmes leurs échelles de mesures pour leur recherche, mais cela entraîne alors, dans la littérature scientifique, une multiplicité de questionnaires qui varient selon leur contenu et leur qualité.

En conclusion, tous les chercheurs s'accordent alors sur l'idée que la satisfaction maternelle représente un phénomène complexe et multidimensionnel, de par le fait qu'une femme peut être satisfaite de certains aspects de son expérience, mais pas par d'autres, et de par le "large éventail de facteurs individuels, sociaux et médicaux qui peuvent interagir pour influencer les expériences des femmes" (Rowdlands & Redshaw, 2012, p2).

Ainsi, la satisfaction de l'accouchement n'est pas clairement définie et nécessite une meilleure compréhension des différents éléments qui la composent, leur dépendance et leur influence sur l'évaluation de cette expérience selon Goodman & al (2004) et Stadlmayr & al (2004). Sawyer & al (2013) souhaitent que les recherches futures puissent donner des résultats clairs sur le moment opportun de la mesure, sur les questionnaires valides et fiables, ainsi que sur la notion théorique de la satisfaction de la femme à propos de son expérience de la naissance et des soins de santé.

#### ***Chapitre 4: Les facteurs influençant la satisfaction maternelle de l'accouchement***

Le degré de satisfaction des femmes quant à leur accouchement dépend de multiples facteurs. De nombreux auteurs essaient de vérifier ces facteurs qui influencent l'évaluation par les femmes de leur expérience de la naissance. Cependant, aucun consensus n'existe actuellement car ils utilisent des instruments, des échantillons, des temps de mesure très différents, ce qui rend difficile leur comparaison (Lobel & Deluca, 2007). Effectivement, les études répertoriées évaluent le bien-être psychologique et l'expérience de la naissance vécue par les femmes, sur une période variable de trois jours à trois ans après l'accouchement. On peut distinguer trois temps de mesure utilisés par les recherches, qui ont chacun leurs avantages et inconvénients. Il est possible d'interroger les femmes quelques jours après la

naissance et lorsqu'elles sont toujours à l'hôpital (Saisto, Salmela-Aro, Nurmi & Halmesmaki, 2001; Stadlmayr & al, 2004; Spaich & al, 2013). Cette méthode permet de toucher un grand nombre de femmes et d'avoir ainsi un nombre important de réponses. Toutefois, elle est critiquée par le fait que les femmes qui ont vécu négativement leur accouchement peuvent ne pas oser en parler aux professionnels de la santé qui les ont accompagnées. Elles peuvent aussi être dans la phase de déni du processus de deuil de l'accouchement rêvé ou encore être sous l'effet halo par lequel l'euphorie des premiers instants de la naissance fait relativiser cette expérience (Simkin, 1992). Pour diminuer ces inconvénients, d'autres études évaluent l'expérience des mois après la naissance (Waldenstrom, 1999; Bryanton & al, 2008; Blomquist & al, 2011; Elvander, Cnattingius & Kjeruff, 2013) et plus rarement, des années plus tard: Waldenstrom & al (2004) un an après, Rijnders & al (2008) et Baston, Rijnders, Green & Buitendijk (2008) trois ans après et Simkin (1991) 15 à 20 ans. Cependant, le biais du souvenir doit alors être envisagé pour ces trois dernières études.

Différentes études (Waldenstrom & al, 2004; Bryanton & al, 2008; Rijnders & al, 2008; Blomquist & al, 2011; Spaich & al, 2013) et la revue systématique de Hodnett (2002) ont pris en compte certains facteurs démographiques, comme l'âge maternel, l'éducation, l'ethnie, le statut marital, dans leurs analyses. Cependant aucune de ces recherches n'a montré une influence de ces variables sur la satisfaction de la femme à propos de son expérience de la naissance. L'étude de Waldenstrom & al (2004) menée sur un échantillon national, a trouvé que les femmes jeunes, célibataires, sans emploi et fumeuses semblaient être plus à risque de vivre leur accouchement négativement, sans toutefois que cette relation soit significative. Ainsi, "les facteurs sociodémographiques et l'éducation autour de la naissance sont moins importants" que d'autres facteurs tels que le soutien du partenaire, les variables obstétricales, l'état émotionnel et les soins fournis par les professionnels de la santé (Waldenstrom & al, 2004, p24). Les facteurs, les plus souvent répertoriés dans les études sur la satisfaction de l'accouchement, sont décrits ci-dessous.

#### 4.1. Etats des lieux des connaissances antérieures

Deux revues systématiques recherchant les différents facteurs liés à la satisfaction maternelle ont été trouvées. Elles ne résument pas les résultats présentés ci-dessous car elles ne prennent en compte que deux études communes à ce chapitre: celle de Waldenstrom (1999) pour la revue de Hodnett (2002) et Waldenstrom & al (2004) pour celle de Larkin & al (2007). La

méthodologie et les conclusions de ces revues systématiques seront présentées ici, mais leurs résultats seront expliqués dans les points respectifs pour chaque facteur.

Hodnett (2002) analyse 137 études portant sur les facteurs qui influencent la satisfaction de l'expérience de la naissance chez les femmes. Ces études doivent inclure au minimum une mesure de satisfaction (des soins, de la douleur ou de l'expérience), une mesure de la douleur et une évaluation de la femme sur son expérience de la naissance. Elles doivent également être une revue systématique ou une recherche décrite avec suffisamment de détails pour que la qualité méthodologique de l'étude puisse être évaluée. Les mots clefs utilisés dans les différentes bases de données pour répertorier ces études sont: "childbirth, satisfaction, pain, analgesia, women's views, and evaluation". En raison des changements marqués dans les soins hospitaliers concernant les femmes en travail dans les 30 dernières années, la recherche a été limitée à des rapports publiés depuis 1965. Les recherches sélectionnées ont été regroupées en trois catégories: celles qui décrivent la satisfaction de l'accouchement, l'influence des interventions médicales et celles sur les méthodes de soulagement de la douleur. A cause de "l'hétérogénéité des objectifs des études et des résultats mesurés", les résultats ont été synthétisés qualitativement (Hodnett, 2002, p S161). Cet auteur a mis en évidence les facteurs, tels que la douleur, les attentes personnelles, la relation et le soutien des professionnels, le contrôle et les interventions médicales, qui seront décrits respectivement dans les points suivants. Hodnett (2002) a conclu que "Quatre facteurs, les attentes personnelles, la quantité de soutien des soignants, la qualité de la relation soignants-patients, et l'implication dans la prise de décision, semblent être si importants qu'ils remplacent les influences de l'âge, le statut socioéconomique, l'origine ethnique, la préparation à l'accouchement, l'environnement physique de naissance, la douleur, l'immobilité, les interventions médicales, et la continuité des soins, lorsque les femmes évaluent leurs expériences de l'accouchement. L'influence de la douleur, du soulagement de la douleur et des interventions médicales lors de l'accouchement sur la satisfaction ultérieure ne sont ni aussi évidentes, ni aussi directes et puissantes que l'influence des attitudes et des comportements des soignants" (Hodnett, 2002, p S171).

Il est important de préciser que les interventions médicales comprennent l'expérience des femmes lors de complications telles qu'un travail prématuré, une rupture des membranes prématurées ou une dystocie. Ainsi, cette variable englobe différentes situations sans expliquer davantage l'influence de chaque mode d'accouchement. Les essais randomisés, analysés par Hodnett (2002), trouvent, soit aucun effet sur la satisfaction, soit un effet en

faveur de l'intervention susceptible de raccourcir le travail. Par contre, diverses études descriptives trouvent une relation inversée entre les interventions médicales et la satisfaction: ainsi plus il y a d'interventions médicales, plus la probabilité que les femmes soient insatisfaites augmente. Cependant, selon Hodnett (2002), cette influence semble plus faible que l'influence des comportements et attitudes des professionnels de la santé. Cet auteur commente les résultats obtenus par les essais randomisés et explique qu'ils ne peuvent être généralisables à toutes les femmes. Car dans ceux-ci, les patientes présentant des complications ont été informées des risques associés aux problèmes. Etant donné le fait que recevoir l'information et être impliqué dans la prise de décision contribue à la satisfaction maternelle, ce n'est pas surprenant que les participantes aux essais randomisés ont tout de même rapporté un haut degré de satisfaction. De plus, la connaissance des risques potentiels et l'aboutissement de l'accouchement avec un enfant en bonne santé peuvent annuler les effets négatifs des interventions médicales. Enfin, les essais randomisés ont été réalisés dans un centre de soin tertiaire (plus habilité pour les grossesses à risque); ainsi les femmes qui y accouchent s'attendent à moins de contrôle sur la situation, mais attachent davantage d'importance à la sécurité de l'environnement médicalisé qui pourra traiter immédiatement un problème urgent.

La revue systématique de Larkin & al (2007) a tenté d'analyser les caractéristiques principales du concept de l'expérience de la naissance. Pour cela, ils ont recensé toutes les recherches qui étudiaient l'expérience du travail et de l'accouchement en excluant les expériences de césarienne électorale. Ils ont utilisé le mot clef "childbirth" dans diverses bases de données. Ils ont inclus les articles datant de 1990 à 2005 qui ont étudié le concept de l'expérience de la naissance, ainsi que ceux qui portaient sur des éléments de l'expérience de l'accouchement comme le soulagement de la douleur, les attentes, les soins, le contrôle, les choix, la prise de décision et la satisfaction. Par contre, les études traitant des expériences d'accouchement spécifiques, comme la naissance d'un enfant mort-né, de groupes de patients spécifiques ou du trouble de stress post-traumatique ont été exclus de la sélection. Un échantillon aléatoire de 60 études a été formé à partir des 180 études correspondant aux critères. Ces études ont été divisées équitablement en deux groupes: celles qui ont exploré l'expérience de l'accouchement d'un point de vue qualitatif et celles qui étaient de nature quantitative. Deux recherches fréquemment citées (Green & al, 1990; Simkin, 1991; cité par Larkin, 2007) ont été incluses dans l'échantillon final de 62 documents.

Des analyses thématiques répétées ont permis d'identifier les variables, les mots ou expressions en rapport avec l'expérience du travail et de l'accouchement. Les questions méthodologiques, telles que le moment, les approches méthodologiques, les techniques d'échantillonnage et les caractéristiques contextuelles de la recherche, ont été identifiées. Les études sélectionnées ont utilisé différentes méthodologies et timing pour mesurer la satisfaction des femmes et se sont réalisées dans divers modèles de soins de maternité avec une majorité effectuée au Royaume-Uni, en Amérique du Nord, en Suède et en l'Australie. La méthode d'analyse évolutive du concept (Rodgers, 2000; cité par Lakin & al, 2007) permet au chercheur d'identifier un consensus actuel sur les caractéristiques et les concepts connexes du concept de l'expérience de la naissance. Ainsi, les variables reliées à cette expérience les plus souvent identifiées dans les études sélectionnées sont le sentiment de contrôle, le soutien, la relation avec le personnel soignant et la douleur.

Larkin & al (2007) concluent que, malgré la reconnaissance de l'importance de l'expérience de la naissance pour les femmes, il y a peu de mesures préventives périnatales entreprises par les professionnels de santé, les décideurs politiques et les organisations de la santé. De plus, les caractéristiques du concept de l'expérience de la naissance et les dimensions de contrôle et de soutien sont comprises dans un modèle de soin davantage social que médical. Un tel modèle social définit le soutien des professionnels de la santé comme "être avec une femme", c'est à dire "mettre à disposition une présence individuelle, émotionnelle, physique, spirituelle et psychologique" (Larkin, 2007, p e56). Malheureusement, il est difficile pour les sages-femmes hospitalières de maintenir un tel soutien dans un modèle biomédical. Ainsi, des alternatives telles que les centres de naissance se développent, où la sage-femme a un lien privilégié et unique avec le couple et où l'accouchement est pris en compte comme un évènement de vie avec des implications pour les individus et la société (Manero & Turner, 2003; cité par Larkin & al, 2007).

#### 4.2. La parité

Selon l'étude de Rijnders & al (2008), plus d'une femme primipare sur cinq pour une multipare sur neuf gardent un souvenir négatif de l'expérience de l'accouchement trois ans après celui-ci. Ces auteurs ont évalué le souvenir de l'expérience de la naissance de 1310 femmes par une question avec cinq possibilités de réponse. Leur échantillon de femmes primipares et multipares était représentatif de la population générale des Pays-Bas.

Waldenstrom (1999) trouve une association significative entre la parité et la satisfaction de la naissance et selon elle, les femmes multipares évalueraient plus positivement leur expérience de la naissance que les primipares. Les résultats de l'analyse uni-variée de Waldenstrom & al (2004) montrent que les femmes primipares et les multipares, qui ont une expérience négative de la naissance antérieure, sont plus à risque de vivre difficilement leur accouchement. En effet, ils ont interrogé leur échantillon national sur le mode d'accouchement et le vécu de la naissance antérieure pendant la grossesse des femmes. Puis, ils ont comparé ces variables avec le pourcentage de femmes ayant une expérience actuelle de la naissance s'avérant négative, grâce à une analyse de Chi-carré. Ils ont alors trouvé que les femmes avaient plus de risques d'évaluer leur expérience négativement si elles avaient vécu une expérience de la naissance négative auparavant. Ils montrent également que les facteurs qui influencent l'expérience négative de la naissance pour les femmes primipares et multipares ne sont pas les mêmes.

Weiss & al(2009) ont étudié l'adaptation physique, émotionnelle, fonctionnelle et sociale de 233 femmes américaines césarisées, à deux semaines de post-partum. Ils voulaient comparer l'adaptation des femmes césarisées selon le caractère prévu ou imprévu de l'intervention, selon leur parité et leur identité ethnique. Pour cela, ils ont utilisé principalement trois instruments mélangeant des méthodes quantitatives et qualitatives: le "Post-caesarean adaptation interview schedule (PCAIS)" composé de questions ouvertes et fermées sur les quatre dimensions d'adaptations, le "Maternal concerns questionnaire" (MCQ) composé de 50 items avec une échelle de Likert en quatre points évaluant les préoccupations maternelles, et enfin, "Postpartum self and infant care knowledge and behaviours inventory" (PKBI) composé de seize questions mesurant les besoins d'apprentissage et les connaissances des mères sur leur nouveau-né et sur leur rôle en post-partum. L'analyse des résultats de ces instruments ont permis de conclure que les femmes primipares qui ont subi une césarienne en urgence avaient le score le plus bas d'adaptation physique, émotionnelle, fonctionnelle (rôle de mère) et sociale (organisation familiale et rôle du partenaire). Les auteurs ont conclu que les femmes primipares césarisées en urgence étaient celles qui sont le plus à risque de réactions négatives envers l'expérience de la naissance et la transition vers la maternité et que le manque de congruence entre les attentes face à l'accouchement et la réalité de la césarienne imprévue entraîne un besoin de soutien émotionnel et social plus fort, soutien que les professionnels doivent prendre en compte.

Même s'il semble que la primiparité influence cette expérience, certaines études, dont celles de Stadlmayr & al (2004), ne trouvent pas de relation entre la parité et le vécu d'accouchement. En effet, ils n'ont trouvé aucune corrélation entre la parité et les quatre dimensions de la naissance (l'épanouissement, l'adaptation émotionnelle, l'inconfort physique et l'expérience émotionnelle négative). Cependant, ces auteurs expliquent que leur échantillon aléatoire de 251 femmes présente une faible disproportion au point de vue de la parité en faveur de la primiparité (63% primipares et 37% multipares) par rapport au taux normal dans les cliniques obstétricales suisses. Cela peut avoir influencé leur résultat.

#### 4.3. L'anxiété et la dépression

Selon la psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002), certains facteurs psychosociaux ont un impact sur le développement et l'évolution de maladies (cancer, maladie cardiovasculaire,...); mais pourraient-ils également influencer la satisfaction?

Les études citées ci-dessous étudient l'impact du *trait* et/ou de l'*état d'anxiété* sur la satisfaction de l'expérience de la naissance. *Le trait d'anxiété* est "une tendance stable et généralisée à percevoir les situations aversives comme dangereuses" alors que *l'état d'anxiété* est un "sentiment d'appréhension, tension et activation autonome momentanées, liées à un événement spécifique" (Spielberger, 1983; cité par Bruchon-Schweitzer, 2002, p187)

Hobson, Slade, Wrench & Power (2006) ont étudié l'effet de l'anxiété préopératoire chez 85 femmes, pour lesquelles une césarienne était programmée, sur la satisfaction maternelle en postopératoire. Pour cela, ils ont utilisé "The Maternal Satisfaction Scale for Caesarean Section", composé de 22 items, au troisième jour post-opératoire, et le "State Trait Anxiety Inventory" qui est composé de deux questionnaires de 20 items, avec une échelle de Likert en quatre points pour y répondre, vingt-quatre heures avant la césarienne programmée. L'un évalue *l'état d'anxiété* défini comme transitoire, fluctuant à travers le temps et en réponse à une situation immédiate et l'autre, le *trait d'anxiété* compris comme le niveau général d'anxiété et comme un aspect stable de la personnalité de l'individu. Grâce aux analyses de corrélation de Pearson, ces auteurs ont trouvé que *le trait et l'état d'anxiété* étaient négativement corrélés avec la satisfaction maternelle et qu'un *état d'anxiété* faible en préopératoire est associé à une meilleure perception de la récupération après la césarienne. Bien que cette étude prenne en compte uniquement les femmes qui attendent une césarienne élective, on peut supposer que ces relations concernent aussi celles qui subissent une

césarienne en urgence, étant donné l'inattendu de la situation et les raisons souvent vitales qui mènent à cette décision. En outre, lors d'une césarienne en urgence, les femmes ont expliqué qu'elles craignaient pour la vie de leur nouveau-né et la leur. Plusieurs auteurs s'accordent sur le fait qu'un tel ressenti peut aussi influencer l'évaluation de la femme de son expérience de la naissance de manière négative (Rijnders & al, 2008; Larsson, Saltvedt, Edman, Wiklund, & Andolf, 2011; Bryanton, 2007; Ryding, 1998b). On pourrait mettre ceci en lien avec le concept du stress perçu dans le modèle transactionnel de Lazarus & Folkman (1984), décrit dans la section 4.9.

De plus, selon Salmon (2000), l'anxiété peut influencer la perception qu'a le patient de la procédure médicale de trois manières différentes: le patient peut développer une vigilance accrue envers ses sensations négatives, faire des interprétations négatives de stimuli ambigus ou se rappeler, en fonction de son humeur, des souvenirs compatibles (cité par Hobson, 2006, p 22). Selon Hobson & al (2006), les patients, dont le *trait d'anxiété* est élevé, auraient besoin de recevoir plus d'informations de qualité et d'avoir davantage l'occasion de discuter de l'enjeu de l'intervention. De plus, l'identification de ce type de patient est importante afin de mettre en place l'apprentissage de techniques psychologiques spécifiques de coping, afin qu'il puisse s'adapter au mieux à cette expérience en post-partum (Hobson & al, 2006).

Waldenstrom (1999) interroge 1111 femmes pendant leur grossesse avec le "Karolinaska Scale of Personality" afin de déterminer si l'anxiété, en tant que *trait de personnalité*, influence l'évaluation de l'expérience de la naissance chez les femmes. Grâce à une régression logistique où sont prises en compte toutes les variables explicatives et significatives de l'expérience globale de la naissance, elle découvre que l'anxiété, comme caractéristique de la personnalité, n'est pas associée à une expérience négative, alors que la *perception de l'anxiété* l'est. Ainsi, elle conclut que c'est l'anxiété liée à la situation qui est prédictive (*anxiété d'état*).

Larsson & al (2011) évaluent aussi les différents *traits de personnalité* des 541 primipares de son échantillon grâce à la "Karolinaska Scale of Personality", au troisième trimestre de grossesse et à 9 mois de post-partum. Les résultats de cette étude montrent que certains traits de personnalité, tels que l'irritabilité, l'agressivité indirecte et verbale ainsi que la tendance à culpabiliser, influent sur le degré de satisfaction de la femme quant à son accouchement. Mais, lors de l'analyse en régression logistique, seul le trait d'irritabilité élevé influence encore l'expérience maternelle de la naissance. Ces auteurs expliquent cette relation par le fait qu'une personne, avec cette caractéristique, est rapidement irritée ou agacée, manque de patience et

que cela influe aussi sur la communication et la relation avec les soignants, ce qui à son tour influence le vécu de l'accouchement (Larsson & al, 2011).

Ces deux études trouvent des résultats différents liés à l'utilisation différente de ce même instrument, car Larsson & al (2011) testent les 135 items du "Karolinaska Scale of Personality" alors que Waldenstrom (1999) n'en teste que 10, car elle veut seulement évaluer l'anxiété. Etant donnée la diversité des échantillons et des analyses des recherches, il est difficile de conclure clairement si certaines caractéristiques personnelles influencent l'évaluation de la naissance.

L'étude d'Elvander & al (2013) a mesuré le degré de *peur de l'accouchement* chez 3006 primipares au troisième trimestre de leur grossesse, grâce à la "FBS Birth Anticipation Scale" créée dans l'étude "First Baby Study" (Kjerulff & al, 2013; cité par Elvander, 2013). Cet instrument se compose de six items décrivant le sentiment des femmes par rapport à leur accouchement à venir et d'une échelle de Likert en cinq points (de "extrêmement" à "pas du tout"). Les scores sont additionnés et divisés en quintile. Les quintiles le plus bas et le plus haut forment le degré de peur bas et haut et les trois autres, le niveau de peur intermédiaire. Cette division se base sur les résultats d'études antérieures (Waldenstrom, 1999; Larsson, 2011; cité par Elvander & al, 2013, p290) qui pensent que 20% des femmes enceintes ont peur de l'accouchement. Leur analyse en régression logistique multiple a montré qu'en comparaison aux femmes qui rapportent un niveau faible de peur de l'accouchement, celles qui ont un niveau intermédiaire et haut ont respectivement trois fois plus et cinq fois plus de risques d'avoir une expérience négative de la naissance. Cependant, ces auteurs ne définissent pas cette variable, ce qui rend impossible sa compréhension précise et sa comparaison avec d'autres études. Ainsi, il faut davantage d'études et de précision des variables pour conclure si l'anxiété, prise en compte comme un état, pourrait être comparable à la peur de l'accouchement ou non.

En outre, Waldenstrom & al (2004) expliquent qu'une *humeur dépressive* en début de grossesse, des inquiétudes sur la grossesse, sur l'accouchement et sur la maternité, influencent négativement le vécu de la naissance. D'autre part, une grossesse non désirée peut également influencer la façon dont la femme va vivre son accouchement. En effet, son analyse uni-variée montre une association significative entre ces variables et l'évaluation de l'expérience de la naissance sur son échantillon national de 2541 femmes suédoises, ce qui est représentatif de la population nationale. Cependant, ces variables n'apparaissent plus dans l'analyse de

régression logistique, ce qui laisse à penser qu'elles sont liées à d'autres facteurs qui influencent davantage la perception de l'expérience de la naissance.

