

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Problématique	2
3. Cadre de référence.....	5
3.1 Expérience de l'accouchement	5
3.1.1 Définition de l'expérience	5
3.1.2 Définition de l'accouchement.....	5
3.1.3 La maternité comme période de vulnérabilité	6
3.1.4 L'impact de l'expérience de l'accouchement.....	7
3.1.5 Les facteurs influençant l'expérience de l'accouchement.....	8
3.1.6 L'expérience de l'accouchement : résumé	10
3.2 Projet de naissance	12
3.2.1 Historique	12
3.2.2 Le projet de naissance : sous quelle forme et par qui ?.....	13
3.2.3 Le projet de naissance vu comme un processus de soin.....	14
3.2.4 Le contenu du projet de naissance.....	14
3.2.5 Premier objectif : la relation et la communication	15
3.2.6 Second objectif : les informations professionnelles et le choix éclairé	16
3.2.7 Troisième objectif : la physiologie.....	17
3.2.8 Objectif final : la satisfaction	17
3.2.9 Le projet de naissance : résumé.....	17
4. Question de recherche	19
5. Dimension éthique.....	20
5.1 Ethique de la problématique	20
5.2 Ethique de la recherche.....	21
5.3 Ethique dans notre travail de Bachelor.....	21
6. Méthodologie	22
6.1 Champs disciplinaires et bases de données	22
6.1.1 Midwives Information and Resource Service (MIDIRS).....	22
6.1.2 PsycINFO	23
6.1.3 Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).....	23
6.1.4 PubMed	23
6.2 P.I.C.O, mots-clés et descripteurs	23

6.3	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	24
6.4	Niveaux de preuve	25
6.5	Principaux résultats	26
6.5.1	MIDIRS	26
6.5.2	PsycINFO	27
6.5.3	CINAHL.....	27
6.5.4	PubMed	28
6.5.5	Autres recherches	29
6.5.6	Résumé et schéma de sélection	30
6.6	Articles sélectionnés	31
6.7	Grilles d'analyse	32
7.	Analyse critique.....	33
7.1	Article 1	33
7.1.1	Résumé	33
7.1.2	Analyse critique.....	36
7.2	Article 2	40
7.2.1	Résumé	40
7.2.2	Analyse critique.....	42
7.3	Article 3	45
7.3.1	Résumé	45
7.3.2	Analyse critique.....	47
7.4	Article 4	50
7.4.1	Résumé	50
7.4.2	Analyse critique.....	52
7.5	Article 5	55
7.5.1	Résumé	55
7.5.2	Analyse critique.....	57
7.6	Article 6	59
7.6.1	Résumé	59
7.6.2	Analyse critique.....	62
8.	Discussion.....	65
8.1	Synthèse des résultats.....	65
8.2	Analyse globale	70
8.3	Perspectives professionnelles.....	74
8.4	Forces et limites	77
8.5	Perspectives de recherche et hypothèses	79

9.	Conclusion	82
10.	Références bibliographiques	83
11.	Bibliographie.....	86
12.	Annexes	88

1. Introduction

Dans le cadre de la validation finale de notre formation de sage-femme, nous avons été amenées à réaliser une revue de littérature. Nous avons choisi de réaliser ce travail de Bachelor sur les thèmes de *l'expérience des femmes de l'accouchement et du projet de naissance*.

Dans cette introduction, nous commençons par exposer la problématique de notre sujet. Nous y présentons les **motivations** qui nous ont amenées à choisir ce sujet pour notre travail de Bachelor. Puis, nous expliquons en quoi l'expérience des femmes de l'accouchement est une préoccupation qui fait partie du domaine sage-femme et qui concerne directement son **rôle professionnel**. Nous décrivons ensuite un état des lieux du projet de naissance en **Suisse Romande aujourd'hui**.