Saisto & al (2001) avaient pour but de déterminer les différents facteurs psychosociaux influençant la satisfaction de la naissance et la dépression puerpérale. Pour cela, ils ont interrogé 211 femmes à trois moments différents: entre 7 et 30 semaines de grossesse, entre 30 et 40 semaines de grossesse et entre 14 et 200 jours de post-partum. Ils ont utilisé trois questionnaires différents pour les facteurs psychosociaux: le "Beck's Depression Inventory" pour la dépression, le "NEOPI-scale" pour les traits de personnalité de neuroticisme, vulnérabilité et d'anxiété" et la "Pregnancy Anxiety Scale" pour l'anxiété d'état pendant la grossesse. Ils examinent ensuite la satisfaction de la femme à l'aide d'un questionnaire de six questions avec, pour chacune d'entre-elles, cinq possibilités de réponse. Les femmes qui ont un score inférieur au dixième percentile, sont celles qui évaluent leur accouchement le plus négativement. L'analyse de régression linéaire a mis en évidence que les différents *traits de personnalité* et *l'état d'anxiété* pendant la grossesse ne prédisaient pas la satisfaction de la femme, mais que la dépression était, elle, un facteur prédictif significatif de l'insatisfaction de l'accouchement. Toutefois, la relation entre la dépression et l'insatisfaction de la femme dans cette étude est moins forte que l'influence des facteurs tels que la douleur perçue et la césarienne en urgence sur la satisfaction maternelle. S'intéressant principalement aux facteurs psychosociaux influençant la satisfaction de la naissance et la survenue de dépression puerpérale, ces auteurs concluent leur étude en insistant sur le fait que la dépression est un facteur prédictif de l'insatisfaction. Selon eux, les femmes déprimées demandent donc une attention particulière et un soutien psychologique précoce des professionnels de la santé dans la période périnatale. Un dépistage précoce pendant la grossesse des femmes à risque de dépression pourrait être identifié à l'aide du "Beck's Depression Inventory" lors des consultations prénatales et permettrait de mettre en place une prise en charge particulière et adaptée aux besoins de celles-ci, afin d'améliorer la transition vers la maternité.

Une étude de cohorte conduite par l'institut de santé publique norvégien et réalisée sur un grand échantillon (n = 55 814) a trouvé une forte relation entre la santé mentale des femmes avant la grossesse et leur détresse émotionnelle en post-partum (Adams & al, 2011). Ces auteurs ont utilisé le "Hopkins Symptom Checklist" à trente semaines de grossesse et six mois de post-partum afin de mesurer les symptômes d'anxiété et de dépression des femmes. Par le résultat de leur analyse en régression linéaire, ils expliquent que cette variable a beaucoup

plus d'impact que les différents modes d'accouchement, pour lesquels ils n'ont pas trouvé de relation. Cependant, ceux-ci ont étudié ces variations à six mois de post-partum, alors que la plupart des études ayant trouvé une association entre les types d'accouchement et le bien-être psychologique de la femme en post-partum, l'évaluent entre quatre et huit semaines de post-partum. Toutefois, on peut penser que les femmes qui ont des difficultés psychologiques avant la grossesse sont plus à risque d'avoir des symptômes de détresse émotionnelle plus longtemps dans le post-partum.

#### 4.4. Les attentes personnelles

Toutes les femmes développent des attentes propres en vue de leur accouchement, influencées par les attentes et la norme en matière de naissance dans la société dans laquelle elles vivent (Larkin & al, 2007). Ainsi, elles ont toutes des souhaits sur l'analgésie, la participation aux décisions, le lieu de naissance, le soutien, etc... Selon la théorie d'accomplissement et de discordance (Lawler; 1973 & Siegrist, 1996) et diverses études (Waldenstrom & al, 2004; Goodman & al, 2004), l'incongruence entre les attentes de la femme et la réalité de l'expérience vécue a un effet sur sa satisfaction.

La revue systématique de Hodnett (2002), antérieure aux études précitées, expliquait que la taille et la direction de l'écart entre les attentes et l'expérience sont importantes pour l'évaluation de la femme de son expérience. Selon les huit recherches qui étudient la relation entre les attentes personnelles et l'évaluation de l'expérience, les femmes les plus satisfaites sont celles qui avaient des attentes précises et celles dont l'expérience de la naissance s'est avérée meilleure que ce qu'elles attendaient.

D'une part, Waldenstrom & al (2004) comparent différentes variables exploratoires et le score d'expérience négative des femmes de son échantillon national à l'aide du Chi-carré. Ainsi, ils ont trouvé que les attentes personnelles négatives concernant le travail et l'accouchement pendant la grossesse influençaient le vécu négatif de l'évènement. D'autre part, Goodman & al (2004) ont examiné les facteurs influençant la satisfaction globale de la femme quant à leur accouchement, en interrogeant en post-partum 60 femmes qui ont accouché spontanément d'un bébé sain à terme. Ils ont utilisé trois instruments de mesure, dont la fiabilité et la validité ont été établies et sont bonnes: le "Mc Gill pain questionnaire" qui mesure le niveau de douleur ressentie par les femmes parmi les 20 mots proposés, "Labor Agency Scale" qui évalue le degré de contrôle personnel pendant le travail et l'accouchement, à l'aide de 29

items et d'une échelle de Likert en sept points, et "The Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale" qui mesure la satisfaction de la naissance, avec 34 items et une échelle de Likert en cinq points. Les items sont répartis en cinq sous-dimensions représentant la satisfaction des comportements des principaux participants: soi, le partenaire, le nouveau-né, la sage-femme, l'obstétricien et la satisfaction globale. De par leur analyse corrélacionnelle, Goodman & al (2004) ont trouvé que les femmes rencontrant un degré de contrôle personnel fort et un degré de douleur modéré lors de l'accouchement étaient les plus satisfaites de leur accouchement. Puis, en créant des sous-groupes de femmes et en comparant leur satisfaction, ils ont découvert que les femmes dont les attentes concernant le déroulement du travail et de l'accouchement sont rencontrées, ont une meilleure satisfaction de l'expérience de la naissance. De plus, leur analyse de régression multiple pas à pas a montré que quatre variables, la douleur, le contrôle, les attentes personnelles et le fait d'avoir un emploi, expliquent 35% de la variance de la satisfaction de l'accouchement, mais "le contrôle personnel est la seule variable significative qui explique la variance de la satisfaction de la naissance" (Goodman & al, 2004, p4). Ces chercheurs ont expliqué combien il est important que les professionnels de la santé demandent, discutent, comprennent les souhaits des femmes et les prennent en compte dans leur prise en charge en pré et per natal. Ces résultats expliquent aussi l'importance du soutien des professionnels en post-partum chez les femmes dont les attentes n'ont pu être respectées. Parler des raisons qui ont créé cette situation et de leurs ressentis permet à la femme de comprendre et de l'accepter. Car lorsque les attentes par rapport au travail et à l'accouchement ne correspondent pas à la réalité, cela peut affecter l'estime de soi de la femme, augmenter son besoin de soutien émotionnel (Weiss & al, 2009) et prédisposer celle-ci à des symptômes de stress après la naissance (Rowlands & Redshaw, 2012).

Les attentes personnelles comblées (Goodman & al, 2004) et la confiance de la femme en sa capacité à faire face (Drummond & Rickwood, 1997; cité par Larkin & al, 2007) ont été identifiées comme un facteur prédictif d'une expérience positive de l'accouchement. De plus, les femmes qui ont suivi une préparation à la naissance sont également plus satisfaites globalement de leur expérience de la naissance, mais aussi de la participation de leur partenaire (Goodman & al, 2004). Ceci s'explique parce que les préparations à la naissance permettent au couple d'avoir des attentes réalistes, d'apprendre des techniques pour maintenir leur contrôle sur la situation et de comprendre comment recevoir et se donner du soutien lors de l'accouchement. Afin que ces résultats aient du sens, il est essentiel de prendre

connaissance des attentes des femmes pendant la grossesse et puis de vérifier leur influence en post-partum.

#### 4.5. La douleur et sa perception

Les scientifiques pensaient que le soulagement de la douleur par l'anesthésie péridurale, lors du travail et de l'accouchement, allait améliorer le vécu de l'expérience de l'accouchement. Cependant, cet effet est controversé.

La revue systématique de Hodnett (2002) a montré que l'influence de la douleur, du soulagement de la douleur et de l'anesthésie sur la satisfaction de la naissance est complexe. Les essais randomisés inclus dans cette revue n'ont pas trouvé d'effet significatif du soulagement de la douleur sur la satisfaction. Hodnett (2002) cite les résultats de deux études basées sur la population générale. Selon l'étude australienne de Brown & Lumley (1998), les femmes qui évaluent les soignants comme peu aidants et qui ne se sentent pas actives dans la prise de décision ont plus de risque d'être insatisfaites que celles qui évaluent le soulagement de la douleur comme insuffisant (citée par Hodnett, 2002). Cette recherche met déjà en lumière l'aspect corrélationnel des différents facteurs. La deuxième étude, britannique, a trouvé que les femmes anxieuses par rapport à la douleur pendant leur grossesse, étaient celles qui étaient le moins satisfaites; et que celles qui n'avaient utilisé aucun analgésique, étaient les femmes les plus satisfaites quant à leur expérience de la naissance. Ainsi, Hodnett (2002) conclut que la douleur et le soulagement de la douleur ne jouent pas un rôle majeur sur la satisfaction, sauf si les attentes les concernant ne sont pas respectées.

Waldenstrom & al (2004) déclare que l'on peut même observer l'effet opposé. A deux mois de post-partum, ils ont mesuré le souvenir que les femmes gardent de la douleur ressentie lors du travail et de l'accouchement, grâce à une échelle de Likert en sept points, en précisant si la douleur était "less than worst imaginable" ou si elle était "worst imaginable" avec ou sans anesthésie péridurale. Ils ont conclu que c'est le niveau de douleur "worst imaginable" qui influence le vécu négatif de cette expérience, peu importe que la femme ait bénéficié ou non d'une anesthésie péridurale. De plus, ce facteur de risque était deux fois plus prédictif chez les primipares que chez les multipares. Les résultats trouvés par Waldenstrom & al (2004) suggèrent aussi que les femmes se souviennent de la douleur seulement à son apogée et avant la demande de l'anesthésie.

Après l'analyse de régression logistique, Rijnders & al (2008) découvrent que l'absence de choix sur la manière de soulager la douleur augmente trois fois la probabilité d'avoir un souvenir négatif de la naissance, trois ans après. Bien que le taux d'anesthésie péridurale aux Pays-Bas est de seulement 10% pour toutes les parturientes et que celle-ci n'est réalisable qu'à l'hôpital, les femmes souhaitent pouvoir choisir et surtout, ne pas subir de pression pour l'utilisation ou non de l'anesthésie. Cette étude a aussi montré que lorsque la femme n'est pas satisfaite de la manière dont elle a géré la douleur, elle a plus de risque de se souvenir négativement de cette expérience. Cependant, ces derniers résultats semblent être plus liés au sentiment de contrôle que la femme peut ressentir face à cette situation. Ceci témoigne de l'influence des facteurs entre eux et de la difficulté de les différencier. Lorsqu'ils s'entremêlent comme ci-dessus, il est difficile de conclure si c'est la douleur perçue ou la perte de contrôle sur la douleur qui a le plus d'impact sur l'expérience maternelle.

Stadlmayr & al (2004) mesurent l'effet des variables obstétricales, dont l'anesthésie péridurale, 48 heures à 96 heures après la naissance sur les quatre dimensions de l'expérience de la naissance décrite par Salmon & Drew (1992): *l'épanouissement, l'inconfort physique, l'adaptation émotionnelle et l'expérience émotionnelle négative*. Ils trouvent une corrélation entre la perception de la douleur et un degré d'inconfort élevé, ainsi qu'une faible *adaptation émotionnelle* (ou *détresse émotionnelle*) qu'ils expliquent par l'intolérance à la douleur des contractions. Par contre, ils déclarent que recevoir une anesthésie péridurale n'augmente pas la satisfaction globale de la naissance et qu'elle ne protège pas d'une expérience négative. Il faut toutefois nuancer ces résultats car le taux d'anesthésie péridurale, bien que représentatif du taux moyen dans les cliniques suisses, n'est que de 30% dans l'établissement où l'échantillon aléatoire de 251 femmes a été recruté. Ces auteurs se basent sur les résultats des études de Morgan & al (1982) et Ranta & al (1995) pour expliquer que la perception d'une douleur extrême n'influence pas directement l'expérience de la naissance que retient la femme et que son niveau de satisfaction peut être élevé, même si elle a ressenti de fortes douleurs lors du travail et de l'accouchement. Ainsi, ils concluent, grâce à leurs résultats et à ceux de la littérature scientifique, que "l'effet de la douleur est lié à certaines capacités psychologiques complexes encore mal comprises plutôt qu'à la quantification pure de la douleur elle-même" (Stadlmayr, 2004, p 49).

Saisto & al (2001) ont interrogé 211 femmes dans une période de 14 à 200 jours de post-partum sur la satisfaction de leur accouchement. Lors de l'analyse de régression linéaire, les

deux facteurs les plus prédictifs étaient le mode d'accouchement et la perception de la douleur pendant le travail. Cette variable a été examinée par deux questions, l'une sur la douleur ressentie et l'autre sur le soulagement adéquat de la douleur pendant le travail et l'accouchement, évalué à l'aide d'une échelle de Likert en cinq points. La variable de la douleur montre un effet significatif lorsque celle-ci est prise individuellement (corrélation de Pearson) et même lorsqu'on prend en compte toutes les variables en recherchant la variance expliquée (coefficient de détermination  $R^2$ ), ce qui témoigne de l'importance de cette variable. Malheureusement cette étude, principalement axée sur les prédicteurs psychosociaux de l'insatisfaction et de la dépression du post-partum, n'apporte pas plus de précision sur cette variable et ne donne pas de piste de réflexion pour l'amélioration de celle-ci.

En effet, la perception de la douleur pendant l'accouchement est complexe et peut avoir un impact négatif sur les expériences des femmes (Lavander, 1999; Larsson, 2011), mais peut aussi conduire à des sentiments d'accomplissement et de réussite (Waldenstrom, 1996; cité par Larkin & al, p55). L'élimination de la douleur peut être considérée comme un facteur favorisant l'évaluation positive de l'expérience de la naissance. Mais pour certaines femmes, la douleur est une composante importante de l'expérience de l'accouchement et le fait de la gérer et de la surmonter peut augmenter leur sentiment de contrôle et influencer la perception de l'accouchement. A l'inverse, lorsque la femme a l'impression de «ne pas faire face» et de succomber au soulagement de la douleur, elle peut ressentir un sentiment d'«échec personnel» (Stern, 1997; cité par Larkin & al). Selon la revue systématique de Larkin & al (2007), c'est la capacité d'une femme à gérer la douleur qui peut influencer sa perception de l'expérience de la naissance.

Waldenstrom & al (2004) expliquent qu'une majorité de leur échantillon national (47%) souhaite éviter l'anesthésie péridurale pendant le travail et l'accouchement et est en faveur d'une naissance naturelle. Ainsi, ils décrivent que, dans ce contexte, le recours à l'anesthésie péridurale peut entraîner une diminution du sentiment de contrôle et d'épanouissement qui se répercute sur l'expérience globale de la naissance. On perçoit alors l'importance pour les professionnels de connaître les attentes des parturientes face à la gestion de la douleur et de les respecter autant que possible.

L'anxiété, l'expérience de la naissance précédente, la peur ainsi que la mobilité et le soutien durant le travail influencent le niveau de douleur perçue (Niven, 1984; Weber, 1996; cité par Spaich, 2013). De plus, selon deux études (Lally, 2008; Raynes-Greenow, 2007; cité par Spaich,

2013, p 405), "recevoir des informations sur les méthodes possibles d'analgésie est également important, car cela crée une confiance accrue et soulage l'anxiété"<sup>1</sup>. D'autre part, Hobson (2006) fait référence à deux études de Reichert, Baron & Fawcett (1993) qui montrent que le recours à l'anesthésie générale plutôt que locale pour une césarienne influence le vécu des femmes, ce qui s'explique par le manque de participation tant physique que psychique à cet événement. L'anesthésie générale est rare, mais est envisagée en cas d'extrême urgence ou lorsqu'aucune anesthésie n'est en place. Malheureusement, le peu d'études trouvées abordant ce sujet n'a pas permis d'en expliquer davantage.

Spaich & al (2013) ont démontré que la perception d'une douleur forte pendant le travail et l'accouchement était associée à un score de Sil-Ger (liste des items de Salmon traduit en Allemand) plus bas et donc à une évaluation moins positive de la naissance. Selon l'étude de Larsson & al (2011), un niveau de douleur forte pendant l'accouchement et la prise d'analgésique en post-partum sont des facteurs indépendants qui contribuent à l'évaluation négative de l'expérience de la naissance. En effet, 541 primipares ont été recrutées à l'hôpital Danderyd de Stockholm où 8500 accouchements sont pratiqués par an. L'intensité de la douleur perçue pendant le travail et l'accouchement par les femmes a été mesurée grâce à une échelle visuelle analogue (0 à 10), deux jours après la naissance, et les données sur l'usage d'analgésique en post-partum ont été repérées dans le dossier médical. Selon leur analyse en régression linéaire, le risque d'avoir une expérience négative de la naissance est cinq fois plus grand quand l'accouchement est douloureux et trois fois plus grand quand l'utilisation d'analgésique dans les 24 à 48 heures de post-partum est nécessaire. Ces facteurs sont donc fortement reliés à l'expérience globale de la naissance dans cette étude. Cependant, celle-ci se base sur la mémoire de la douleur, ce qui peut être biaisé. D'ailleurs, ces auteurs expliquent que davantage de connaissances sur la mémoire de la douleur est nécessaire pour évaluer son effet à long terme sur cette expérience.

Dans l'étude de Goodman & al (2004), décrite préalablement, ils trouvent qu'un niveau bas de douleur perçue est associé à une satisfaction élevée de l'accouchement. Mais ils précisent que la douleur est plus fortement corrélée avec la satisfaction personnelle de la femme qu'avec l'expérience globale, même si cette satisfaction personnelle influence à son tour la satisfaction

---

<sup>1</sup> Phrase traduite en français: "receiving information about possible methods of analgesia is also important, as this creates increased confidence and relieves anxiety."

globale. Si la femme parvient à gérer efficacement la douleur, son auto-évaluation sera d'autant plus satisfaisante.

Cette section reflète la difficulté de tester réellement la perception de la douleur, qui est mesurée dans les recherches par une variété de notions différentes : degré de douleur ressentie, anesthésie reçue, soulagement de la douleur, choix, adaptation à la douleur, etc... De plus, cette variable est testée rétrospectivement et donc décrit le souvenir de la douleur, mais pas la douleur réellement perçue.

Daniel Kahneman, psychologue et économiste américano-israélien nobélisé en 2002, a beaucoup travaillé sur le souvenir et la mémoire de la douleur et a trouvé des résultats intéressants. Redelmeier & Kahneman (1996) étudient comment les gens évaluent leur expérience désagréable rétrospectivement. Différents paramètres influencent le souvenir de la douleur et ces chercheurs émettent l'hypothèse que le seuil de douleur maximale ressentie durant l'épisode et le seuil de douleur ressentie en fin de procédure sont déterminants dans l'évaluation du souvenir de la douleur totale ressentie. Pour vérifier cela, ils analysent la douleur perçue momentanément et le souvenir de la douleur de 154 patients qui subissent une colonoscopie et 133 patients qui doivent avoir une lithotripsie. Pendant l'examen médical, les patients évaluent, toutes les 60 secondes, l'intensité actuelle de la douleur à l'aide d'une échelle visuelle analogue retranscrite ensuite de 1 à 10. Une heure après, ils évaluent l'intensité de douleur ressentie globalement lors de l'examen grâce à une échelle de score en dix points. Le coefficient de corrélation de Pearson évalue l'adéquation entre les évaluations de la douleur rétrospective et en temps réel et deux analyses multi variées examinent les facteurs influençant le souvenir de la douleur totale ressentie. Redelmeier & Kahneman (1996) concluent que la mémoire de la douleur globale lors de la procédure médicale est caractérisée par l'évaluation du seuil de douleur maximal et par l'intensité de la douleur finale ressentie, mais pas par la durée de la douleur. Ces conclusions, appliquées à la pratique clinique, conseillent de réduire l'intensité du pic de la douleur, même si cela implique une intervention plus longue, et un soulagement progressif de la douleur en fin d'intervention. Selon ces auteurs, l'évaluation rétrospective de la douleur n'est donc pas l'addition de la douleur réellement ressentie lors de l'intervention.

Au vu de cette théorie, on comprend que la perception rétrospective de la douleur est complexe. Les procédures d'un accouchement ou d'une césarienne en urgence comportent différents moments (Larkin & al, 2007): le début, les différentes phases du travail et de

l'accouchement ou de la césarienne jusqu'au moment final de la naissance. Ainsi, l'intensité de douleur est différente au cours de ce processus et peut contenir des pics de douleur et une fin, comme l'étudie Kahneman. De plus, on peut supposer que le souvenir de la douleur ressentie lors d'une césarienne imprévue sera plus négatif que lors d'une césarienne programmée. En effet, lorsqu'il y a un risque vital pour la mère ou le nouveau-né, l'objectif principal est de procéder à l'intervention le plus rapidement possible, ce qui occasionnera sans doute des interventions courtes, mais avec des intensités de douleur plus fortes. Cependant, d'autres études sont nécessaires pour mieux évaluer le souvenir de la douleur et comprendre son impact sur la satisfaction maternelle.

Daniel Kahneman donne un éclairage intéressant sur le caractère positif ou négatif des expériences vécues et ce qu'on retient de celles-ci. Il a découvert qu'il existe une confusion entre le vécu et le souvenir, car ce sont deux concepts différents régis par deux entités: le *moi qui enchaîne les expériences* les unes après les autres, qui vit dans le présent, qui est influencé par le temps (une expérience plus longue sera meilleure/pire), mais qui ne garde aucune trace de ce qui se passe, et le *"moi souvenir"* qui sauvegarde l'histoire de notre vie, qui n'est pas influencé par la durée de l'expérience, mais par la qualité et qui influencera les décisions futures. Selon ses différentes études, dont celle de Redelmeier & Kahneman (1996), les souvenirs créés par notre mémoire, et donc l'évaluation rétrospective des expériences vécues, sont déterminés principalement par les moments importants et le déroulement final. Il explique également que la notion de bonheur est très différente si on parle au "moi expérience" qui fera référence au bonheur de l'instant présent ou si on questionne le "moi souvenir" qui évaluera comment il est satisfait, heureux, content en repensant à sa vie. Ainsi, une personne satisfaite de sa vie ne renseigne pas le degré de bonheur avec lequel elle vit sa vie.

#### 4.6. Le sentiment de contrôle

Cet élément semble être très prédictif pour l'évaluation de l'expérience de la naissance. Waldenstrom (1999) explique que ce n'est pas le locus de contrôle comme trait de personnalité qui influence cette expérience, mais plutôt la perception du contrôle personnel sur la situation. En effet, le sentiment de contrôle personnel (état) doit être différencié du lieu de contrôle ou "locus of control" (trait).

*Le lieu de contrôle*, défini par Rotter (1966), est "la croyance généralisée dans le fait que les événements ultérieurs (ou renforcements) dépendent, soit de facteurs internes (actions, efforts, capacités personnelles), soit de facteurs externes (destin, chance, hasard, personnages tout-puissant)" (cité par Bruchon-Scweitzer, 2002, p230). Si l'individu pense que ses actions sont responsables des renforcements qu'il reçoit, il a un contrôle interne et à l'inverse, s'il pense que ces facteurs internes n'y contribuent pas, son lieu de contrôle est externe. Chaque personne développe son type de contrôle selon son apprentissage social et ses expériences de vie.

Par contre, *le sentiment de contrôle personnel* est la perception de l'individu que ses ressources personnelles lui permettent d'affronter et de maîtriser les événements. C'est une évaluation propre à un individu donné, qui est transitoire contrairement au lieu de contrôle qui est lui "une croyance durable et généralisée, considérée comme un antécédent dispositionnel" (Bruchon-Scweitzer, 2002, p311).

Dans le contexte de la naissance, le contrôle est la perception du sujet d'être acteur de l'évènement, d'être impliqué dans la procédure de la naissance en étant bien informé, en ayant des explications sur ce qui se passe et la possibilité de prendre part aux décisions.

Selon la revue systématique de Larkin & al (2007) décrite dans la section 4.1, la perception du contrôle est subjective pour chaque femme et évolue au cours du travail et de l'accouchement. Certaines femmes y apportent peu d'importance et font entièrement confiance aux professionnels, alors que d'autres éprouvent le besoin de contrôler, de donner leur avis et leur accord sur les différentes modalités du processus du travail et de l'accouchement. De plus en plus de couples souhaitent un accouchement le plus naturel possible et, selon Zadoroznyj (Zasoroznyj, 1999; cité par Larkin, 2007), cela implique un contrôle plus intériorisé qu'il décrit comme un pouvoir disciplinaire sur soi. Ainsi, certaines femmes choisissent d'accoucher sans péridurale, dans l'eau, à domicile, dans une maison de naissance ou, au contraire, demandent une césarienne, ce qui contribue à augmenter leur sentiment de contrôle sur la naissance. "Se sentir en contrôle peut influencer de manière significative la satisfaction des femmes de l'expérience du travail (Knapp, 1996; cité par Larkin, 2007), avec des sentiments d'accomplissement et de bien-être émotionnel postnatal "(Gibbins & Thomson, 2001; Green & Baston, 2003; cité par Larkin, 2007, p e54).

La *perception du contrôle* et l'implication dans la prise de décision semble influencer le vécu de l'accouchement selon les autres études trouvées dans la littérature. Ainsi, Spaich & al (2013) ont montré à l'aide d'une régression logistique multi-variée que le sentiment des femmes d'être impliquées dans la prise de décision était significativement associé à un score de Sil-Ger (Salmon's item list traduit en allemand) supérieur à 70 signifiant une expérience positive.

L'étude de Waldenstrom (1999), menée sur 1111 suédoises, deux mois après leur accouchement, a également mis en évidence, grâce à une régression logistique, que la *perception du contrôle* des femmes prédisait une expérience plus positive de l'accouchement.

Par contre, le manque d'information ou de participation à la prise de décision reflète un manque de contrôle des femmes sur la situation et prédit de l'insatisfaction face à l'accouchement (Spaich, 2003; Waldentrom, 2004; Waldenstrom, 1999). Selon Goodall (2009) le choix, l'information et la possibilité de prendre des décisions privilégient une expérience positive de la naissance (cité par Elmir, p2151, 2010).

Bryanton & al (2008) ont interrogé 652 femmes avec le Questionnaire Measuring Attitudes About Labor and Delivery (QMAALD) pour évaluer leur expérience de la naissance, 12 à 48 heures plus tard. Selon leurs analyses en régression linéaire multiple, le degré de conscience est le facteur prédictif le plus fort pour tous les modes d'accouchement confondus. Ils le décrivent comme le fait d'être au courant des événements qui se produisent et d'être un participant actif lors du travail et de l'accouchement. Ainsi, ils expliquent que cette variable est comparable au degré de contrôle perçu ou à l'implication dans la prise de décision, plus souvent rapportés dans la littérature scientifique. De plus, Bryanton & al (2008) étudient aussi l'influence du degré de contrôle perçu et montre également une relation significative.

Goodman & al (2004) interrogent en post-partum 60 femmes qui ont accouché spontanément d'un bébé à terme en bonne santé, afin de déterminer les facteurs les plus prédictifs de leur satisfaction, entre la douleur, le contrôle, les caractéristiques démographiques, les attentes personnelles et la préparation à la naissance. Ils ont utilisé trois instruments de mesure, décrits dans la section 4.4, dont la validité et la fiabilité ont été établies. Grâce à leurs analyses corrélationnelles et à une régression multiple pas à pas, ils découvrent que les femmes avec un *sentiment de contrôle personnel* élevé sont plus satisfaites que les autres de leur expérience et que le contrôle est la variable la plus prédictive et statistiquement significative pour la satisfaction globale de l'expérience de la naissance, mais aussi pour chacune des sous-échelles

(satisfaction de soi, du comportement du partenaire, des médecins et des infirmiers). Ces résultats suggèrent d'une part, que les femmes évaluent leur expérience sur base de la quantité et qualité du contrôle perçu et d'autre part, que le contrôle personnel est lié à la maîtrise de soi et aux relations avec les tiers et les professionnels de la santé. Ceux-ci peuvent à leur tour améliorer le contrôle de la femme sur cet événement et ainsi contribuer à une évaluation plus positive de l'expérience. Selon Goodman & al (2004) "cette constatation fournit des preuves empiriques de l'importance du contrôle personnel et des attentes comblées qui contribuent à la satisfaction des femmes de l'expérience de l'accouchement" (Goodman & al, 2004, p6). Cependant, ces résultats ne sont pas généralisables à toutes les populations, étant donné le petit échantillon non sélectionné au hasard qui a été utilisé.

En résumé, la perception du contrôle est une variable complexe car elle peut être corrélée avec d'autres. Le sentiment de perte de contrôle peut survenir lorsque la douleur devient ingérable et lorsque la parturiente perd pied, mais aussi lorsque les professionnels ne la tiennent pas informée et ne l'impliquent pas suffisamment. Le contrôle peut donc être influencé par la perception et la gestion de la douleur, mais aussi par le soutien social reçu. La *perception du contrôle* semble réellement être un élément essentiel de l'expérience de la naissance (Waldenstrom, 1999; Goodman, 2004; Waldestrom, 2004; Bryanton, 2007; Spaich, 2013). Il est mis en évidence dans les récits des femmes (Simkin, 1991; Elmir, 2010 ; Somera, 2009), dans les revues systématiques sur la satisfaction (Hodnett, 2002; Larkin, 2007), dans les recherches évaluant le bien-être psychologique des femmes suite à l'accouchement (Lobel & Deluca, 2007).

Le contrôle perçu fait référence à l'évaluation secondaire du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) qui sera abordé dans la section 4.9.

#### 4.7. Le soutien du partenaire et de la famille

Cette variable fait aussi référence au modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984) lors de l'évaluation des ressources personnelles et sociales de l'individu face à une situation stressante. Le soutien social perçu sera davantage décrit dans la section 4.9 dédiée à ce modèle.

De nombreuses études ont démontré que la perception qu'a la femme du support social reçu de son partenaire et de sa famille est très prédictive de sa satisfaction sur l'expérience de la naissance (Bryanton, 2008; Spaich, 2013; Waldenstrom, 2004; Larsson, 2011). Ainsi, si la

parturiente est insatisfaite de l'accompagnement de son partenaire lors de l'accouchement, elle a deux fois plus de risques de percevoir cette expérience comme négative, selon l'analyse de régression logistique de Waldenstrom & al (2004).

Bryanton & al (2008) a évalué la perception des femmes selon les différents modes d'accouchement. 652 femmes ont répondu au "Questionnaire Measuring Attitude About Labour and Delivery" composé de 29 items avec une échelle de Likert en 5 points, entre 12 à 48 heures de post-partum. L'analyse en régression linéaire a montré que la qualité du soutien du partenaire influence significativement l'expérience de la naissance pour tous les types d'accouchement confondus, dont la césarienne en urgence.

Selon Spaich & al (2013), le soutien du partenaire ou d'une personne de confiance lors du travail et de l'accouchement aide la femme à surmonter cet évènement. Ces auteurs ont prouvé par une régression logistique multi-variée que l'absence d'une personne de confiance lors du travail et de l'accouchement est un facteur indépendant associé à un score de Sil-Ger (Salmon list-item traduit en allemand) inférieur à 70, ce qui témoigne d'une expérience négative. Selon eux, la présence du partenaire en salle de naissance procure à la femme du soutien, de l'encouragement et de l'aide pour maintenir son contrôle sur cet évènement.

L'étude de Waldenstrom & al (2004) qui étudie la prévalence des facteurs de risque d'une expérience négative de la naissance sur un échantillon national de 2541 femmes, a également montré que le manque de soutien du partenaire ou d'une personne de confiance augmentait ce risque, lors de leur analyse de régression.

Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala & Weston (2011) ont prouvé, dans leur revue systématique Cochrane composée d'un échantillon de 15 000 femmes, que le soutien continu de la femme en travail présente des bénéfices cliniques éloquentes : plus de probabilité d'avoir un accouchement vaginal spontané, un travail plus court et moins de probabilité d'avoir une césarienne, un accouchement instrumental, une analgésie intrapartum et moins d'insatisfaction face à cette expérience de la naissance. Lorsqu'un soutien continu est fourni à la parturiente, elle a moins de probabilité de vivre cette expérience négativement (RR:0.69 CI:95%: 0.59-0.79). Selon Hodnett & al (2011), le soutien pendant le travail améliore le processus physiologique du travail, les sentiments de contrôle et de compétence de la femme et réduit la probabilité d'interventions obstétricales. Ce soutien continu peut soit être procuré par le personnel soignant, soit par des personnes extérieures à l'hôpital et à son réseau social

(exemple: les doulas) ou par une personne de confiance choisie. Ces auteurs concluent que le soutien continu devrait être la norme et que les hôpitaux devraient en donner la possibilité et encourager les femmes à être accompagnées par une personne de confiance pendant le travail et l'accouchement, pour leur bien-être et celui de leur nouveau-né.

#### 4.8. Le support des professionnels de la santé et son style

Le soutien des professionnels peut être défini comme étant la compassion, le soutien affectif, une présence empathique et le traitement de la femme en tant qu'individu, englobant intimité, confort et dignité. Cela permet, à la fois, d'augmenter le sentiment de contrôle des femmes et d'influencer leur expérience de la naissance (Larkin, 2007; Spaich, 2013).

L'accompagnement par un soignant bienveillant, sensible aux besoins des femmes et communiquant les informations appropriées, contribue à la satisfaction maternelle selon l'étude de Larkin & al (2007). Un soignant compétent et qui comprend les préoccupations individuelles peut améliorer l'expérience de la naissance en allégeant la douleur, en participant à l'augmentation du sentiment de contrôle et en impliquant ses patientes dans la prise de décision.

La revue systématique d'Hodnett (2002), décrite dans la section 4.1, a établi que les comportements et les attitudes des soignants, pendant le travail et l'accouchement, ont une influence sur la satisfaction maternelle, dans les 18 études analysées. Selon cet auteur, les facteurs, tels que le modèle de soin et l'environnement de la naissance, ont moins d'importance sur la satisfaction des femmes que la relation avec les soignants. Selon Hodnett (2002), "il y a de fortes probabilités que la qualité du soutien des soignants affecte la capacité de la femme à s'adapter aux stressors liés au travail, avec un effet de conséquence sur l'estime de soi et la dépression du post-partum" (Hodnett, 2002; p S170).

Hobson & al (2006) ont investigué si l'anxiété préopératoire des femmes qui vont subir une césarienne électorale prédit le niveau de satisfaction maternelle concernant l'intervention, la perception du rétablissement, l'utilisation d'analgésique et la longueur de l'hospitalisation. Ils ont évalué, 24 heures avant une césarienne programmée, la satisfaction de 85 femmes concernant le soutien social et les informations reçues par l'anesthésiste en préopératoire. Ils ont analysé l'effet de ces deux variables sur la satisfaction maternelle en postopératoire, grâce aux corrélations de Pearson, puis par une régression linéaire qui a montré que la satisfaction

du soutien émotionnel du partenaire et de l'information reçue explique 52% de la variance de la satisfaction maternelle globale. Ainsi, ces auteurs concluent que l'information de qualité des professionnels avant la césarienne électorique et le soutien des soignants, surtout si le partenaire est absent ou peu soutenant, pourra améliorer l'expérience maternelle de la naissance.

A l'inverse, les actions ou inactions des sages-femmes et des médecins tels que des soins indifférents, non respectueux et déshumanisants, influencent négativement l'expérience de l'accouchement (Elmir & al, 2010). Selon Elmir & al (2010), les parturientes se sont senties déshumanisées lorsque des personnes ont assisté à la naissance de leur enfant sans demander leur accord, lorsque des professionnels entre eux ont fait abstraction de leur ressenti ou opinion et finalement, même de leur présence en tant que personne (étude décrite dans la section 2.1). Selon Fraser (1999), les femmes les moins satisfaites des soins liés au travail et à l'accouchement décrivent les professionnels de la santé "comme inutiles, insensibles, brusques et désagréables"(cité par Elmir, 2010, p2150). Ainsi, la rencontre négative avec les soignants influence le vécu de cet événement.

Lors de la recherche sur le souvenir de l'expérience de la naissance trois ans après, de Rijnders & al (2008), les femmes ont choisi parmi une liste de quinze adjectifs afin de décrire les soignants qu'elles ont rencontrés. L'adjectif négatif le plus fréquemment cité était "débordé". Lorsque 30% des adjectifs choisis étaient négatifs, la description des soignants était évaluée comme négative. Rijnders & al (2008) ont alors trouvé que cette description négative des soignants entraînait presque trois fois plus de risques pour la femme d'avoir un souvenir négatif de la naissance lors de leur analyse de régression logistique.

Une naissance en toute intimité et la continuité des soins et des professionnels influencent donc la satisfaction de l'expérience de la naissance. En effet, connaître en prénatal le gynécologue et/ou la sage-femme qui sera présente lors du travail et de l'accouchement permet aux parturientes de se rassurer et d'exprimer leurs peurs et souhaits par rapport à cette expérience. De plus, cela permet une prise en charge plus globale et plus humaine de la parturiente par le professionnel de la santé qui la suit depuis le début de la grossesse. La continuité d'une même sage-femme pendant le travail et l'accouchement ou en maternité permet de créer une relation de confiance, de connaître davantage les besoins et souhaits de la femme et du couple et entraîne une meilleure prise en charge. Le soutien émotionnel des sages-femmes et médecins durant le travail et l'accouchement réduit aussi le risque de vivre une expérience négative (Waldenstrom, 2004; Spaich, 2013).

Selon l'analyse de régression logistique de Larsson & al (2011), la confiance dans les sages-femmes est un facteur indépendant influençant positivement l'expérience de la naissance. Leur échantillon composé de 541 femmes primipares est amené à évaluer leur expérience de la naissance à neuf mois de post-partum. Larsson & al (2011) expliquent que donner naissance pour la première fois est souvent perçu comme un événement douloureux et stressant, mais que le soutien des sages-femmes est très important pour améliorer l'expérience de la naissance dans le vécu des femmes.

Waldenstrom (1999) a aussi trouvé ce résultat, lors de son analyse de régression logistique comparant les différentes variables significatives et l'évaluation de l'expérience globale de la naissance de 1111 suédoises, à deux mois de post-partum. Ainsi, des professionnels de la santé soutenant, encourageant et informant leurs patientes, créent un environnement de confiance qui améliorera la perception qu'elles auront de leur accouchement. Waldenstrom & al (2004) ont aussi mis en évidence l'influence des attitudes des sages-femmes et médecins sur l'expérience de la naissance chez les femmes de leur échantillon représentatif de la population nationale. En effet, le manque de soutien pendant le travail des professionnels de la santé, mais aussi le manque de temps attribué au questionnement et à l'écoute des femmes lors des consultations prénatales, sont des facteurs de risque d'une expérience négative de la naissance. Ainsi, des professionnels sensibles aux besoins d'écoute, de soutien, de réassurance des femmes pourraient améliorer leur vécu de cet événement.

Selon Rijnders & al (2008), les femmes qui ont choisi d'accoucher à la maison sont plus satisfaites de leur expérience, du personnel soignant et des soins procurés que celles qui accouchent à l'hôpital. En effet, l'analyse en régression logistique prouve que les femmes qui accouchent à l'hôpital ont 1,4 fois plus de risques de se souvenir de leur accouchement négativement. Cela peut sans doute s'expliquer par une meilleure disponibilité de la sage-femme qui assistera la femme à la maison, par le fait que son choix a pu se réaliser et aussi par le fait que ces femmes n'ont pas eu de complications lors de leur grossesse et de leur accouchement. Cependant, cette donnée doit être prise en compte dans le système de santé des Pays-Bas où les naissances se passent dans 16.3% des cas à la maison et 11.4% en maison de naissance (EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT, 2013, p93) et où 85% des femmes commencent leur suivi prénatal chez une sage-femme. Ces chiffres sont très différents de la situation belge où seulement 6,4 naissances sur 1000 (Leroy, Van Leeuw & Englert, 2014, p55) se passent dans un lieu extrahospitalier (maison de naissance ou domicile), et où la

grande majorité des femmes accouchent à l'hôpital avec un gynécologue. Cela témoigne que les normes et les modalités de l'accouchement varient d'une culture et d'un pays à l'autre. Ainsi, ces résultats doivent être nuancés et ne sont pas généralisables à toutes les populations.

On comprend alors toute l'importance de sensibiliser les professionnels de la santé à un accompagnement soutenant et bienveillant des femmes en période périnatale.

#### 4.9. Description du modèle transactionnel de Lazarus et Folkman (1984)

Les résultats et commentaires des études scientifiques décrites ci-dessus et principalement, le rôle important du sentiment de contrôle et du soutien social perçu sur la satisfaction maternelle de l'expérience de la naissance, peuvent être mis en lien avec cette théorie de psychologie de la santé. De plus, l'expérience de la naissance constitue un événement de vie majeur selon les conclusions de Larkin & al (2007) et la césarienne peut-être perçue comme un événement stressant selon la revue systématique de Lobel & Deluca (2007). Ainsi le modèle de Lazarus & Folkman (1984) peut s'appliquer à la césarienne en urgence, considérée comme un événement stressant auquel il faut faire face.

Le modèle transactionnel (Lazarus & Folkman, 1984) "s'intéresse aux transactions actuelles entre individu et environnement, c'est à dire aux efforts cognitifs, émotionnels et comportementaux déployés par les individus pour s'ajuster à des situations aversives" (cité par Bruchon-Schweitzer, 2002, p89). Il se compose de deux phases: l'une d'évaluation et l'autre d'ajustement ou de coping. Ainsi, la personne évalue la situation selon ses valeurs, ses attentes et son histoire afin de déterminer les efforts à fournir pour s'y ajuster. Cette phase est donc subjective et propre à un individu. Il commence par évaluer le stress perçu (évaluation primaire), c'est à dire la situation, ses caractéristiques (durée, gravité, causes et conséquences) et son retentissement, spécifique à chaque individu. Après avoir estimé l'ampleur de la situation, le sujet évalue ses ressources personnelles et sociales lui permettant de la gérer (évaluation secondaire), c'est à dire le contrôle perçu et le soutien social perçu. Le contrôle perçu est "l'estimation par le sujet de sa capacité à maîtriser la situation" (cité par Bruchon-Schweitzer, 2002, p289) tandis que le soutien social perçu est la croyance du sujet qu'il peut compter sur autrui en cas de besoin. "C'est l'écart perçu entre les exigences de la situation et les ressources subjectives pour y faire face qui sera source de stress" (cité par Bruchon-Schweitzer, 2002, p 328). La deuxième phase de ce modèle est la phase d'ajustement ou de coping qui consiste au développement par l'individu de stratégies pour surmonter l'évènement

stressant et pour réduire son impact. Les stratégies dépendent de l'évaluation du stress perçu et des ressources personnelles et sociales et elles modifieront, soit la situation (centrées sur le problème), soit le sujet lui-même (centrées sur l'émotion).

#### Le stress perçu:

Le stress perçu peut être déterminé par des facteurs individuels et situationnels. Des styles cognitifs, tels que l'auto-efficacité ou l'optimisme, peuvent atténuer le stress perçu, alors que l'anxiété et la dépression aggravent cette perception en considérant exagérément la situation comme menaçante. Les caractéristiques situationnelles qui entraînent un stress perçu important sont l'ambiguïté, l'imminence, l'imprévisibilité qui ne permet pas au sujet d'anticiper les transactions, les événements liés aux transitions de la vie (être étudiant, travailleur retraité, avoir un enfant, se marier, se séparer, déménager, etc...) et le caractère incontrôlable, réel ou perçu, qui est "l'un des aspects les plus stressants d'une situation difficile". Les caractéristiques de la césarienne en urgence peuvent directement être mises en lien avec celles décrites ci-dessus et laissent à penser que cet événement stressant peut être comparé aux situations aversives auxquelles il faut faire face dans ce modèle.

Selon Bruchon-Schweitzer, il existe alors trois sources principales de stress. Au niveau individuel, la menace de l'intégrité physique de la personne est la source de stress la plus importante: la maladie, le handicap, l'intervention chirurgicale, les traitements médicaux ainsi qu'une relation négative avec les soignants, c'est à dire "ne pas être informé, ne pas pouvoir discuter de ses problèmes de santé, être traité comme une chose et non comme un être humain" (cité par Bruchon-Schweitzer, 2002, p293). La survenue d'une césarienne en urgence peut ici aussi être mise en lien avec ce qui est décrit ci-dessus. Ensuite, la structure, l'organisation, le fonctionnement et les relations familiales peuvent aussi être sources de stress. Enfin, le stress professionnel et social vise le stress au travail, les relations extérieures à la famille et les stressors liés aux conditions de vie et à l'environnement social.

Différentes études ont mis en évidence l'effet nocif du stress perçu sur la santé physique et mentale, comme l'étude de Johnson & Hall (1989) qui a montré que le stress, combiné à l'isolement social et à un faible contrôle perçu, est un facteur de risque des maladies cardiovasculaires (cité par Bruchon-Schweitzer, 2002, p303). Le stress perçu, en relation avec le contrôle perçu, le soutien social perçu, les stratégies de coping, agit sur les réactions de

l'organisme et peut entraîner la libération de glucocorticoïdes influençant le système immunitaire.

#### Le contrôle perçu

Selon Brucheron-Schweizer (2002), le contrôle perçu a un rôle protecteur sur la santé physique et psychique et peut aussi améliorer la qualité de vie émotionnelle et fonctionnelle des patients. Par contre, la perte de contrôle a des effets nocifs. Les effets du contrôle perçu sont complexes et pourraient s'expliquer par "certains médiateurs comme le coping et l'adoption de comportements sains", par son interaction avec d'autres variables telles que le stress perçu et le soutien social perçu et aussi par le déclenchement de processus physiologiques neuroendocriniens et neurophysiologiques. En effet, la perte de contrôle entraîne une activation de l'axe corticotrope de l'hypophyse et stimule la libération de glucocorticoïdes qui augmentent le taux de cortisol plasmatique, entraînant alors une diminution de l'immunité. Chez les patients séropositifs, par exemple, leur croyance en leur capacité d'influencer la maladie a un impact significatif sur leur état physique et mental ultérieur. De meilleurs ajustements psychologiques, plus de stratégies de coping actives et une diminution moindre des lymphocytes TD4 responsables du système immunitaire ont en effet, été observés chez ces patients (Bidan-Fortier, 2001; cité par Bruchon-Schweitzer, 2002, p318). Ainsi, augmenter la perception du contrôle des patients en les faisant participer activement au traitement permet une meilleure évolution et un pronostic plus favorable de leur état de santé.

Ces données appuient les résultats des études sur la satisfaction maternelle qui mettent en évidence l'importance de la relation avec les professionnels soignants. De plus, au vu des impacts bénéfiques du contrôle perçu sur une maladie, on peut très bien imaginer que ce dernier influence également la satisfaction maternelle.

#### Le soutien social perçu:

Le soutien social comprend différentes notions : le réseau social, le soutien social reçu et le soutien social perçu. Le réseau social fait référence au degré d'intégration ou d'isolement d'un individu, qui sont associés à la santé physique et mentale. En effet, l'isolement social est un facteur de risque, contrairement aux liens sociaux stables et intimes. Le soutien social reçu comprend l'aide réelle apportée par l'entourage de l'individu et peut être donné sous quatre formes: le soutien émotionnel, le soutien d'estime, le soutien informatif et le soutien matériel. Selon Bruchon-Schweitzer (2002), le soutien émotionnel réduirait le stress perçu et les états

anxieux en modifiant l'évaluation primaire, en augmentant la perception du contrôle et en facilitant la recherche de stratégies d'ajustement. Cependant, il ne peut avoir cet effet positif que s'il est en adéquation avec les besoins et attentes de l'individu et si celui-ci est satisfait du soutien social perçu. Cette notion est définie comme "l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits" (Pocidano, 1983; cité par Bruchon-Schweitzer, 2002, p333) et fait référence à une interaction entre l'individu et son environnement. Cette notion a deux composantes: la disponibilité perçue, c'est à dire la perception du sujet des personnes susceptibles de l'aider en cas de besoin, et la satisfaction du soutien reçu, c'est à dire l'adéquation du soutien reçu avec les attentes et les besoins de l'individu. Les effets protecteurs du soutien social sur la santé mentale sont bien établis, contrairement à ceux sur la santé physique qui sont plus divergents. Certains auteurs (Furukawa, 1998; Kessler, 1992; Turner & Marino, 1994; cité par Bruchon-Schweitzer, 2002, p 335) ont montré que les aspects du soutien social perçu, tels que la disponibilité et la satisfaction, sont des facteurs plus prédictifs que les deux autres formes du soutien social. Les études rapportent des effets bénéfiques du soutien social sur la santé physique et sur le bien-être chez différents groupes de patients (diabétiques, séropositifs, cancéreux, cardiopathes, etc...). Le soutien social adéquat permettrait de ressentir les situations de façon moins menaçante et atténuerait donc le stress perçu; il renforcerait les ressources perçues telles que la capacité de contrôle, l'estime de soi, le sentiment d'identité. Il favoriserait également l'utilisation de stratégies de coping centrées sur le problème, qui sont plus efficaces (Lazarus & Folkman, 1984), et diminuerait la détresse, l'anxiété et la dépression de l'individu lorsqu'il vit des événements stressants (Thoits, 1995; cité par Bruchon-Schweitzer, 2002, p 351). De plus, le soutien social perçu satisfaisant influencerait divers systèmes physiologiques, comme par exemple, chez des sujets séropositifs, où cela renforce leur compétence immunitaire et ralentit l'évolution de la maladie (Bidan-Fortier, 2001; cité par Bruchon-Schweitzer, 2002, p351).

Au vu de la description de ce modèle transactionnel élaboré par Lazarus & Folkman (1984), on comprend d'une part, que le soutien social perçu, le sentiment de contrôle personnel et le stress perçu interagissent entre eux et d'autre part, que ces notions peuvent influencer le vécu de la césarienne en urgence.

## **Chapitre 5: L'effet du mode d'accouchement**

Différentes études trouvent une relation entre le mode d'accouchement, tel que la césarienne non programmée, et l'expérience plutôt négative de la naissance ainsi que l'insatisfaction de la femme face à cet évènement.

L'étude de Schindl & al (2003) indique que les procédures médicales inattendues, telles qu'une césarienne en urgence ou un accouchement assisté, engendre une perception plus négative de cet évènement, plus d'inconfort physique (Stadlmayr & al, 2004) et une moins bonne adaptation émotionnelle et sociale en post-partum (Weiss & al, 2009).

Effectivement, Stadlmayr & al (2004) ont étudié les corrélations (Spearman) entre les différentes variables obstétricales, dont les modes d'accouchement, sur quatre dimensions de l'expérience de la naissance: l'épanouissement, l'adaptation émotionnelle, l'expérience émotionnelle négative et l'inconfort physique, dans les 48 à 96 heures de post-partum. Leur échantillon aléatoire est composé de 251 femmes et est représentatif de la distribution des modes d'accouchement en Suisse, pour la période de recrutement de l'étude. Selon eux, l'accouchement spontané, l'accouchement instrumental, la césarienne élective et la césarienne non programmée affectent dans l'ordre de plus en plus négativement l'expérience émotionnelle de la naissance. Selon ces auteurs, bien que l'expérience de la naissance soit multidimensionnelle, le mode d'accouchement est un facteur de risque important de l'évaluation négative de cet évènement en post-partum immédiat par rapport à l'ensemble des variables obstétricales qui peuvent intervenir au cours du travail et de l'accouchement.

Waldenstrom & al (2004) soutiennent aussi l'importante influence d'une césarienne en urgence sur la satisfaction de l'expérience de la naissance. Par contre, ils ne parlent pas de relation avec les accouchements instrumentaux.

Schindl & al (2003) ont interrogé 1050 femmes à 38 semaines d'aménorrhée, à trois jours puis à quatre mois de post-partum avec le questionnaire de Salmon. Ils ont montré également que l'expérience d'une césarienne programmée pour la naissance d'un enfant est significativement meilleure que celle d'un accouchement par voie vaginale; par contre, elle est moins bonne lorsque la future mère doit subir une césarienne en urgence ou un accouchement vaginal assisté. Grâce aux résultats de l'échelle de Zerrsen qui évalue les symptômes dépressifs, ils affirment que les ressentis vis à vis de la naissance seront d'autant plus négatifs dans ces deux derniers groupes, jusqu'à trois mois de post-partum.

Rijnders & al (2008) ont évalué la vision de l'expérience de la naissance auprès de 1310 femmes, trois ans après cet évènement. Selon leur analyse, les femmes qui ont eu une césarienne programmée n'ont pas une perception plus négative que celles qui ont accouché spontanément. Par contre, les femmes qui ont subi un accouchement vaginal assisté ou une césarienne en urgence ont deux fois (Odds Ratio=2.6.) plus de risques de se souvenir de cette expérience de manière négative que celles qui ont accouché spontanément, selon l'analyse de régression logistique.

Blomquist & al (2011) ont évalué l'expérience subjective de la naissance de 204 femmes primipares, grâce à une échelle visuelle analogue et le questionnaire de Salmon, à huit semaines de post-partum. Ils trouvent que les scores de l'échelle visuelle analogue diffèrent significativement selon les quatre modes d'accouchement. Leurs résultats montrent que le score des femmes qui ont eu une césarienne programmée et celui des femmes qui ont accouché spontanément ne diffèrent pas significativement, et donc que la satisfaction de leur expérience semble comparable. Par contre, les femmes qui subissent une césarienne en urgence ou un accouchement instrumental ont le score le plus bas. De plus, les femmes qui ont eu une césarienne imprévue étaient les moins satisfaites de leur expérience et présentaient le score d'épanouissement le plus bas et le score de détresse et d'inconfort physique le plus haut, parmi les trois autres types d'accouchement, à huit semaines de post-partum.

Selon l'étude de Larsson & al (2011) menée sur 541 primipares, le mode d'accouchement, dont principalement la survenue d'une césarienne en urgence, est corrélé à la satisfaction de la naissance dans la première corrélation de Kendall, mais ce facteur n'apparaît plus dans l'analyse de régression logistique, ce qui laisse à penser que d'autres facteurs indépendants interviennent. Ainsi, cette étude a particulièrement mis en évidence l'importance des facteurs tels que la douleur, la personnalité et la confiance en la sage-femme. Il serait donc possible que la femme évalue négativement cette expérience, davantage à cause de variables telles que la douleur et l'anxiété liées à cette situation, plutôt que uniquement lié au mode d'accouchement. De plus, dans cette étude, ils définissent la césarienne en urgence comme celle qui se réalise lorsque des complications surviennent au cours du travail et que l'accouchement vaginal n'est plus possible, mais aussi lorsque la césarienne électorale se fait avant la date programmée. Les auteurs expliquent que cette conception de la césarienne en urgence a pu diluer son effet sur l'expérience négative de la naissance.

D'autre part, des complications médicales inattendues, telles qu'une induction, un travail long, une naissance prématurée et le transfert du nouveau-né au centre néonatal, influencent également négativement cet événement (Waldenstrom, 2004; Stadlmayr, 2004). Waldenstrom (1999) a sélectionné un échantillon assez diversifié de 1111 femmes suédoises. A deux mois de post-partum, ces femmes ont rempli un questionnaire évaluant leur expérience de la naissance globale grâce à une échelle de Likert en sept points et les variables obstétricales ont été recueillies grâce au dossier médical. Deux régressions logistiques ont été réalisées. Dans la première, toutes les variables explicatives significatives de l'expérience globale de la naissance décelées dans l'analyse uni-variée ont été prises en compte. Cette analyse a révélé que les facteurs les plus prédictifs étaient le contrôle, la parité, le soutien des sages-femmes, la douleur et l'anxiété. La deuxième analyse en régression logistique a exclu ces variables qui témoignent des perceptions des femmes pour étudier l'influence des variables récoltées grâce au dossier médical. Les résultats ont alors montré que la césarienne en urgence, les accouchements instrumentaux, l'induction du travail, l'analgésie sous Entonox® et la parité influençaient de plus en plus négativement l'expérience de la naissance. Ainsi, Waldenstrom (1999) explique que la césarienne en urgence et l'accouchement instrumental ont un effet négatif sur la satisfaction des femmes, indépendamment de la durée du travail et de la santé du nouveau-né évaluée par le score d'Apgar.

Par contre, Spaich & al (2013) ne trouvent aucune relation directe entre le mode d'accouchement et le vécu de ce dernier. Ils ont interrogé leur échantillon avant la sortie de l'hôpital. Ils ont découvert que les scores du questionnaire de Salmon et les réponses à la question "are you satisfied with your childbirth?" n'étaient pas significativement différents entre les modes d'accouchement. Cependant, l'échantillon de cette étude (n=335) a été sélectionné parmi un seul hôpital et comporte un petit nombre de césariennes en urgence (n=9) et d'accouchements instrumentaux (n=15), sans aucune justification. De plus, 40% de la population de l'hôpital dans lequel l'étude a été réalisée sont des immigrés de l'Europe de l'Est et du Sud qui, peut-être, n'ont pas les mêmes attentes ni représentations face à cette expérience de la naissance. Ainsi, cet échantillon est très varié et n'est pas représentatif de la population. Parmi les femmes césarisées en urgence qui ont répondu à la question de satisfaction, 89 % sont satisfaites à très satisfaites de leur expérience de l'accouchement et sont également satisfaites du soutien du partenaire, de celui des professionnels et de leur implication dans la prise de décision. Une hypothèse plausible est que ces trois dernières variables ont diminué l'effet du mode d'accouchement.

En s'appuyant sur différents auteurs dont Stadlmayr & al (2004), le mode d'accouchement ne serait pas le seul médiateur du vécu négatif de l'expérience de la naissance, étant donné que l'expérience de la naissance est influencée par de multiples facteurs. De plus, ces auteurs expliquent que la perception subjective que la femme a des interventions obstétricales doit également être prise en compte et que deux femmes ayant vécu sensiblement la même chose aux yeux des professionnels ne le ressentiront pas de la même façon.

L'influence du mode d'accouchement sur la satisfaction reste incertaine car les résultats des différentes études trouvées sur ce sujet sont contradictoires. De plus, les différents facteurs décrits préalablement peuvent être corrélés avec la césarienne en urgence. En effet, cette intervention implique souvent un sentiment de perte de contrôle (Somera, 2009; Lobel & Deluca, 2007) qui entraîne à son tour une évaluation plus négative de la naissance. Le mode d'accouchement n'est peut-être pas le facteur le plus déterminant du vécu de l'expérience de la naissance, mais mérite d'en évaluer l'importance.

## Conclusion partie théorique

Cette revue de littérature a d'abord cherché à définir la césarienne en urgence, qui est un mode d'accouchement tout à fait particulier, de par ses caractéristiques d'imprévisibilité et d'imminence. Elle intervient lorsque le travail ou l'accouchement se compliquent et que leur poursuite comporte un risque vital pour la mère et/ou le nouveau-né. Elle comporte différents degrés d'urgence selon la gravité des situations et fait souvent référence à des cas extrêmes.

Ensuite, le vécu d'une expérience de la naissance traumatique, représentant environ 7% des naissances (Waldenstrom & al, 2004), a été approché par la méta-ethnographie de Elmir & al (2010) synthétisant les ressentis des femmes et par l'étude de Somera & al (2009) portant spécifiquement sur l'expérience de la césarienne imprévue. La perte de contrôle et le sentiment d'impuissance sont fréquemment évoqués par les femmes ainsi que l'apparition de flashback de l'évènement, le sentiment de ne pas être traitées humainement, la variété des émotions ressenties (anxiété, panique, dépression, excitation, joie), la perturbation des relations personnelles (avec le bébé et le partenaire) et, particulièrement pour celles qui vivent une césarienne en urgence, la crainte pour la vie de leur enfant et la leur. L'évènement de la naissance n'est donc pas toujours une expérience positive pour toutes les femmes; certains chercheurs pensent même que cet évènement entrainerait des troubles psychologiques comme la dépression du post-partum (Adams, 2010; Patel, 2005; Rauh, 2012; Rowdlands & Redshaw, 2012; Sword, 2011; Verdoux, 2002) et le syndrome de stress post-traumatique (Creedy, 2000; Gramble, 2005; Ryding, 1998; Rowdlands & Redshaw, 2012). Cependant, ces études trouvent des conclusions divergentes et le lien direct entre la césarienne en urgence et l'apparition de ces troubles n'est pas encore établi (Lobel & Deluca, 2007).

Outre le vécu de l'expérience de la naissance, la notion de satisfaction de cet évènement a plus particulièrement retenu l'attention. Suite à la diminution de la mortalité maternelle et infantile, l'évolution sociétale de la famille et l'émergence de la notion de qualité de vie en médecine, la satisfaction maternelle de la naissance a été prise en compte de manière croissante dans les années 80-90. Plusieurs auteurs (Stadlmayr, 2004; Larkin, 2007; Sawyers, 2013) ont critiqué le manque de consensus, tant au niveau des mesures de satisfaction que de sa définition, éléments qui varient selon les auteurs (Bramadat & Driedger, 1993; Hodnett, 2002; Larkin, 2007). Même si tous s'accordent sur la complexité et multi-dimensionnalité de la satisfaction maternelle par rapport à cette expérience et pensent que divers facteurs

individuels, sociaux et médicaux l'influencent, une définition et des instruments de mesure standardisés aideraient à comprendre précisément ce que les recherches étudient et permettraient de les comparer entre elles.

Ensuite, l'état des lieux des connaissances à travers de trois revues systématiques (Hodnett, 2002; Larkin, 2007; Lobel & Deluca, 2007) a été présenté. Hodnett (2002) a conclu que les attentes personnelles, l'implication dans les décisions et la qualité des relations sociales avaient plus d'importance que la douleur et les interventions médicales, pour l'évaluation de l'expérience de la naissance. Larkin & al (2007) ont mis en évidence les variables les plus souvent reliées à l'expérience de la naissance: le contrôle, le soutien, la douleur et les attentes personnelles, sans déterminer leur influence sur la satisfaction maternelle. Lobel & Deluca (2007) évoquent que la césarienne imprévue est perçue par la plupart des femmes comme stressante et qu'elle peut s'accompagner de séquelles psychosociales, dont l'insatisfaction qui est la plus documentée.

Enfin, les principaux facteurs influençant la satisfaction ont été recherchés et décrits (parité, attentes personnelles, anxiété, dépression, douleur, sentiment de contrôle, soutien du partenaire et des soignants et mode d'accouchement). Cependant, les conclusions des recherches divergent et empêchent de déterminer précisément les facteurs les plus prédictifs de l'expérience de la naissance et comment ceux-ci interagissent entre eux. Toutefois, l'étude de Redelmeier & Kahneman (1996) a apporté une piste de réflexion intéressante sur l'évaluation de la douleur des femmes césarisées en urgence. Il montre que la notion de bonheur et de satisfaction reste complexe, vu la confusion qui s'installe entre le vécu de l'expérience au présent et le souvenir que la mémoire en garde. En outre, la théorie de Lazarus et Folkman (1984) permet de transposer un modèle général sur la situation de la césarienne imprévue et de mieux appréhender les notions de stress, de contrôle et de soutien social perçus.

Dans ce contexte et en lien avec notre hypothèse de départ, une étude empirique était nécessaire afin de déterminer si le mode d'accouchement, et principalement la césarienne en urgence, influence la satisfaction maternelle. La réalisation d'une méta-analyse répond à cet objectif et étudie l'effet de cette variable. Pour évaluer l'ampleur de cet effet, l' (in-)satisfaction des femmes césarisées en urgence a été comparée à l' (in-)satisfaction des femmes qui ont accouché spontanément.

## II. PARTIE PRATIQUE

Dans différentes études, le mode d'accouchement semble déterminant pour l'expérience de la naissance vécue par les femmes, mais les résultats divergent dans la littérature scientifique, et l'influence de ce facteur reste incertaine et difficile à évaluer.

Ainsi, la méta-analyse permet de quantifier l'effet de cette variable sur la satisfaction de la femme quant à son accouchement, de comparer l'effet des études sélectionnées et d'examiner les confusions possibles.

### ***Chapitre 6: Description de la méta-analyse***

La méta-analyse est une démarche statistique qui vise à rassembler, comparer et combiner les résultats d'une série de recherches distinctes traitant d'un même sujet pour en tirer une synthèse quantifiée et reproductible. La méta-analyse requiert une recherche étendue des études publiées et non publiées et se base sur des calculs statistiques pour estimer la taille de l'effet traitement (au sens large). Une méthodologie rigoureuse lui sera appliquée afin d'assurer l'objectivité et la reproductibilité de cette synthèse.

Elle permet d'augmenter la probabilité de détecter des relations significatives entre les variables, lorsque les études prises individuellement ne permettent pas de conclure des résultats statistiquement significatifs ou lorsque les résultats sont discordants. Son hypothèse principale est que l'incidence d'une variable sur une autre est une constante, et par conséquent, que chaque étude mesure cette constante. Dès lors, les différences de résultats observées par les études individuelles ne devraient résulter que de fluctuations aléatoires "liées à l'erreur de mesure ou d'échantillonnage" (Laroche, 2015, p8). La méta-analyse essaie d'obtenir la meilleure estimation possible de la grandeur de l'effet commun, mais la valeur de l'effet réel reste inconnue car les différentes études ne donnent que des estimations de l'effet en fonction de leur mesure et leur échantillon.

Cette démarche est particulièrement précieuse lorsque les études sont réalisées sur des petits échantillons et qu'elles ne peuvent l'être sur un plus grand nombre de sujets, comme c'est le cas de celles effectuées sur les femmes qui ont vécu une césarienne en urgence. Le taux de césariennes non programmées est de 10.4% selon les Données Périnatales en Wallonie 2008-2012 (Leroy & al, 2014, p32). En effet, la méta-analyse, en comparant différentes recherches, va augmenter la quantité d'informations et le nombre de sujets, ce qui améliorera la précision

de l'estimation de la taille de l'effet et permettra aussi la généralisation d'un résultat, car en regroupant les échantillons des études sélectionnées, elle s'approche du "sujet moyen" de la population étudiée.

## **Chapitre 7: Méthodologie**

La méta-analyse s'effectue en différentes étapes qui seront décrites respectivement : formulation du sujet et description des objectifs, recherche et sélection d'études, estimation et combinaison de la taille de l'effet où l'évaluation de la qualité de l'étude sera discutée.

### 7.1. Formulation du sujet et description des objectifs

L'objectif principal de cette méta-analyse est d'évaluer si le mode d'accouchement, et principalement la césarienne en urgence, influence la satisfaction maternelle de l'expérience de la naissance. L'hypothèse de départ est que la césarienne imprévue influence négativement l'expérience de la naissance. Ainsi, la taille de cet effet, si les analyses statistiques en révèlent un, sera déterminée. Suite à ces résultats, des pistes de réflexions sur les causes de cet effet et sur les moyens de prévention pourraient être présentées afin que cette recherche serve à la pratique clinique.

### 7.2. Recherche et sélection des études

Les bases de données informatisées telles que Scopus, Science direct, Medline et Pubmed via le portail UCL ont été utilisées comme sources pour identifier les articles.

Ces recherches ont été effectuées en anglais et les mots clefs suivants ont permis de trouver le plus d'articles correspondants: "ceasarean" and "birth experience"; 146 articles ont alors été recensés. Parmi ceux-ci, 108 traitaient d'un thème différent du nôtre (l'anesthésie, la césarienne élective, la césarienne demandée d'office, la peur de l'accouchement, l'expérience des pères, etc...), 13 étaient des études qualitatives, 2 n'avaient pas de données statistiques utilisables, 14 semblaient intéressantes, mais n'étaient pas disponibles par le portail Ucl. Il restait donc 10 études dont celle de Wiklund, Edman, Ryding & Andolf (2008)<sup>2</sup> qui n'a pas été incluse dans la sélection car elle présente des résultats provenant du même échantillon que l'étude de Larsson & al (2008).

---

<sup>2</sup> Wiklund, I.; Edman, G.; Ryding, E.-L.; Andolf, E. (2008) Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.

Les articles de Larsson & al (2008), Saisto & al (2001) et Waldenstrom & al (2004) ont, eux, été trouvés dans les références des articles parcourus. Ces recherches ont débuté en juillet 2014 jusqu'au 4 mars 2015.

D'autre part, les études sélectionnées ont toutes été publiées dans des revues scientifiques et ont donc été évaluées par leurs pairs (peer-reviewed). Elles devaient aussi utiliser une méthode d'analyse quantitative et mettre à disposition des données statistiques permettant le calcul de la grandeur de l'effet, pour être incluses dans la méta-analyse.

Ensuite, les articles devaient traiter de la satisfaction maternelle de l'expérience de la naissance et comparer celle-ci dans les deux groupes suivants: les femmes césarisées en urgence (groupe traitement) et celles qui ont accouché spontanément par voie vaginale (groupe contrôle). Ainsi, toute recherche évaluant l'expérience de la naissance de la femme lorsqu'elle a une césarienne programmée, ou lorsqu'elle vit un accouchement vaginal après une première césarienne, a été exclue. Car, dans ce mémoire, la césarienne est considérée en urgence lorsque, au cours du processus de l'accouchement, son indication survient alors que toutes les conditions étaient réunies pour que la femme accouche spontanément. L'échantillon des études incluses doit comporter des femmes primipares et/ou multipares dont la grossesse était normale, et devait compter au moins une femme ayant vécu une césarienne imprévue. Dans notre sélection, le minimum est de 9 femmes césarisées en urgence. La population de notre échantillon se veut d'être une population à faible risque de complication. Ainsi, les études portant sur des cas particuliers, tels que la naissance de jumeaux, les accouchements prématurés, la présentation fœtale par le siège (Toivonon & al, 2015), l'âge maternel avancé lors d'une première grossesse (Aasheim & al, 2013), ont été exclues. Même si ces recherches évaluent la satisfaction de la femme de son expérience de la naissance, ces situations comportent davantage de risques de complication de l'accouchement et les patientes sont d'ailleurs averties de la plus grande possibilité de recourir à une césarienne.

Ainsi notre sélection d'études se compose au total de 11 articles seulement, datant de 1999 à 2013, et évaluant la relation entre la césarienne en urgence et l'expérience négative de la naissance, le souvenir négatif de la naissance ou l'insatisfaction face à l'expérience de la naissance, afin d'inclure le maximum d'études. Portant sur des expériences de vie, ces études ne sont ni de type expérimental et ni des essais thérapeutiques; ainsi elles ne permettent pas un suivi en double aveugle.

Au point de vue de la période de recherche, aucun article correspondant à notre recherche n'a une date antérieure à 1979. De plus, selon Hodnett (2002) et Lavender & al (1998), on s'est surtout intéressé à la satisfaction maternelle dans les années 80-90. Ainsi, une période la plus large possible a été couverte par cette recherche.

Il existe un biais propre à la synthèse d'information, le biais de publication. En effet, malgré la recherche de tous les articles réalisés sur le domaine étudié, un certain nombre de travaux n'a sans doute jamais été publié, soit par l'auteur lui-même, soit par le comité de lecture des revues scientifiques ou encore par l'organisme financier du projet. De manière générale, les études scientifiques ont plus de chances d'être publiées lorsqu'elles trouvent des résultats statistiquement significatifs. Ce biais peut donc surestimer l'effet du traitement. Pour se prémunir de ce risque, il existe différentes options: inclure des travaux non publiés, évaluer la robustesse du résultat de la méta-analyse et identifier et quantifier ce biais. Ainsi, des techniques permettent d'estimer le nombre d'études additionnelles présentant des résultats non significatifs qui renverseraient la conclusion d'une méta-analyse. Dans le cadre de ce travail, il n'a pas été possible d'évaluer ce biais en détail. Nous avons cependant examiné la relation entre la variance des effets et leur taille, comme nous le décrivons plus loin.

### 7.3. Estimation de la taille de l'effet

La taille de l'effet est une mesure qui standardise les résultats des différentes études ; ainsi une fois qu'elles sont encodées sur une même échelle numérique, la comparaison de leurs résultats est possible et pertinente. Ces mesures ne sont pas liées à la taille de l'échantillon et sont comparables entre elles.

Il existe toutefois différents types de mesure de la taille de l'effet et donc, différentes méthodes de calcul. En effet, nous avons utilisé trois méthodes différentes pour calculer la taille de l'effet et sa variance des articles sélectionnés (Howell, 1998).

Certains de nos articles utilisent des moyennes pour rendre compte de leur analyse. Ainsi, la mesure du  $d$  de Cohen, qui représente la mesure standardisée de la taille de l'effet, s'effectue alors naturellement par la différence de la moyenne du groupe de traitement ( $M_t$ ) et du groupe contrôle ( $M_c$ ) divisé par l'écart type combiné ( $S_p$ ). Les formules suivantes sont tirées de l'ouvrage "Practical Meta-Analysis" de Lipsey & Wilson (2000).

$S_p = \sqrt{\frac{[(n_t - 1) \times (S_t)^2] + [(n_c - 1) \times (S_c)^2]}{(n_t + n_c - 2)}}$	$d = \frac{M_t - M_c}{S_p}$	$V_d = \frac{S_t^2}{n_t} + \frac{S_c^2}{n_c}$
--	-----------------------------	---

*Equation 1: Taille de l'effet à partir des moyennes et sa variance*

Ensuite, d'autres études utilisent des indices de proportion tels que les odds ratio (OR) pour présenter leur résultat. L'odds ratio ou "rapport de chance" se calcule comme suit:

$OR = \frac{A \times D}{B \times C}$
--------------------------------------

*Equation 2: Odds ratio*

Dans cette formule, "A" est le groupe traitement qui rencontre l'événement étudié, "B" est le groupe traitement qui ne rencontre pas l'événement étudié, "C" est le groupe contrôle qui rencontre l'événement étudié et "D" représente le groupe contrôle qui ne rencontre pas l'événement étudié.

En pratique, l'odds ratio est une taille d'effet. Néanmoins, par souhait de comparer ces effets aux effets trouvés par des différences de moyennes, ils ont été transformés en une mesure commune: le d de Cohen.

La mesure de la taille de l'effet et sa variance se calculent alors grâce à ces formules (Borenstein, Hedges, Higgins & Rothstein, 2009, p36) :

$d = \ln OR \times (\sqrt{3} \div \pi)$	$V_{\log OR} = \frac{1}{A} + \frac{1}{B} + \frac{1}{C} + \frac{1}{D}$	$V_d = V_{\log OR} \times \frac{3}{\pi^2}$
---	---	--

*Equation 3: Taille de l'effet à partir des odds ratio et sa variance*

Un autre cas rencontré est le calcul du d de Cohen à partir d'un coefficient de corrélation de Pearson dont les formules se présentent comme suit:

$d = \frac{2r}{\sqrt{1 - r^2}}$	$V_r = \frac{(1 - r^2)^2}{(n - 1)}$	$V_d = \frac{4 \times V_r}{(1 - r^2)^3}$
---------------------------------	-------------------------------------	--

*Equation 4: Taille de l'effet à partir des coefficients de corrélation de Pearson et sa variance*

Enfin, un taux de Kendall a été transformé en d de Cohen. Pour cela, deux étapes ont été nécessaires. Tout d'abord, nous avons transformé ce taux en coefficient de corrélation et puis en d de Cohen grâce aux formules suivantes (Walker, 2003). La variance de cette grandeur

d'effet a été calculée à partir des formules de variance pour les tailles d'effet mesurées à partir des coefficients de corrélation (voir Equation 4 ci-dessus).

$r = \sin(0.5 \times \pi \times \tau)$	$d = \frac{2r}{[(1 - r^2)^{0.5}]}$
--	------------------------------------

*Equation 5: Taille de l'effet à partir des coefficients de corrélation de Kendall*

#### 7.4. Combinaison des effets

Une fois les calculs de l'effet terminés et vérifiés, la méta-analyse s'inspire de la logique de "la théorie des probabilités, qui explique que si l'on collecte des données d'échantillons multiples, les estimations obtenues à partir de ces échantillons vont se distribuer autour du paramètre de la population". Ainsi, la méta-analyse permet, en se basant sur les estimations obtenues grâce aux diverses études sélectionnées, un "meilleur portrait de la distribution des effets et des estimés plus précis" (St-Amand & Saint-Jacques, 2013, p17).

Etant donné que ces mesures sont des estimations, elles sont accompagnées de leur écart type afin d'exprimer leur précision et leur variation autour de la moyenne. Les formules des variances utilisées (Howell, 1998) sont décrites ci-dessus.

On souhaite calculer l'effet moyen de l'ensemble des recherches incluses. Cela requiert que chaque taille de l'effet utilisée soit indépendante des autres et pour cela, il est essentiel que les échantillons des différentes études ne se chevauchent pas, et donc qu'ils soient indépendants. Ensuite, les effets de chaque étude vont être combinés. Cependant, la contribution de chaque recherche à l'effet moyen variera en fonction de la précision obtenue, liée à la taille de l'échantillon. Ainsi, plus l'écart type sera petit (donc une plus grande précision), plus l'échantillon est grand, plus l'étude recevra un poids important dans l'effet moyen. (Laroche, 2015)

## Chapitre 8: Présentation des résultats

### 8.1. La taille des effets

Différentes manières peuvent être utilisées pour interpréter la taille de l'effet. Dans ce travail, les normes de taille d'effet définies par Cohen (1988) pour les sciences sociales sont utilisées. Ainsi, la valeur du  $d$  de Cohen de 0.2 équivaut à un effet faible, 0.5 est un effet modéré et 0.8 est un effet fort.

Ce graphique représente les tailles d'effet trouvées pour chaque étude sélectionnée. Des barres d'erreurs ont été ajoutées aux bâtonnets pour représenter la dispersion de la taille d'effet, soit la valeur de la taille de l'effet plus 1 et moins 1 écart type.

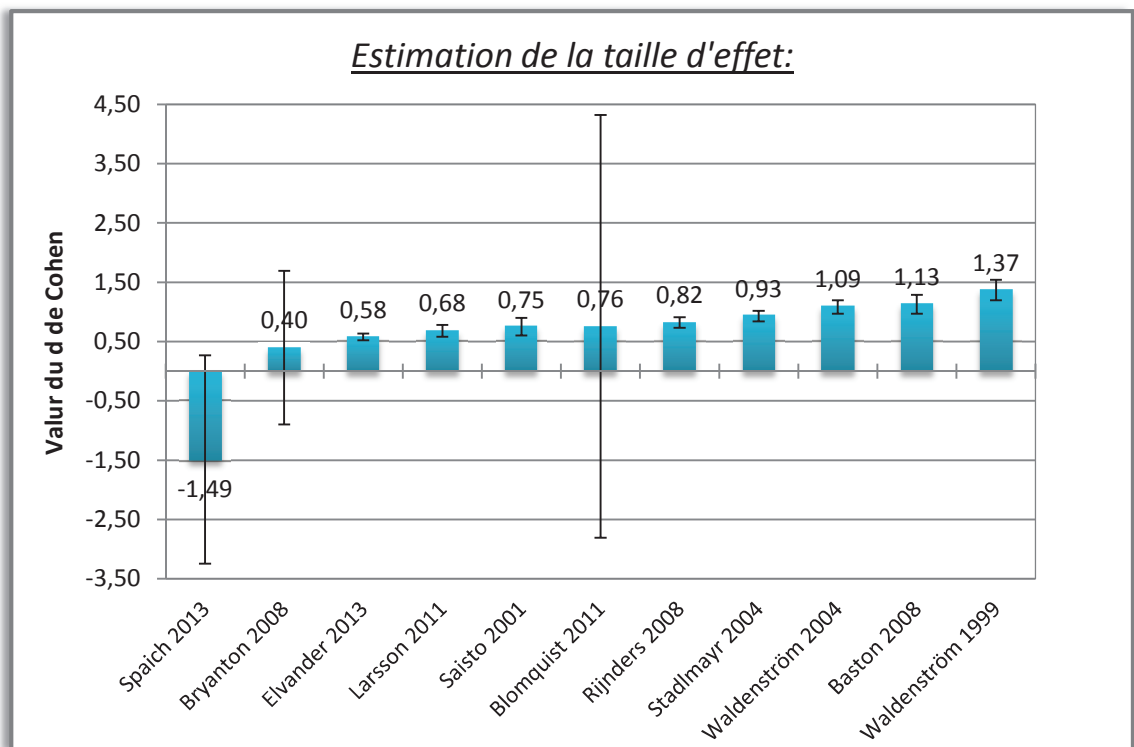


Figure 1: Estimation de la taille d'effet

Suite à la mesure de la taille de l'effet de chaque étude, les résultats trouvés vont tous dans le sens de l'hypothèse, mise à part la grandeur d'effet de la recherche de Spaich & al (2013) qui vaut -1.49 ( $\sigma = 1.76$ ). Hormis celui-ci, tous les autres résultats oscillent entre un effet modéré à

fort ( $d= 0.58$  à  $1,37$ ), à l'exception de celui de l'étude de Bryanton & al (2007) où la taille de l'effet est faible:  $0.40$  ( $\sigma=1.29$ ).

L'estimation de la taille d'effet des études de Rijnders & al (2008), Stadlmayr & al (2004), Waldenstrom & al (2004), Baston & al (2008) et Waldenstrom (1999) sont respectivement de  $0.82$  ( $\sigma=0.008$ ) ,  $0.93$  ( $\sigma=0.008$ ),  $1.09$  ( $\sigma=0.013$ ),  $1.13$  ( $\sigma=0.02$ ) et  $1.37$  ( $\sigma=0.03$ ). Ces valeurs montrent que l'effet de la césarienne en urgence sur l'insatisfaction de la femme de l'expérience de la naissance est fort.

Cet effet est modéré dans l'étude d'Elvander & al (2013), de Larsson & al (2011), de Saisto & al (2001) et dans celle de Blomquist & al (2011); leur taille d'effet est respectivement de  $0.58$  ( $\sigma=0.003$ ),  $0.68$  ( $\sigma =0.10$ ),  $0.75$  ( $\sigma =0.02$ ) et  $0.76$  ( $\sigma=3.56$ ).

On constate également que la taille de l'effet des études de Spaich & al (2013), Bryanton & al (2008) et Blomquist & al (2011) montre une grande dispersion. Bien que ces deux dernières études ont une grandeur d'effet de valeur positive, respectivement  $0.40$  ( $\sigma=1.29$ ) et  $0.76$  ( $\sigma=3.56$ ), ce sont les seules valeurs qui, selon leur dispersion, pourraient aussi être négatives. L'interprétation de la variance des résultats sera discutée dans la section 9.2 sur l'estimation de l'effet combiné.

La synthèse des études sélectionnées:

Ce tableau représente un aperçu des différentes caractéristiques des études sélectionnées.

Tableau 1: Synthèse des études sélectionnées

Etude	N <sub>c/s u</sub> <sup>3</sup>	N <sub>AVS</sub> <sup>4</sup>	Instrument	Temps de Mesure	Analyse	Données	d	Caractéristiques échantillon	Caractéristiques variables	Pays
Waldenstrom (1999)	57	1013	1 question Likert 7 points	2 mois	Uni-variée	Odds Ratio	1.37			Suède
Baston & al (2008)	87	504	1 question Likert 5 points	3 ans	Uni-variée	Odds Ratio	1.13	Représentation population nationale		Grande- Bretagne
Waldenstrom & al (2004)	190	1949	1 question Likert 7 points	1 an	Uni-variée	Odds Ratio	1.09	Représentation population nationale		Suède
Stadlmayr & al (2003)	15	177	Items de Salmon	48-96 heures	Uni-variée	Moyenne	0.93		obstétricale uniquement	Suisse
Rijnders & al (2008)	291 <sup>5</sup>	984	1 question Likert 5 points	3 ans	Uni-variée	Odds Ratio	0.82	Représentation population nationale		Pays-Bas

<sup>3</sup> N<sub>c/s u</sub> représente le nombre de femmes césarisées en urgence ayant participé à l'étude.

<sup>4</sup> N<sub>AVS</sub> représente le nombre de femmes ayant accouché spontanément et qui ont participé à l'étude.

Etude	N <sub>c/s u</sub> <sup>3</sup>	N <sub>AVS</sub> <sup>4</sup>	Instrument	Temps de Mesure	Analyse	Données	d	Caractéristiques échantillon	Caractéristiques variables	Pays
Blomquist & al (2008)	48	95	Echelle visuelle analogue (0-100)	2 mois	Uni-variée	Moyenne	0.76	primipare	obstétricale uniquement	USA
Saisto & al (2001)	Non disponible		6 questions Likert 5 points	14 à 200 jours	Uni-variée	Corrélation de Pearson	0.75			Finlande
Larsson & al (2011)	Non disponible		1 question Echelle visuelle analogue (1-10)	9 mois	Uni-variée	Corrélation de Kendall	0.68	primipare		Suède
Elvander & al (2013)	708	1882	FBS Birth Experience Scale (16 items)	3-80 jours	Multi-variée	Odds Ratio	0.58	primipare		USA
Bryanton & al (2008)	82	478	Questionnaire Measure Attitudes About Labor & Delivery.	1 mois	Multi-variée	Moyenne	0.40			Canada
Spaich & al (2013)	9	203	1 question Likert 5 points	Avant sortie de l'hôpital	Uni-variée	Odds Ratio	-1.49			Allemagne

<sup>5</sup> Ce chiffre comprend le nombre d'accouchements instrumentaux et le nombre de césariennes en urgence car ces deux modes d'accouchement ne sont pas présentés distinctement dans cette recherche.

## 8.2. L'effet combiné

Bien que la démarche de la méta-analyse consiste à attribuer le même poids à toutes les études de la sélection, il existe des recherches de meilleure qualité que d'autres. Pour la combinaison des grandeurs d'effet, il est possible de donner plus de poids à ces études en pondérant leur taille d'effet par l'écart type estimé de cet effet. Plus la taille de l'échantillon est grande et donc l'écart type petit, plus cet échantillon permet d'estimer précisément la taille de l'effet dans la population. Ainsi, pondérer les résultats des études par l'inverse de la variance de l'effet estimé permet de donner plus d'importance aux études de meilleure qualité. L'effet combiné est la somme des effets estimés multipliés par l'inverse de leur variance divisé par la somme des variances inversées:

$$E_c = \frac{\sum (E_i \times \frac{1}{V_i})}{\sum \frac{1}{V_i}}$$

Equation 6: Effet combiné

Tableau 2: Calcul de l'effet combiné

	Effet d	variance	1 / Variance	E x 1/V
Spaich 2013	- 1,4868	3,0860	0,3240	- 0,4828
Bryanton 2008	0,3974	1,6751	0,5970	0,2373
Elvander 2013	0,5868	0,0033	300,8967	176,5812
Larsson 2010	0,6800	0,0097	102,7101	69,8429
Saisto 2001	0,7473	0,0217	46,0688	34,4256
Blomquist 2011	0,7559	12,6920	0,0788	0,0596
Rijnders 2008	0,8231	0,0079	127,3878	104,8517
Stadlmayr 2004	0,9300	0,0077	130,5780	121,4375
Waldenstrom 2004	1,0851	0,0128	78,3306	84,9943
Baston 2008	1,1306	0,0271	36,8607	41,6748
Waldenstrom1999	1,3695	0,0297	33,6702	46,1117
	Somme =		857,5027	679,7337
			Effet combiné =	0,7927

L'effet combiné de la césarienne en urgence sur l'insatisfaction de la femme est de 0.79, c'est donc un effet fort.

Pour une meilleure compréhension et représentation de l'effet combiné, l'affichage binomial est utilisé. C'est une manière fictive de représenter la taille de l'effet à laquelle correspond la

corrélation. Après la conversion du d de Cohen en coefficients de corrélation grâce aux formules décrites ci-dessous, nous avons calculé le taux de succès ( $= 0.5 + \frac{r}{2}$ ) et d'échec ( $= 0.5 - \frac{r}{2}$ ) dans le groupe expérimental et le groupe contrôle (Rosenthal, 1991, p 133-134).

$r = \frac{d}{\sqrt{d^2 + a}}$	$a = \frac{(n_t + n_c)^2}{n_t \times n_c}$
--------------------------------	--

Equation 7 : Conversion du d de Cohen en coefficients de corrélation

Les nombres précis de césariennes en urgence ( $n_t$ ) et d'accouchements vaginaux spontanés ( $n_c$ ) n'étaient pas disponibles dans les études de Saisto & al (2001) et Larsson & al (2011). Il est alors indiqué de considérer ces nombres comme égaux et de prendre la valeur 4 pour le facteur de correction (a). Grâce aux formules ci-dessus, ce graphique a été créé.

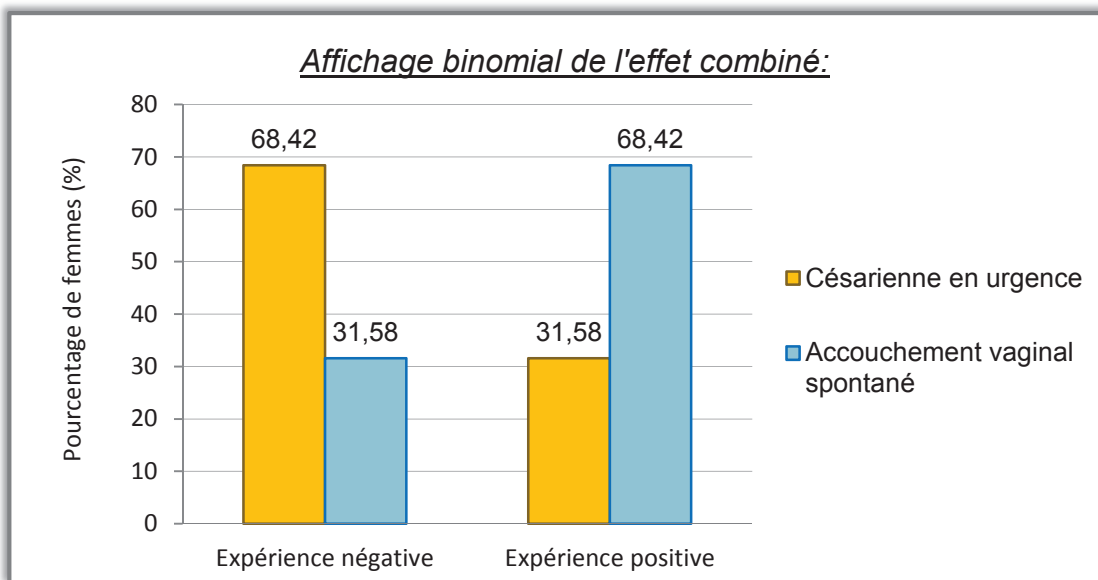


Figure 2: Affichage binomial de l'effet combiné

Selon ce graphique, 68,42% des femmes qui ont vécu une césarienne en urgence évaluent leur expérience de la naissance comme négative contre 31,58 % des femmes qui ont vécu un accouchement vaginal spontané. Ainsi, la césarienne en urgence semble bien influencer la satisfaction maternelle quant à cette expérience.

## **Chapitre 9: Discussion.**

### 9.1. La taille des effets

**L'étude de Spaich & al (2013)** se différencie des autres sur de nombreux points. Ces auteurs ont sélectionné prospectivement 335 femmes qui ont accouché à terme d'un enfant en bonne santé dans le centre médical universitaire de Mannheim en Allemagne. L'instrument utilisé est une question globale pour évaluer la satisfaction des femmes de leur accouchement, avant leur sortie de la maternité: "Are you satisfied with your childbirth" pour laquelle il y avait cinq possibilités de réponses: "not at all - slight - moderate - good - very good". Leur analyse statistique et le cut point de leur instrument semblent corrects et pertinents. Par contre, l'utilisation d'une seule question pour évaluer la satisfaction maternelle peut être source d'erreurs et pourrait expliquer la variance la taille de l'effet ( $\sigma = 1.76$ ), car c'est à partir de ces résultats que la taille de l'effet a été mesurée.

L'échantillon des femmes qui ont subi une césarienne en urgence est très petit ( $n=9$ ) et ne peut donc pas être représentatif de cette population. D'ailleurs, toutes les autres recherches de notre sélection en comptent davantage. De plus, Spaich & al expliquent que la population de Mannheim contient quarante pourcents d'immigrés du sud et de l'est de l'Europe et que malgré la traduction possible du questionnaire, une partie des patientes n'a pu répondre à l'enquête. Leur échantillon n'est donc pas représentatif de la population. Il serait opportun de savoir si certaines femmes immigrées ont répondu à cette recherche car la représentation de la césarienne peut varier selon les cultures, comme par exemple au Brésil où ce mode d'accouchement est la norme. Mais surtout, plus l'échantillon est hétérogène, plus la variance augmente.

Le moment de la mesure de cette variable n'est pas précis ("avant la sortie de l'hôpital"), mais on peut supposer qu'il a lieu dans les quelques jours après l'accouchement. Or, selon Simkin (1991), le moment où l'on mesure la satisfaction de l'accouchement de la femme est très important. Il a recherché, d'une part, les différents aspects qui influencent l'évaluation de cette expérience et d'autre part, l'exactitude et la cohérence de ce souvenir à long terme. Pour cela, il a interrogé 20 femmes primipares quelques jours après leur accouchement et 15 à 20 ans plus tard, avec exactement les mêmes interviews semi-structurés. Il en a conclu que les aspects positifs des souvenirs de cette expérience restent, dans la plupart des cas, positifs au cours du temps, contrairement aux événements négatifs qui semblent s'intensifier au fur et à

mesure, ce qu'il explique par l'effet Halo (Simkin, 1992). Lors d'un évènement significatif ou de réussite, des sentiments négatifs peuvent être estompés par la joie et l'excitation de l'instant puis, au fil du temps, l'évènement prend des dimensions plus réalistes et ses aspects négatifs deviennent beaucoup plus présents dans la mémoire. Simkin (1992) s'appuie également sur une étude de Bennett (1985) qui compare le souvenir de l'accouchement, trois semaines après et deux ans plus tard, et qui utilise la notion de l'effet de halo après l'accouchement (cité par Simkin, 1992, p70). Celui-ci explique que "La joie et le soulagement ressenti par la mère à l'arrivée d'un bébé en bonne santé peuvent occulter toute déception ou sentiment de colère, la douleur ressentie, les procédures non désirées ou mal vécues, ou des interactions négatives avec le personnel. Plus tard, cependant, après l'estompement du halo, la femme examine son travail et l'accouchement et ses perceptions peuvent changer" (Simkin, P., 1992, p70). C'est d'ailleurs en se basant sur cette théorie que Waldenstrom & al (2004) ont effectué leur mesure un an après l'accouchement. Pour cette étude, l'effet calculé de la césarienne en urgence sur la satisfaction maternelle s'est révélé fort. Malheureusement, il n'y a aucune précision sur le moment à partir duquel cet effet s'estompe dans la littérature scientifique.

L'estimation de la taille de l'effet est cohérente avec les résultats de la recherche car sur les neuf femmes césarisées en urgence, huit avaient répondu être "bien à très satisfaites" de leur expérience de la naissance. Parmi ces femmes, toutes étaient accompagnées d'une personne de confiance, 89 % de celles-ci ont eu une bonne/très bonne relation avec les sages-femmes, 87% ont eu une bonne/très bonne relation avec les gynécologues et 80% de celles-ci se sont senties bien/très bien intégrées dans la prise de décision. Ces facteurs, également cités comme influençant la satisfaction dans la littérature scientifique, ont une plus grande importance que le mode d'accouchement selon Spaich & al (2013). Mais, au vu des diverses critiques de cette étude et de nos résultats, nous ne pouvons en conclure que le mode d'accouchement n'a aucun impact sur le vécu de cette expérience.

**Bryanton & al (2007)** ont interrogé un échantillon des 652 femmes dont 82 césarisées en urgence qui ont été sélectionnées dans deux hôpitaux du même groupe hospitalier au Canada (102 lits et 350 lits). Selon ces auteurs, ces services de maternité s'efforcent de procurer un soutien infirmier-patient "de un à un" pendant le travail et d'avoir un relativement faible taux d'intervention. Malheureusement, ils n'ont pas précisé ce qu'ils entendaient exactement par le "one-on-one nursing support". Donc il reste difficile de déterminer si cette variable a effectivement influencé leur résultat et d'objectiver l'absence de celle-ci dans les autres études

sélectionnées. De plus, ces auteurs ont également déclaré que leur échantillon de répondantes était sous-représenté par rapport aux femmes non-répondantes, qui ont eu des complications suite à leur accouchement et qui ont subi une césarienne. Cette caractéristique de l'échantillon a évidemment pu influencer l'opinion des femmes sur leur expérience de la naissance et diminuer l'effet négatif que la césarienne en urgence peut avoir sur la satisfaction des femmes de cet évènement.

En outre, cette étude a utilisé le questionnaire validé par Marut & Mercier (1979): "Measuring Attitudes About Labor and Delivery" (QMAALD) composé de 29 items évaluant les attitudes des femmes par rapport au travail et à l'accouchement (confiance, contrôle, soutien, attente, relaxation, ...) ainsi que la rencontre avec leur nouveau-né, juste après la naissance. Généralement, la variance dans les réponses diminue et donc le risque d'erreur dans les résultats aussi, lorsque différents items sont testés. Cependant, pour cette étude, la variance de la taille d'effet est importante ( $d=0.40$  et  $\sigma=1.29$ ) et est sans doute liée à d'autres facteurs. Il n'est pas possible de déterminer si cette différence d'instrument a pu modifier les résultats car c'est la seule étude de la sélection qui l'utilise.

Par contre, les données statistiques utilisées pour l'estimation de la taille de l'effet viennent d'une analyse de régression linéaire multiple car aucune autre donnée statistique n'était disponible. Cela suggère que, même si l'effet de la césarienne en urgence sur la perception négative de l'expérience de la naissance est faible, cette variable est indépendante des autres et donc, peut produire à elle seule cet effet. Ces auteurs ont entré 17 variables dans leur analyse de régression linéaire et les cinq variables les plus prédictives de la perception de l'accouchement étaient les suivants: le degré de conscience, le soutien du partenaire, être avec l'enfant, le degré de relaxation et le mode d'accouchement (vaginal ou césarienne en urgence). Les facteurs d'ajustement de l'analyse en régression linéaire sont: l'âge maternel, le statut marital, le niveau d'éducation, la parité, le sentiment d'efficacité personnelle, l'hôpital, la participation aux cours de préparation à la naissance, la durée du travail et le sentiment de satisfaction de la naissance (en tant qu'item du questionnaire évalué sur cinq points). Dans cette étude, le type d'accouchement, et principalement la césarienne en urgence, a un effet plus important que celui des facteurs d'ajustement, mais aussi des facteurs moins prédictifs de l'analyse en régression linéaire tels que le degré de contrôle, le degré d'attente rencontré, la perception de la douleur, la capacité de faire des choix, l'inquiétude à propos de l'enfant, le soutien des soignants, les complications survenues et la perception de la peur.

Comparons maintenant les deux études pour lesquelles nous avons trouvé la plus grande taille d'effet, soit 1.37 ( $\sigma=0.17$ ) pour **Waldenstrom (1999)** et 1.09 ( $\sigma=0.11$ ) pour **Waldenstrom & al (2004)**. Tout d'abord, elles ont toutes les deux été réalisées par la même chercheuse qui est professeur au département de nursing de l'institut Karolinska à Stokholm.

Ces études utilisent le même instrument pour mesurer l'expérience globale de la naissance et la même échelle de Likert en sept réponses (1= très négatif et 7= très positif). Cependant, elle avait dichotomisé cette variable de 1 à 5 comme étant une expérience moins positive et de 6 à 7 pour une expérience positive, lors de sa première recherche en 1999. Par contre, cette échelle était dichotomisée de 1 à 2 comme étant une expérience négative, et de 3 à 7 comme une expérience mixte à positive pour la recherche de 2004. Waldenstrom & al (2004) s'intéressaient davantage à l'expérience négative et ils se sont appuyés sur l'étude de Gottval & Waldenstrom (2002) qui a mis en évidence que les femmes, notant cette variable de 1 à 2, avaient également moins de naissances après cette expérience négative (cité par Waldenstrom, 2004, p19). Afin que les tailles d'effet de ces deux études soient les plus comparables possibles et pour s'intéresser principalement à l'expérience négative de la naissance, les données de l'étude de Waldenstrom (1999) ont été ajustées en fonction de la division de l'échelle de Waldenstrom & al (2004) pour estimer la taille de l'effet. Ainsi, la différence des tailles d'effet ne peut être due à une différence de dichotomisation de l'échelle.

Par contre, le moment de la mesure est différent: pour l'une, c'est à deux mois de post-partum (Waldenstrom, 1999) et pour l'autre, un an après la naissance (Waldenstrom & al, 2004). Waldenstrom & al (2004) ont choisi de mesurer l'expérience un an après la naissance, car en comparant les résultats à deux mois et un an de post-partum, ils ont remarqué que les femmes devenaient plus négatives avec le temps, comme cela a également été montré par Simkin (1992). Pourtant, la taille de l'effet de l'étude menée en 1999, qui a mesuré le score d'expérience globale des femmes à deux mois de post-partum, est plus grande que celui de la recherche de 2004.

L'échantillon de ces deux études est aussi différent. En 1999, 617 femmes ont été recrutées dans un centre médical prônant le faible taux d'intervention, le soutien continu des sages-femmes au cours du travail et l'encouragement de l'implication des parturientes, et 613 femmes qui ont accouché dans un hôpital dit "standard". Alors que l'étude de 2004 s'est basée sur un échantillon national recruté dans toutes les cliniques de Suède et contient 2541 femmes. Pour l'étude de 2004, le recrutement a duré trois semaines et chaque répondante a

été comparée au Swedish National Medical Birth Register afin que l'échantillon soit représentatif de la population. Dans ces deux études, les critères d'inclusion et d'exclusion sont respectivement le fait de parler suédois et ne pas avoir eu de fausse couche, de mort foétale ou néonatale. La recherche de 1999 a ajouté un critère d'exclusion: la césarienne programmée. Par contre, la différence du type d'échantillon, l'un sélectionné au hasard et l'autre représentatif de la population suédoise, apporte plus de crédibilité à l'étude de Waldenstrom & al (2004) et pourrait expliquer leur taille d'effet distincte.

Pour l'étude de **Stadlmayr & al (2003)**, la taille de effet de 0.93 ( $\sigma=0.09$ ) est large et signifie que la césarienne en urgence influence négativement l'expérience de la naissance. Cette recherche n'a pourtant pas beaucoup de points de comparaison avec les précédentes.

L'instrument de recherche utilisé permet une mesure multidimensionnelle de l'expérience de la naissance, ce qui est préconisé par la revue systématique de Sawyer & al (2013). De plus, ce questionnaire a été validé par la recherche de Salmon & Drew (1992) puis traduit et complété par une quatrième dimension par l'étude de Stadlmayr & al (2001) (citées par Stadlmayr, 2003, p44). Selon les analyses de Stadlmayr & al (2003), la validité et la fiabilité du questionnaire sont bonnes. Cependant, il est important de signaler que cette étude s'intéresse uniquement aux variables obstétricales (parité, anesthésie péridurale, induction, longueur du travail et de l'accouchement, mode accouchement), mais pas aux perceptions ou ressentis des femmes.

Les réponses à ce questionnaire ont été récoltées le deuxième et troisième jour de post-partum. Selon, Simkin (1992) et Waldenstrom & al (2004), l'expérience de la naissance est perçue plus positivement lorsqu'elle est évaluée dans les premiers jours de post-partum, en raison de l'effet de halo. Cependant, l'estimation de la taille de l'effet pour cette étude est grande. On peut se demander si le temps de mesure influence dans tous les cas la satisfaction maternelle ou si cette taille d'effet aurait été plus grande si la satisfaction s'était mesurée plus tard dans le post-partum.

En ce qui concerne l'échantillon, il est composé de 251 femmes parlant allemand, recrutées dans une clinique obstétricale de Basel et qui sont à faible risque de morbidité et mortalité périnatale. Cet échantillon est aléatoire et n'est pas représentatif de la population générale suisse. En effet, un faible taux de réponses a été enregistré en raison d'une importante population de migrants et de questionnaires non complets. De plus, il ne contient que 15 femmes qui ont subi une césarienne en urgence.

Enfin, l'estimation de la taille de l'effet a dû être calculée à partir du graphique évaluant l'expérience émotionnelle négative de la naissance en fonction des modes d'accouchement représentés dans cette étude, car ces auteurs n'ont pas mis à disposition d'autres valeurs statistiques utilisables pour la mesure de la taille de l'effet. Malgré nos efforts, elle peut manquer de précision, mais ne devrait pas perturber considérablement ce résultat.

Les tailles d'effet calculées pour les études de **Rijnders & al (2008) et de Baston & al (2008)** sont respectivement de 0.82 ( $\sigma=0.09$ ) et 1.13 ( $\sigma=0.16$ ) Ces deux études ont été réalisées dans le but de comprendre si la différence de culture et de système de santé peuvent influencer la satisfaction de la femme. Ainsi ces deux études ont utilisé un instrument identique au même temps de mesure. L'instrument utilisé pour ces études a été créé par une recherche anglaise précédente sur la satisfaction des femmes (Green, Baston, Easton & McCormick, 2003; cité par Rijnders & al, 2008).

Les résultats de la validité interne et externe de l'instrument de mesure sont bons. Il se compose de 160 questions, de quinze adjectifs à choisir pour décrire les soignants et de la question "How do you feel when you look back on your experience if birth in 2000?". Il y a cinq possibilités de réponses afin d'évaluer la perception de la femme de l'expérience de la naissance. Les réponses "quite unhappy" et "very unhappy" à cette question signifient le souvenir négatif de cet événement. Leur instrument semble pertinent.

La satisfaction a été mesurée trois ans après la naissance. Cela est en accord avec la notion de l'effet de halo. Cependant, le biais du souvenir est à prendre en compte pour évaluer les résultats. Selon Rijnders & al (2008), 94% des femmes pensent se rappeler clairement de la plupart des éléments de leur expérience de la naissance. De plus, une étude qualitative et longitudinale sur les aspects de la naissance qui influencent le souvenir de l'accouchement a été menée par Simkin (1991). Pour cela, vingt femmes primipares ont répondu au questionnaire sur le travail et l'accouchement (LBQ 1 et 2), à une interview semi-structurée et ont écrit le récit de leur expérience, quelques jours après l'accouchement et 15 ou 20 ans plus tard. En 1992, Simkin s'est interrogé sur la cohérence et l'exactitude des souvenirs des femmes sur l'expérience de la naissance à long terme. Il a donc examiné le questionnaire LBQ au temps un et deux de chaque participante. Puis, il a jumelé divers extraits du LBQ1 et LBQ2 suivant leur similarité ou leur incompatibilité. Il a codé et trié les extraits par pertinence et par thème: flashback et mémoire, souvenir du travail et de l'accouchement, rôle du partenaire, souvenir des actions des soignants, souvenir du bébé, description de la douleur et aspects négatifs.

Simkin (1992) a alors découvert que les souvenirs de l'expérience de la naissance sont généralement précis et cohérents des années plus tard, même si les détails diminuent au cours du temps et que quelques confusions peuvent apparaître; les différences sont plus une question de degré que de fond. Certains souvenirs précis, tels que les actions personnelles des femmes, celles de leur partenaire ou du personnel soignant à un moment clé, sont décrits de manière identique par les femmes, même des années plus tard. Simkin (1992) conclut en disant que " les souvenirs de la naissance restent vivants sur le plan cognitif et psychologique, et continuent à influencer la perception de la femme, même longtemps après la naissance du nouveau-né" (p81). Au vu de cette recherche, le souvenir ne semble pas changer radicalement avec le temps et il reste en lien avec le vécu de la femme.

Les caractéristiques de l'échantillon de ces études sont, par contre, bien différents et à prendre en considération. L'échantillon de l'étude de Baston & al (2008) est composé de 738 femmes britanniques recrutées dans 8 unités de maternité en Grande-Bretagne. Cet échantillon est représentatif de la population nationale, sauf pour la diversité ethnique. Le seul critère d'exclusion de l'échantillon est le vécu d'un décès périnatal. Le système de santé britannique est différent du système hollandais. Il compte un nombre bien inférieur de naissances à domicile (2.6% en 2005 selon étude de Baston & al, 2008, p324) et la majorité des soins pré et postnataux sont procurés par les sages-femmes qui réalisent 64% des accouchements à l'hôpital.

L'échantillon de l'étude de Rijnders & al (2008) est composé de 1309 femmes qui ont été recrutées parmi 8 centres de soins primaires obstétricaux où pratiquent les sages-femmes, ceux-ci ayant été sélectionnés au hasard dans le pays. L'échantillon est représentatif de la population nationale en ce qui concerne les différents modes d'accouchement, le lieu de l'accouchement, la parité, mais pas pour les différentes ethnies présentes dans ce pays. Pour participer à l'étude, les femmes devaient avoir accouché en 2001, avoir consulté une sage-femme en pré-per ou post-natal minimum une fois et ne pas avoir perdu leur enfant au cours de cette grossesse ou dans les 3 ans suivant leur accouchement.

On peut se demander si le système de santé influence le vécu de la césarienne en urgence. En effet, l'organisation des soins obstétricaux au Pays-Bas est très différente de celle en Belgique. Tout d'abord, la sage-femme peut indépendamment assurer le suivi de la grossesse et de l'accouchement, mais devra, par contre, travailler en collaboration avec le gynécologue si des complications surviennent. Le taux des femmes qui commencent leur suivi prénatal chez une

sage-femme est de 85% et 40% de toutes les femmes enceintes ont un suivi complet par une sage-femme. Selon Rijnders & al (2008), ce système de soin de santé est caractérisé par la continuité, l'intimité et le choix des soins. Selon le rapport européen de la santé périnatale de 2010 (Zeitlin, Mohangoo & Delnord, 2013), aux Pays-Bas, 16.3% des naissances ont lieu à domicile et 11.4% des accouchements se passent dans une maison de naissance; alors que la majorité des pays européens rapporte un taux des naissances à domicile inférieur à 1%. Ainsi on pourrait penser que, pour les hollandaises, les représentations de l'accouchement sont différentes; la césarienne en urgence, impliquant un accouchement à l'hôpital, une anesthésie et qui s'éloigne de la naissance naturelle, peut bouleverser davantage le vécu de cette expérience. De plus, Rijnders & al (2008) expliquent que, si la femme doit être transférée pendant le travail à l'hôpital, elle a 2,4 fois plus de risques d'évaluer négativement cette expérience selon leur analyse en régression logistique multiple. Ces femmes doivent être transférées si une complication survient ou si elles désirent une anesthésie. Ainsi, les représentations des femmes et la norme des soins de santé pourraient influencer leur vécu.

Les hollandaises, habituées à une naissance peu médicalisée, vivraient-elles plus négativement une césarienne en urgence? En comparaison avec les autres tailles d'effet de notre sélection, l'effet que nous avons trouvé est important ( $d=0.82$ ), sans être le plus grand, ce qui suggère que d'autres facteurs interviennent. De plus, Baston & al (2008) ont aussi émis cette hypothèse et ils ont découvert que 48.6% des hollandaises ayant vécu une césarienne en urgence gardaient un souvenir négatif trois ans plus tard, contre 33.3% chez les femmes britanniques. Leur analyse en Chi-carré a montré que cette différence était à la limite d'être significative ( $P=0.05$ ). D'autres recherches sont donc nécessaires pour prouver cette hypothèse.

L'étude de Baston & al (2008), comparant ces deux études, a procuré les données statistiques suffisantes pour pouvoir faire notre analyse. Cependant, l'étude originale de Green, Baston, Easton, & McCormick (2003)<sup>6</sup> n'est pas disponible par le portail UCL et donc n'a pu être consultée. Grâce à Baston & al (2008), les pourcentages de femmes insatisfaites selon le mode d'accouchement des deux pays étaient représentés, ce qui a permis le calcul de la grandeur d'effet pour l'étude britannique de Green & al (2003).

---

<sup>6</sup> Green, J., Baston, H., Easton, S., & McCormick, C. (2003) Inter-relationships between women's expectations and experiences of decision making, continuity, choice and control in labour, and psychological outcomes: Implications for maternity service policy. "Greater Expectations". Summary Report. Mother & Infant Research Unit, University of Leeds.

Par contre, pour l'étude de Rijnders & al (2008), l'estimation de la taille de l'effet s'est basée sur les données de l'analyse uni-variée montrant que les femmes, ayant subi un accouchement instrumentalisé ou une césarienne en urgence, ont trois fois plus de risques de garder un souvenir négatif de cette expérience, trois ans après. Malheureusement, il était impossible de dissocier le nombre de césariennes en urgence du nombre d'accouchements instrumentalisés, car les auteurs ont eux-mêmes mélangé ces deux catégories sans mettre à disposition les données permettant de les distinguer. Ainsi, la part d'effet uniquement attribuable à la césarienne en urgence n'est pas connue pour cette étude. Cependant, ce regroupement ne devrait pas trop biaiser nos résultats, car différentes études sélectionnées pour la méta-analyse ont montré que les accouchements vaginaux assistés influencent, eux-aussi, négativement la satisfaction des femmes. Waldenstrom (1999) et Waldenstrom & al (2004) l'ont prouvé grâce à leur analyse de régression logistique multiple. Stadlmayr & al (2003) ont également mis en évidence cette relation par les corrélations de Spearman. Blomquist & al (2011) expliquent que les scores de satisfaction les plus bas, selon l'échelle visuelle analogue, sont chez les femmes qui ont subi une césarienne en urgence ou un accouchement instrumental. Par contre, Larsson & al (2011) ne trouvent pas d'association significative pour ce mode d'accouchement. Bryanton & al (2008) ne parlent pas de l'influence de ce mode d'accouchement dans leurs résultats et Spaich & al (2013) ne trouvent pas non plus d'influence de ce type d'accouchement sur l'expérience de la naissance dans leurs analyses. Ainsi, même si l'effet des accouchements instrumentaux sur la satisfaction de la femme est controversé, il semble plutôt aller dans le même sens et être plus faible que l'effet de la césarienne en urgence; c'est pourquoi nous avons quand même choisi d'inclure les résultats de l'étude de Rijnders & al (2008) dans notre méta-analyse.

Pour l'étude de **Blomquist & al (2008)**, le calcul de la taille de l'effet se base sur des scores moyens de l'échelle visuelle analogue évaluant la satisfaction des femmes quant à leur expérience de la naissance, à huit semaines de post-partum. Ce temps de mesure est en accord avec la notion de l'effet de halo (Simkin, 1992), même si les auteurs ne justifient pas leur choix. Les résultats pour les quatre modes d'accouchement sont présentés distinctement. La taille de l'effet trouvée concorde avec les conclusions de cette étude, qui explique que ce score diffère significativement entre les modes d'accouchement, avec le score le plus bas pour les césariennes en urgence et les accouchements instrumentaux. Cependant, la variance de l'estimation de la taille d'effet est interpellante ( $v=12.69$ ). La comparer à la moyenne et à la

variance de l'instrument utilisé dans l'article aurait pu en éclairer la cause, mais celles-ci ne sont pas disponibles. Cependant, cette variance pourrait être due à l'évaluation de 0 à 100 de l'expérience de la naissance. Il faudrait davantage d'informations sur cette étude pour détecter quelle est la cause d'une si grande variance. Le questionnaire validé de Salmon a aussi été utilisé pour évaluer l'expérience subjective maternelle de la naissance. Etant donné que celle-ci est reconnue comme étant complexe et multidimensionnelle et que le questionnaire de Salmon est validé, il aurait été préférable d'utiliser les données statistiques de ce test; malheureusement, elles ne sont pas disponibles dans cet article.

Comme l'étude de Stadlmayr & al (2004), Blomquist & al (2011) analysent uniquement l'influence des variables obstétricales (mode d'accouchement, induction, durée du travail, complications maternelles ou néonatales) et les variables maternelles (âge et niveau d'éducation) sur la satisfaction de l'expérience de la naissance, mais pas les variables sur les perceptions de la femme sur le contrôle et le soutien.

Au point de vue de l'échantillon, il se compose de 204 femmes primipares dont 48 qui ont eu une césarienne en urgence. Il n'est pas représentatif de la population en général. Elles ont accouché à plus de 37 semaines d'aménorrhée de grossesse, étaient capables de remplir un questionnaire en anglais et n'attendaient pas un enfant atteint d'une anomalie congénitale. Elles ont toutes été recrutées en fin de grossesse, dans une seule institution; ainsi cet échantillon n'est pas généralisable à d'autres populations. Nous n'avons aucun descriptif du système de santé établi dans cette institution qui nous permettrait de la comparer à d'autres de notre sélection. Il est difficile de comparer cette étude aux autres car l'échantillon, la méthode et les instruments de mesure y sont brièvement décrits.

La grandeur d'effet de l'étude de **Saisto & al (2001)** ( $0.74 - \sigma=0.15$ ) a été calculée à partir d'un coefficient de Pearson. Dans cette recherche, l'échantillon est composé de 211 femmes qui ont une relation stable avec leur partenaire, n'ont pas eu de complication pendant la grossesse et l'accouchement, pas de mort périnatale, pas de malformation grave du nouveau-né et pas de grossesse multiple. Le taux de césarienne de cet échantillon était représentatif de la population en Finlande.

En ce qui concerne l'instrument de mesure, l'insatisfaction de la naissance a été examinée par six questions avec cinq possibilités de réponses ("not at all" à "a lot") qui ont permis d'établir un score de satisfaction. La fiabilité de cette échelle a été mesurée et est satisfaisante. Cet

instrument a été inventé par ses auteurs et évalué: l'expérience positive, le sentiment de sécurité pendant le travail, la quantité de soutien reçu par les professionnels et par le partenaire, l'influence de la femme sur son traitement pendant le travail et l'attitude des professionnels. Ce questionnaire mélange différents facteurs influençant l'expérience de la naissance et se différencie, par ce fait, des autres instruments des études sélectionnées et peut expliquer la faible dispersion de la taille de l'effet ( $\sigma=0.003$ ).

Par contre, le temps de mesure varie considérablement entre les femmes, puisque le questionnaire a été rempli entre 14 et 200 jours de post-partum. Cela peut donc augmenter la variance dans les réponses, d'autant plus, si on prend en compte l'effet de halo et la phase de déni lors du deuil de l'accouchement espéré (Simkin, 1992).

Les résultats trouvés par Saisto & al (2001) sont en lien avec l'estimation de la taille de l'effet. En effet, leurs analyses uni-variées (corrélations de Pearson) et multi-variées (régression linéaire) ont toutes les deux montré que la césarienne en urgence était significativement liée à l'insatisfaction de la naissance; ce qui montre l'importance de cette variable qui, prise séparément puis combinée à d'autres facteurs lors de l'analyse en régression linéaire, conserve toujours un effet sur la satisfaction de la femme.

**Larsson & al (2011)** incluent dans leur définition de césarienne en urgence celles qui étaient programmées, mais qui se sont pratiquées avant la date prévue. Dans ces cas, l'effet de surprise, la notion d'urgence et l'anxiété, liées à la nature des indications de césarienne, sont moins présents et peut diluer cet effet. Il serait donc intéressant d'avoir les raisons précises des différents cas de césariennes dans les recherches.

Ensuite, cette étude a évalué l'expérience de la naissance des femmes à l'aide de l'échelle visuelle analogue. Blomquist & al (2008) ont aussi utilisé cette échelle, mais elle n'était pas notée de la même manière. Dans la recherche de Larsson & al (2011), le score de cette échelle va de 1 à 10 et un score inférieur ou égal à cinq signifie une expérience négative de la naissance. Ces auteurs ont utilisé le même instrument, mais différemment; ainsi leurs résultats sont difficilement comparables. Larsson & al (2011) expliquent que l'échelle visuelle analogue n'étant pas encore validée, ils l'ont alors comparée au questionnaire validé "Wijma Delivery Experience" et ont trouvé que les résultats de ces deux instruments étaient corrélés et donc que l'échelle visuelle analogue pouvait être utilisée pour évaluer l'expérience de la naissance. Cependant, ils ne donnent pas plus de détails sur la manière dont ils ont procédé pour

comparer ces deux instruments et sur l'analyse de leur validité. Le moment de la mesure, à neuf mois de post-partum, semble en accord avec la notion de l'effet de halo, même si les auteurs ne justifient pas leur choix.

Leur échantillon a été recruté dans un seul hôpital suédois qui pratique 8500 accouchements par an. Il se compose de 591 femmes primipares en bonne santé, avec une grossesse normale et qui ont donné naissance entre 37 et 39 semaines d'aménorrhée. Ainsi, cet échantillon est uniquement généralisable à la population de cet hôpital. Les auteurs de cette étude ont peu décrit leur échantillon. En effet, le nombre total de répondants est imprécis et varie considérablement selon les différents temps de mesure; nous en avons conclu que seules 460 femmes avaient complété tout le questionnaire à neuf mois de post-partum. De plus, ni le nombre de femmes par mode d'accouchement, ni sa représentativité parmi la population générale ne sont décrits, ce qui complique notre interprétation des résultats.

Le calcul de la taille d'effet s'est basé sur l'analyse uni-variée de cette étude, c'est-à-dire les coefficients de corrélation de Kendall. Les résultats de l'étude pour cette première analyse montraient une relation significative entre la césarienne en urgence et l'expérience de la naissance chez la femme. Cependant, lorsqu'ils ont entré les 19 variables significatives de leur première analyse dans une régression logistique, le mode d'accouchement n'influçait plus la satisfaction de la femme. Selon ces auteurs, la césarienne en urgence serait corrélée avec d'autres facteurs, notamment la douleur qui aurait un impact plus grand.

Afin que les tailles des effets soient les plus comparables possibles entre elles, les analyses statistiques uni-variées ont été prioritairement choisies pour faire ces calculs, car les données statistiques étaient disponibles et utilisables. De plus, cela a permis de se baser principalement sur des odds ratio et des comparaisons de moyennes pour calculer la taille d'effet de chaque étude.

Pour l'étude de **Elvander & al (2013)**, la taille de l'effet trouvée est de 0.59 ( $\sigma = 0.06$ ) et témoigne d'un effet modéré.

L'échantillon de cette étude provient de l'échantillon d'une étude prospective de trois ans "First Baby Study" et se compose de 3006 femmes dont 708 femmes césarisées en urgence. Ces auteurs comprennent ce mode d'accouchement comme toutes les césariennes qui sont réalisées une fois que le travail a commencé. Les femmes primipares, qui attendaient un enfant et qui ont accouché après 34 semaines de grossesse, pouvaient être incluses dans

l'échantillon. Elles ont été recrutées dans divers lieux (cours de préparation à la naissance, visite à l'hôpital, clinique, centre d'échographie) et par divers moyens (brochures, email, annonces dans les journaux) afin de toucher le maximum de femmes éligibles à travers l'état de Pennsylvanie. Bien que cette étude soit réalisée à grande échelle, son échantillon est sélectionné et n'est pas représentatif de la population générale.

L'expérience de la naissance des femmes a été mesurée dans une période de 3 à 80 jours de post-partum. Il est dommage que le temps de mesure s'étende sur une telle période car il n'est pas comparable avec les autres études sélectionnées. De plus, ni l'effet de halo, ni le déni suite à un accouchement traumatisant, ne peuvent être exclus de cette période. Ceci minimise peut-être l'influence de la césarienne en urgence sur l'expérience de la femme dans cette étude.

L'instrument utilisé pour évaluer l'expérience de la naissance a été créé et testé par l'étude "First Baby Study" et a présenté des bons niveaux de validité et de fiabilité. Il se compose de 16 items décrivant comment la femme se sentait juste après l'accouchement et comporte cinq possibilités de réponses. Un score est alors calculé et le quintile inférieur des scores représente les femmes qui ont une expérience négative de la naissance. Cette catégorisation s'appuie sur la prévalence de l'expérience négative qui serait entre 10 et 20% des femmes (Waldenstrom, 1999; Larsson, 2011; cité par Elvander, 2013, p289).

Le calcul de la taille de l'effet a dû être réalisé à partir des résultats de l'analyse en régression logistique multiple, qui a mis en évidence l'influence des modes d'accouchement sur l'expérience négative de la naissance. Les femmes qui ont une césarienne prévue, un accouchement instrumental ou une césarienne imprévue sont, respectivement, de plus en plus à risque de vivre une expérience négative, en comparaison aux femmes qui accouchent spontanément. Les variables telles que le mode d'accouchement, le degré de peur de l'accouchement, l'âge, l'indice de masse corporelle, l'ethnie, le soutien social, le statut marital, l'éducation et le niveau de pauvreté ont été entrés dans l'analyse de régression logistique multiple. Le mode d'accouchement, le degré de peur de l'accouchement, le soutien social et l'éducation ont été identifiés comme des facteurs indépendamment associés à une augmentation du risque d'expérience négative de la naissance.

Au vu des descriptions de ces études sélectionnées, on perçoit l'hétérogénéité tant au niveau de leur échantillon, de leur instrument, de leur temps de mesure et de leur méthode de recherche. Toutes ces études n'ont pas les mêmes données et les mêmes précisions sur leur échantillon, tels que leur moyen et lieu de recrutement et ses caractéristiques (nombre d'accouchements, niveau de maternité et du centre néonatal, etc...), le type d'échantillon, les caractéristiques de la population générale, etc... Les instruments et les temps de mesure sont très différents les uns des autres. Il n'existe pas de mesures consensuelles de satisfaction de cette expérience. Bien que Simkin (1992) et Waldenstrom & al (2004) préconisent un temps de mesure éloigné du post-partum immédiat, ce temps de mesure n'est pas appliqué dans toutes les études. Les analyses statistiques sont également diversifiées et les résultats des analyses uni-variées ont dû être mélangés avec deux résultats d'analyses multi-variées des études de Bryanton & al (2008) et Elvander & al (2013).

De plus, un aperçu de l'organisation du système de santé et des soins en maternité du pays de l'étude permettrait d'avoir une meilleure idée du contexte de l'accouchement. Les procédures et les lieux d'accouchement peuvent être très différents d'un pays à l'autre, comme expliqué dans l'étude de Rijnders & al (2008), et pourraient influencer le vécu de la césarienne en urgence, par exemple, la possibilité ou non pour la parturiente d'être accompagnée en salle d'opération par son partenaire. De plus, suivant les indications de la césarienne imprévue, le degré d'urgence et de gravité varie et pourrait entraîner une perception de l'évènement différente. Il serait donc intéressant de répertorier les causes des césariennes et les conséquences physiques, comme par exemple le passage aux soins intensifs pour la mère ou l'enfant.

## 9.2. L'effet combiné

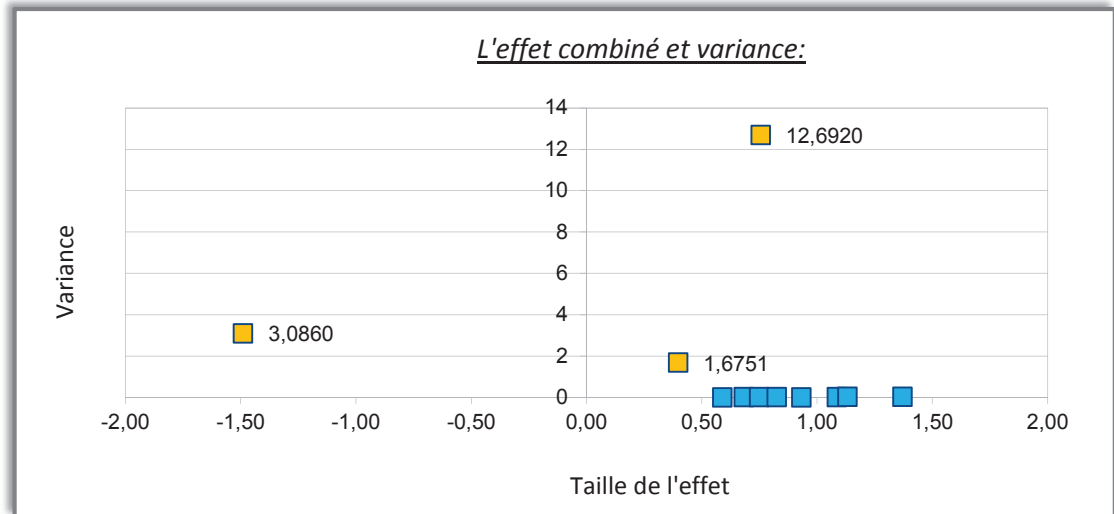


Figure 3: L'effet combiné et variance

Ce graphique met en évidence trois points écartés des autres. Ils représentent la recherche qui a obtenu un effet négatif et celles qui ont une variance de la taille de l'effet supérieure à un. Une grande variance témoigne d'un plus grand risque d'erreur et est souvent due à un échantillon restreint ou à un instrument de mesure unique. Ici, l'étude de Spaich & al (2013) qui a un effet de - 1.49 et une variance de 3.08 se base sur un petit échantillon de 9 femmes qui ont eu une césarienne imprévue et dont la satisfaction a été estimée par une question unique, comme discuté dans la section 9.1. L'étude de Blomquist & al (2011) obtient une grandeur d'effet de 0.76 et une variance élevée de 12.69. Ils interrogent au total 143 femmes primipares, dont 48 femmes primipares césarisées en urgence, à l'aide d'une seule question sur la satisfaction, avec une échelle visuelle analogue pour y répondre de 0 à 100. Ceci peut expliquer une plus grande variation autour de la moyenne. Ensuite, la taille de l'effet de Bryanton (2008) est de 0.40 et d'une variance de 1.68. Dans cette étude, 82 femmes césarisées en urgence et 478 femmes qui ont accouché spontanément ont été interrogées. L'instrument de mesure utilisé est le questionnaire "Measure Attitudes About Labor & Delivery" composé de 29 items. Les raisons de la grandeur de cette variance sont plus floues pour cet article et demanderaient probablement davantage de données sur l'instrument de mesure et l'échantillon.

Toutefois, en retirant ces trois études, puisqu'il y a plus de risques que leurs résultats soient biaisés étant donnée la valeur élevée de leur variance, la grandeur d'effet combiné reste de

0.79. Ceci est dû au fait que la variance intervient pour diminuer leur poids de toute façon. Le graphique ci-dessous représente les études sélectionnées dont les variances sont inférieures à un. On peut se demander comment l'effet varie si on retire certains résultats.

En conservant seulement les grandeurs d'effet inférieures à un dont la variance est également inférieure à un, la combinaison de la taille de l'effet varie légèrement: 0.72, ce qui témoigne toujours d'un effet modéré de la césarienne en urgence sur l'insatisfaction de la femme. Cependant, les tailles d'effet supérieures à un ont toutes une variance inférieure à 0.03; il y a donc peu de raison de croire que ces résultats sont liés à des imprécisions de la mesure.

Si le calcul de l'effet combiné est effectué uniquement avec les études utilisant des moyennes ou avec celles utilisant les odds ratio, cet effet est respectivement de 0.92 et de 0.78 ce qui témoigne toujours d'un effet fort. Si on retire la seule étude qui a utilisé une corrélation de Kendal, l'effet combiné est de 0.80.

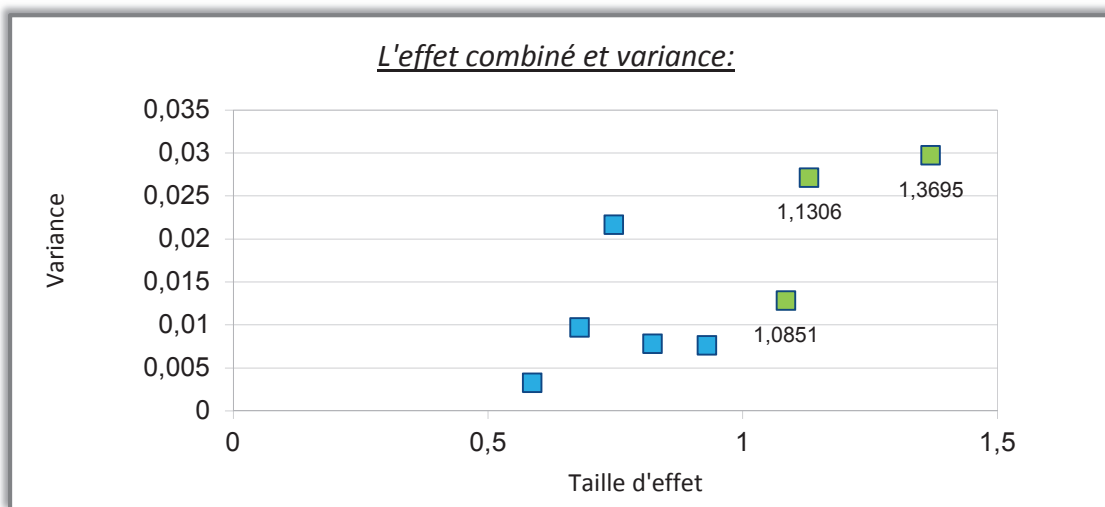


Figure 4: L'effet combiné et variance

La taille de l'effet combiné reste donc relativement stable. En effet, lorsque certaines études sont retirées du calcul de l'effet combiné en raison d'une variance élevée, d'une taille d'effet élevé, d'une différence de mesure de base (odds ratio, corrélation, moyenne), cet effet montre malgré tout un effet modéré de la césarienne imprévue sur l'insatisfaction maternelle.

Ces résultats sont en faveur de notre hypothèse et montrent qu'il existe un effet modéré à fort de la césarienne en urgence sur la satisfaction maternelle selon la terminologie de Cohen (1988). Cependant, la césarienne en urgence n'est pas le seul facteur prédictif et d'ailleurs, ce

facteur pourrait être influencé par d'autres. En effet, lors des analyses en régression logistique multiple des différents articles, la césarienne en urgence n'est pas toujours significative. Dans l'étude de Waldenstrom (1999), ce facteur est significatif dans l'analyse une fois que les facteurs liés à la perception de la femme (l'implication, le soutien des professionnels, l'anxiété, la douleur et la parité) sont corrigés dans la régression. Les études de Larsson & al (2008) et Stadlmayr & al (2004) trouvent une relation de la césarienne en urgence sur la satisfaction dans leur analyse uni-variée, mais plus dans leur analyse de régression logistique multiple. Quels sont donc les autres facteurs prédictifs de cette expérience négative?

Pour fournir une piste de réponse, toutes les variables des études sélectionnées entrées dans leurs analyses de régression ont été répertoriées et sont présentées dans le Tableau 3 en Annexe. Il permet de montrer d'une part, que les variables sont dispersées et d'autre part, que les trois variables les plus fréquemment liées à l'insatisfaction maternelle de la naissance lors des analyses multi-variées des études sélectionnées sont : le contrôle perçu, le soutien social perçu et la douleur. Cependant, ces variables sont intitulées et mesurées différemment dans ces études comme décrit précédemment au Chapitre 4: Les facteurs influençant la satisfaction maternelle de l'accouchement.

Le rôle du contrôle perçu prend en compte les variables telles que l'implication dans la prise de décision (Spaich, 2013; Waldenstrom, 2004; Waldenstrom, 1999), la capacité à faire des choix (Bryanton, 2008) et le degré de contrôle perçu qui est montré dans les études de Bryanton & al (2008) et Waldenstrom & al (2004).

Les analyses multi-variées des recherches sélectionnées trouvent un lien significatif entre l'expérience de la naissance négative et la douleur, même s'ils comprennent et mesure cette variable différemment. Beaucoup évaluent la douleur ressentie lors du travail et de l'accouchement (Bryanton, 2008; Spaich, 2013; Waldenstrom, 2004; Waldenstrom, 1999). Par contre, Rijnders & al (2008) se sont intéressés à la possibilité donnée aux femmes de choisir comment soulager la douleur et de leur satisfaction face à leur adaptation à la douleur. Selon les analyses de Larsson & al (2011), la douleur pendant l'accouchement et l'utilisation des analgésiques pendant les 24 à 48 heures de post-partum prédisent davantage une expérience négative.

Enfin, l'influence du soutien social du partenaire a été mise en évidence par les études de Bryanton & al (2008), Elvander & al (2013), Waldenstrom & al (2004). Spaich & al (2013), par

leur intitulé "présence d'une personne de confiance", prennent en compte le partenaire, mais aussi la famille ou amis présents lors de la naissance. Le soutien du personnel soignant est un facteur influençant la satisfaction maternelle, qui est représenté sous différentes variables: le soutien des sages-femmes, des obstétriciens ou des professionnels (Bryanton, 2008; Waldenstrom, 2004; Waldenstrom, 1999), la description des soignants (Spaich & al, 2013) et la confiance envers la sage-femme (Larsson & al, 2011). Ainsi, il est très probable que ces trois variables, le contrôle, la douleur et le soutien social, soient aussi prédictives de l'expérience de la naissance, mais davantage de recherches sont nécessaires pour déterminer leur effet.

## Conclusion

Notre revue a défini le cadre de recherche en décrivant la césarienne imprévue, l'expérience traumatique de la naissance, la notion de satisfaction ainsi que les facteurs influençant probablement la satisfaction maternelle quant à l'expérience de la naissance. Étant données l'absence de définition et de mesure consensuelle de cette notion ainsi que l'hétérogénéité des échantillons, des instruments, des méthodes et des résultats des recherches sur les facteurs prédictifs, il était difficile à ce stade d'en tirer des conclusions.

Cependant, le modèle de Lazarus & Folkman (1984) montre combien le stress, le contrôle et le soutien social perçus modifient les réactions psychiques et même physiologiques de l'individu, ainsi que son adaptation à un événement précis. Cela suggère une influence négative de la césarienne en urgence sur la satisfaction maternelle, vu l'importance de ces variables dans ce contexte.

Différentes études montrent que le vécu d'une césarienne programmée se différencie peu de celui d'un accouchement spontané, mais bien de celui d'une césarienne en urgence (Blomquist, 2011; Larsson, 2011; Rijnders, 2008; Spaich, 2013; Waldenstrom, 2004). Cela nous permet de penser que le caractère imprévu de la césarienne en urgence a une influence importante sur cet événement.

Afin de vérifier la preuve et l'ampleur de cet effet, une méta-analyse a été réalisée. Cette démarche a permis de synthétiser les résultats obtenus de onze études publiées sélectionnées qui fournissaient des informations sur l'expérience de la naissance et/ou la satisfaction des femmes selon le mode d'accouchement. Les femmes qui évaluaient négativement leur expérience ont été considérées comme plus insatisfaites. La satisfaction maternelle suite à une césarienne en urgence et celle qui résulte d'un accouchement spontané ont ainsi été comparées. Des différences de moyennes, des rapports de chance (odds ratio) et des coefficients de corrélation ont été convertis en  $d$  de Cohen pour obtenir une unité de mesure commune de la taille des effets. Afin de réduire les biais d'échantillonnage, la taille des effets de chaque étude a été pondérée par sa variance inversée pour estimer l'effet combiné. Malgré l'hétérogénéité des études, des méthodes de mesure (moyenne, odds ratio, corrélation) et d'importantes différences dans les mesures de dispersion pour certaines tailles d'effet, l'estimation de l'effet combiné de 0.79 semble stable. Cette méta-analyse nous permettrait donc de confirmer notre hypothèse et de conclure que la césarienne en urgence influence

fortement la satisfaction maternelle lors de l'expérience de la naissance. Toutefois, il est aussi probable que d'autres facteurs tels que le manque de soutien social perçu, le manque de contrôle perçu et la perception de la douleur prédisent également une expérience négative, mais la détermination de leur poids et de leur corrélation avec la césarienne en urgence nécessite davantage d'études. Ils interviennent probablement comme médiateurs ou comme modérateurs si l'on s'en tient à Lazarus & Folkman (1984). Malheureusement, avec onze études seulement et vu la dispersion des recherches qui ont examiné des variables très différentes (voir Tableau 3 en Annexe), il était impossible de détailler l'analyse de ces rôles.

De futures recherches sur ce point permettraient de mieux comprendre d'un point de vue théorique, l'origine de la satisfaction maternelle et d'élaborer des mesures spécifiques communes. Le modèle de Lazarus & Folkman (1984) pourrait être utilisé pour structurer davantage les recherches. Celles-ci pourraient déterminer le poids et l'interaction des différents facteurs prédictifs, ainsi que les conséquences biopsychosociales et environnementales d'une expérience négative, principalement dans le cas de la césarienne imprévue. Ces résultats pourraient être une base solide pour l'élaboration d'un programme de prévention périnatale.

Toutefois, les résultats de ce mémoire peuvent également contribuer à l'amélioration de la pratique clinique en insistant sur l'effet que la césarienne imprévue peut avoir sur la satisfaction maternelle et sur l'importance d'une prise en charge physique et biopsychosociale des femmes en périnatalité. Ainsi, Somera & al (2009) ont décrit différentes conduites à tenir afin d'améliorer l'expérience de la césarienne en urgence. La préparation à la naissance permettrait aux femmes et aux couples de développer des attentes réalistes face à cet évènement et de se préparer à l'éventualité d'une césarienne non programmée, en les informant sur cette pratique et en les invitant à imaginer cette situation. Lorsqu'une césarienne imprévue doit être réalisée, il est très important d'expliquer l'indication et les étapes de la procédure, d'informer en continu de l'évolution de l'intervention et de l'état de santé de l'enfant à naître, de rester disponible aux éventuelles questions; ceci permettrait à la parturiente de ne pas se sentir comme une participante passive. Lorsque cela est envisageable, prendre la décision de la césarienne en accord avec la parturiente et lui offrir des choix sur le déroulement de celle-ci, augmentera également son sentiment de contrôle. Le soutien social procuré par la personne de confiance et par les soignants, ainsi que le maintien du sentiment de contrôle, favoriseront une perception moins négative de cet évènement.

Différentes possibilités sont à la portée des professionnels de la santé, mais demandent que ceux-ci et les organismes de santé publique prennent conscience des conséquences psychosociales d'une césarienne en urgence. Ceci permettra de soutenir l'élaboration et la mise en place de mesures de prévention primaire, secondaire et tertiaire et de remettre au centre des préoccupations des soins périnataux, le bien-être biopsychosocial de la femme, du nouveau-né, du couple et de cette famille en devenir.

Notre travail aura, nous l'espérons, servi à confirmer qu'il est pertinent de s'intéresser aux effets de la césarienne imprévue sur la santé physique et psychologique des femmes, afin d'être en mesure d'améliorer cette expérience inoubliable de la naissance.



## Bibliographie

### Les articles de périodiques électroniques:

- Adams, SS.; Eberhard-Gran, M.; Sandvik, AR. & Eskild, A. (2011). Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55 814 women. *BJOG*, *119*(3), 298–305. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03188.x.
- Baston,H.; Rijnders, M.; Green , J.M. & Buitendijk, S.(2008) Looking back on birth three years later: Factors associated with a negative appraisal in England and in the Netherlands. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *26* (4), 323–339. Doi: 10.1080/02646830802408480
- Blomquist, J.L.; Quiroz, L.H.; MacMillan, D.; Mccullough, A. and Handa, VL. (2011) Mothers' Satisfaction with Planned Vaginal and Planned Cesarean Birth. *Am J Perinatol*, *28*(5), 383–388. Doi: 10.1055/s-0031-1274508.
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Johnston, C. & Hatem, M. (2008) Prédicteurs of women's perceptions of the childbirth experience. *JOGNN*, *37* (1), 24-34. Doi: 10.1111/J.1552-6909.2007.00203.x.
- Creedy, D.; Shochet, I. & Horsfall, J. (2000) Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. *BIRTH*, *27* (2), 104-111. Doi: 10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x.
- Elmir, R.; Schmied, V.; Wilkes, L. & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing* *66*(10), 2142–2153. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x.
- Elvander, C.; Cnattingius, M.D. & Kjeruff, K.H. (2013) Birth experience in women with low, intermediate or high level of fear: findings from the First Baby Study. *Birth*, *40*(4), 289-296. Doi: 10.1111/birt.12065.

- Gamble, J. & Creedy, D. (2005) Psychological trauma symptoms of operative birth. *British Journal of Midwifery*, 13(4), 218–224. Doi: 10.1097/00005721-200611000-00020.
- Goodman, P.; Mackey, M.C. & Tavakoli, A.S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212–21. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2003.02981.
- Hager, R. M.; Daltveit, A. K.; Hofoss, D.; Nilsen, S. T.; Kolaas, T.; Oian, P. & Henriksen, T. (2004). Complications of cesarean deliveries: Rates and risk factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(2), 428–434. Doi: 10.1016/j.ajog.2003.08.037.
- Hildingsson, I.; Kalstrom, A. & Nystedt, A. (2013). Parents' experiences of an instrumental vaginal birth findings from a regional survey in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(1), 3–8. Doi: 10.1016/j.srhc.2012.12.002.
- Hobson, J.A.; Slade, P.; Wrench, I.J. & Power, L. (2006). Preoperative anxiety and postoperative satisfaction in women undergoing elective caesarean section. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 15(1), 18–23. Doi:10.1016/j.ijoa.2005.05.008.
- Hodnett E.D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 186(5), S160-S174. Doi: 10.1067/mob.2002.121141.
- Hodnett, ED.; Gates, S.; Hofmeyr GJ.; Sakala, C. & Weston, J. (2011) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.*, 16(2), p 1-117. Doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.
- Lagrew, DC.; Bush, MC.; McKeown, AM. & Lagrew, NG. (2006) Emergent (crash) cesarean delivery: Indications and outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(6), 1638–1643. Doi: 10.1016/j.ajog.2006.03.007
- Larkin, P.; M.Begley, C. & Devane, D. (2007) Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), e49–e59. Doi:10.1016/j.midw.2007.07.010.

- Larsson, C.; Saltvedt, S.; Edman, G.; Wiklund, I. & Andolf, E. (2011). Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2(2), 83–89. Doi:10.1016/j.srhc.2010.11.003.
- Lavender, T.; Walkinshaw, S.A. & Walton, I. (1999) A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15(1), 40-46. Doi: 10.1016/S0266-6138(99)90036-0.
- Lobel, M. & DeLuca, R.S. (2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Science & Medicine*, 64(11), p2272–2284. Doi: 10.1016/j.socscimed.2007.02.028.
- Man M., Modrak V., Dima I.C. & Pachura P. (2011) A Theoretical Approach To The Job Satisfaction. *Polish Journal Of Management Studies*, 4(7), P 7-15. En ligne sur <http://www.pjms.zim.pcz.pl/PDF/PJMS4/A%20THEORETICAL%20APPROACH%20TO%20THE%20JOB%20SATISFACTION.pdf>, consulté le 20/2/2015.
- Patel R, R.; Murphy J, D. & Peters J, T. (2005). Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. *British Medical Journal*, Vol. 330 (7496), 1- 4. Doi:10.1136/bmj.38376.603426.D3.
- Rauh, C.; Beetz, A.; Burger, P.; Engel, A.; Haberle, L.; Fasching, PA.; Kornhuber, J.; Beckmann, M.; Goecke, T. & Faschingbauer, F. (2012). Delivery mode and the course of pre- and postpartum depression. *Arch Gynecol Obstet*, 286(6), 1407–1412. Doi: 10.1007/s00404-012-2470-8.
- Redelmeier, D.A. & Kahneman, D. (1996) Patients' memories of painful medical treatments: real-time and retrospective evaluations of two minimally invasive procedures. *Pain*; 66(1), 3-8. Doi: 10.1016/0304-3959(96)02994-6.
- Rijnders, M. Baston, H., Schonbeck, Y.; Van der Pal, K.; Prins, M.; Green, J. & Buitendijk, S. (2008). Perinatal Factors Related to Negative or Positive Recall of Birth Experience in Women 3 Years Postpartum in the Netherlands. *Birth*, 35(2), 107-116. Doi: 10.1111/j.1523-536X.2008.00223.

- Robinson, P.N.; Salmon, P. & Yentis S.M. (1998). Maternal satisfaction. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 7(1):32-37. Doi:10.1016/S0959-289X(98)80026-5.
- Rowlands, I. & Redshaw, M. (2012). Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(138), 1-11. Doi: 10.1186/1471-2393-12-138.
- Ryding, E.L.; Wijma, K. & Wijma, B. (1998a) Predisposing psychological factors for posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 77(3), 351–352. Doi:10.1080/j.1600-0412.1998.770319.x.
- Ryding, E.L.; Wijma, K. & Wijma, B. (1998b) Experiences of emergency cesarean section: a phenomenological study of 53 women. *Birth* 25(4), 246–251. Doi: 10.1046/j.1523-536X.1998.00246.x.
- Ryding, E.L.; Wijma, K. & Wijma, B.(2000). Emergency cesarean section: 25 women's experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(1), 33-9. Doi: 10.1080/02646830050001663.
- Saisto, T.; Salmela-Aro, K.; Nurmi, J-E. & Halmesmaki, E. (2001) Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression: A longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(1):39-45. Doi: 10.1034/j.1600-0412.2001.800108.x.
- Sawyer, A.; Ayers, S.; Abbott,J.; Gyte,G.; Rabe, H. & Duley, L.(2013). Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(108),1-10. Doi: 10.1186/1471-2393-13-108.
- Schindl, M.; Birner, P.; Reingrabner, M.; Joura, E.; Husslein, P. & Langer, M.(2003) Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 82(9), 834–840. Doi: 10.1034/j.1600-0412.2003.00194.x.

- Simkin, P. (1991). Just Another Day in a Woman's Life? Women's Long-Term Perceptions of Their First Birth Experience. Part I. *BIRTH*, 18(4), 203-210. Doi: 10.1111/j.1523-536X.1992.tb00382.x.
- Simkin, P. (1992). Just Another Day in a Woman's Life? Part 11: Nature and Consistency of Women's Long-Term Memories of Their First Birth Experiences. *BIRTH*, 19(2), 64-81. Doi: 10.1111/j.1523-536X.1992.tb00382.x.
- Smith, J.; Plaat, F. & Fisk, N. (2008). The natural caesarean: a woman-centred technique. *BJOG*, 115(8), 1037-1042. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01777.x.
- Somera, M. J.; Feeley, N. & Ciofani, L. (2009). Women's experience of an emergency caesarean birth. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), 2824-2831. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03230.x.
- Spaich, S.; Welzel, G.; Berlit, S.; Temerinac, D.; Tuschy, B.; Sutterlin, M. & Kehl, S. (2013). Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 170(2), 401-406. Doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.07.040.
- Stadlmayr, W.; Schneider, H.; Amsler, F.; Burgin, D. & Bitzer, J. (2004). How do obstetric variables influence the dimensions of the birth experience as assessed by Salmon's item list (SIL-Ger)? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 115 (1), 43-50. Doi: 10.1016/j.ejogrb.2003.12.015.
- Sword, W.; Kurtz Landy, C.; Thabane, L.; Watt, S.; Krueger, P.; Farine, D. & Foster, G. (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG*, 118(8), 966-977. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.02950.x.
- Verdoux, H.; Sutter, AL.; Glatigny-Dallay, E. & Minisini, A. (2002) Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 212-219. Doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.02398.x.

- Waldenstrom, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 471–482. Doi: 10.1016/S0022-3999(99)00043-4.
- Waldenstrom, U.; Hildingsson, I.; Rubertsson, C. & Radestad, I. (2004). A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth*, 31(1), 17-27. Doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x.
- Walker D.A. (2003) JMASM9: Converting Kendall's Tau for correlational or meta-analytic analyses. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 2 (2), 525-530. En ligne <http://digitalcommons.wayne.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1719&context=jmasm>, consulté le 18/02/2015.
- Weiss, M.; Fawcett, J. & Aber, C. (2009). Adaptation, postpartum concerns, and learning needs in the first two weeks after caesarean birth. *Journal of Clinical Nursing*, 18(21), 2938–2948. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02942.x.
- Wiklund, I.; Edman, G. & Andolf, E. (2007) Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 86 (4), 451-456. Doi: 10.1080/00016340701217913

Les monographies:

- Borenstein M.; Hedges, L.V.; Higgins, JPT. & Rothstein, HR (2009). *Introduction to Meta-Analysis*. Chichester, UK: Wiley.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé: modèle concepts et méthodes*. Paris. Dunod.
- Cooper, H. & Hedges, L.V. (2009). *Handbook of research synthesis*. New York: Sage.
- Howell, C.D. (1998). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Louvain-la-Neuve. De Boeck.

Laroche, P. (2015). *La méta-analyse: méthodes et applications en sciences sociales*. Louvain-La-Neuve. De Boeck.

Le Petit Larousse Illustré (2004). Paris. Larousse.

Leridon, H. (1995). *Les enfants du désir, une révolution démographique*. Paris. Julliard.

Lipsey, M.W. & Wilson, D.B. (2000). *Practical Meta-Analysis*. (Vol.49). s.l. Sage.

Rosenthal, R. (1991). *Meta-Analytic Procedures for Social Research*. s.l. Sage.

Siegrist, J. (2009). *Job control and reward: Effects on well-being*. In S. Cartwright & C. L. Cooper (Eds.), *The Oxford handbook of organizational well-being*. Oxford: Oxford University Press.

#### Les sites internet:

EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT (2013). *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. Euro-peristat*, 1-251. En ligne sur [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com) consulté le 26/3/2015.

Leroy, Ch.; Van Leeuw, V. & Englert, Y. (2014) *Données périnatales en Wallonie – Année 2008-2012*. Centre d'Épidémiologie Périnatale. En ligne sur <http://www.cepip.be/>, consulté le 26/02/2015.

Moniteur Belge (2002). *Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient*. En ligne sur [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&table\\_name=loi&cn=2002082245](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002082245), consulté le 16/04/2015.

Siegrist, J. (2012) Effort-reward imbalance at work-theory, measurement and evidence. En ligne sur le site de l'Université de Dusseldorf en Allemagne, Department of Medical Sociology: [http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut\\_fuer\\_medizinische\\_soziologie\\_id54/ERI/ERI-Website.pdf](http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_medizinische_soziologie_id54/ERI/ERI-Website.pdf), consulté le 16/04/2015.

St-Amand Annick & Saint-Jacques M-C. (2013). Comment- faire ? Une méta-analyse, méthode agrégative de synthèse des connaissances. Guide pratique à l'intention des étudiants des sciences humaines et sociales. Université de Laval. En ligne sur <http://www.fss.ulaval.ca/> consulté le 20/2/2015.

Zeitlin, J.; Mohangoo, A. & Delnord, M. (2013) European perinatal health report: health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010.p252. En ligne sur [http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010\\_w\\_disclaimer.pdf](http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf), consulté le 26/04/2015.

## Annexe

Voici le tableau répertoriant toutes les variables entrées dans les analyses multi-variées de chaque étude sélectionnée. Les variables significatives ont une case grisée. Pour la recherche de Waldenstrom (1999), deux régressions multiples ont été réalisées comme expliqué au Chapitre 5: L'effet du mode d'accouchement. Les variables significatives lors de la première régression sont plus foncées que celles de la deuxième où les facteurs liés aux sentiments et perceptions maternels ont été corrigés.

*Tableau 3: Variables des analyses multi-variées*

	Blo. 2008	Bry. 2008	Lar. 2011	Rij. 2008	Sta. 2004	Spa.2013	Wal.1999	Wal.2004	Sai.2011	Bas. 2008	Elv. 2013
Age maternelle	x	x		x	x	x	x	x			
Parité		x		x		x	x	x			
Statut marital		x		x				x			x
Education maternelle	x	x		x			x	x			x
Emploi								x			
Statut socio-économique											x
Ethnicité				x			x				x
Age gestationnel						x		x			
Grossesse non désirée								x			x
Relation partenaire		x									
Attentes face à l'accouchement							x	x			
Temps consultations prénatales								x			
Cours prénataux		x				x		x			
Rencontrer la sage-femme avant l'accouchement								x			
Expérience globale des soins anténataux								x			
Equipped de l'hôpital		x									
Type d'hôpital		x		x							
Accouchement à la maison				x							
Transfert à l'hôpital				x							
Agressivité verbale			x								
Agressivité indirecte			x								
Irritabilité			x								

Culpabilité			x								
Inquiétude fin de grossesse			x					x			
Sentiment d'efficacité personnelle		x									
Degré d'attente rencontrée		x									
Degré conscience		x									
Degré confiance		x									
Degré relaxation		x									
<b>Degré de contrôle</b>		x						x			
Locus de contrôle							x				
<b>Capacité à faire des choix</b>		x									
<b>Implication ds les décisions</b>						x	x	x			
Anxiété (trait de personnalité)							x				
Sentiment anxiété pdt l'acc.							x				
Expérience agréable		x									
Etre avec l'enfant		x									
Inquiétude pour l'enfant		x		x				x			
Perception de la peur		x									x
<b>Perception de la douleur</b>		x						x			
<b>Analgésique 24h-48h de PP</b>			x								
<b>Douleur de l'accouchement</b>			x			x	x				
<b>Choix du soulagement de la douleur</b>				x							
<b>Satisfaite de l'adaptation à la douleur</b>				x							
Céphalée en post-partum			x								
Soulagée par la naissance		x									
<b>Soutien du partenaire</b>		x					x	x			x
<b>Présence d'une personne de confiance</b>						x					
<b>Soutien des professionnels</b>		x					x	x			
Information des professionnels								x			
<b>Description négative des soignants</b>				x							
Relation avec la sage-femme						x					
Relation avec l'obstétricien						x					
<b>Confiance en la sage-femme</b>			x								
Satisfaction de l'accouchement						x					
Expérience antérieur								x			

Mode d'acc. antérieur								x			
Acc. vaginal	x	x		x	x	x		x			x
Acc. instrumental	x	x		x	x	x	x	x			x
Césarienne élektive	x	x			x	x					x
<b>Césarienne imprévue</b>	x	x	x	x	x	x	x	x			x
Induction	x				x		x	x			
Optimisation du travail					x		x	x			
Durée du travail	x				x		x	x			
Utilisation péridurale	x		x		x	x	x	x			
Utilisation entonox							x				
Utilisation de pethidine							x				
Episiotomie	x				x	x					
Durée d'hospitalisation			x								
Mobilisation avec difficulté			x								
Complications maternelles & néonatales	x	x									
Poids du bébé					x	x	x				
Ph ombilical					x	x					
Prématurité <37sa								x			
Transfert au centre néonatal						x	x	x			
Score d'Apgar						x	x				
Rétablissement de la vie sexuelle			x								



Le taux de césarienne a considérablement augmenté ces dernières années dans les pays industrialisés: de 4,5% en 1965 à 29.1% actuellement aux Etats-Unis (Lobel & Deluca, 2007); les conséquences physiques et psychosociales de ce mode d'accouchement inquiètent. L'objectif de cette recherche est de déterminer si la césarienne imprévue influence la satisfaction maternelle quant à son expérience de la naissance. Pour cela, les études scientifiques comparant la satisfaction maternelle lors d'un accouchement vaginal et lors d'une césarienne en urgence ont été recherchées grâce aux mots clefs: "ceasarean" et "birth experience". Onze études ont été utilisées pour réaliser une méta-analyse. Les résultats de cette démarche ont montré un effet combiné de 0.79, ce qui témoigne, selon Cohen (1988) d'un effet fort de la césarienne en urgence sur l'insatisfaction maternelle. Bien que d'autres facteurs puissent aussi influencer l'expérience de la naissance, nous pouvons conclure que cet effet existe et qu'il doit être pris en compte dans la prise en charge des femmes dans la période périnatale, tant par les professionnels de la santé que par les organismes de santé publique.