Dans les chapitres suivants, vous trouverez un **cadre de référence** qui développe les deux concepts-clé de notre question de recherche : *l'expérience de l'accouchement et le projet de naissance*. Après une réflexion **éthique**, la **méthodologie** de notre revue de littérature est détaillée. À la suite de cela, nous proposons une **analyse** des recherches sélectionnées et une présentation de leurs résultats. Enfin, notre travail se termine par une **discussion** avec notamment des pistes pour l'application en **pratique**, avant de clore ce travail par une brève **conclusion**.

The logo for Clicours.COM, featuring the text "Clicours.COM" in white, bold, sans-serif font on a dark blue rectangular background.

2. Problématique

Depuis plus d'un an et demi que nous sommes en formation, nous développons progressivement notre propre identité de futures sages-femmes. Au travers de l'étude de la philosophie sage-femme, nous avons compris combien l'expérience de l'accouchement est importante dans la vie des femmes que nous accompagnons. L'International Confederation of Midwives (ICM) en a d'ailleurs fait un point essentiel dans sa philosophie : « **la grossesse et l'accouchement représentent une expérience profonde qui a une grande signification pour la femme, sa famille et la communauté dans laquelle elle vit** » (2014, p 2). Au contact des femmes, nous nous sommes appropriée cette vision. Dans la définition internationale de la sage-femme de l'ICM (2014), le rôle de la sage-femme est de promouvoir l'accouchement normal. Or, selon Lavender et Kingdon (2006), l'accouchement dit *normal*, en plus de critères obstétricaux favorables, génère un état de bien-être à court et à long terme pour la mère, le bébé, la famille et le soignant. L'évaluation de la santé psychologique fait donc partie intégrante du **rôle de la sage-femme** puisqu'elle a la **responsabilité de favoriser la santé et le bien-être des femmes qui accouchent**. Aujourd'hui, nous sommes convaincues que les issues obstétricales immédiates ne sont pas notre seule priorité. Nous croyons que l'expérience de l'accouchement et ses conséquences sur le bien-être des familles doivent également être l'une de nos préoccupations principales.

Au fil des stages, nous avons eu l'occasion de rencontrer des femmes très différentes les unes des autres et de vivre avec elles des accouchements parfois très disparates. Cependant, à chacune des naissances que nous avons eu la chance d'accompagner, nous éprouvions toujours le sentiment d'être le témoin d'un événement-clé dans la vie de la femme, du couple et de celle de l'enfant. Mais, en écoutant les récits a posteriori des femmes de leur expérience d'accouchement, nous avons été interpellées par celles qui n'en gardent pas un si bon souvenir. Certainement, la naissance est le plus souvent un heureux événement. Pourtant, nous avons été attristées par **les femmes qui semblent déçues de n'avoir pu vivre l'accouchement souhaité**. Face à ce constat, il y a un point qui a particulièrement retenu notre attention et qui nous a posé question. Nous avons constaté que les femmes se préparaient de manières très différentes à l'accouchement. D'un côté, il y a celles qui n'ont rien préparé au préalable. Elles se conforment docilement aux routines hospitalières sans exprimer d'attentes particulières laissant le champ libre à l'équipe soignante et leur confiant leur prise en charge en toute confiance. À l'autre extrémité, il y a celles qui ont planifié minutieusement tous les aspects de leur accouchement dans les moindres détails depuis des mois et qui s'attendent à ce que leurs préférences soient prises en compte en totalité. Toutefois, il nous est impossible de pouvoir dire lesquelles gardent un meilleur ou un moins bon vécu de leur accouchement. Devant cette grande disparité, nous nous sommes alors demandé si la préparation des femmes à l'expérience de

l'accouchement pouvait influencer la perception qu'elles en gardent. Et surtout, *quelle préparation anténatale peut permettre aux femmes d'améliorer l'expérience de leur accouchement ?*

Pour le National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2012), il semble qu'il y a bien un lien entre ce qui s'est fait avant l'accouchement et l'expérience de l'accouchement. Il énonce justement que **l'un des buts des soins anténataux est d'améliorer l'expérience des femmes de la grossesse et de la naissance**. En terme de préparation, nous avons eu l'occasion durant notre formation d'être sensibilisées à une palette très large de préparations. Il y a d'une part les cours de préparation à la naissance plus classique : en individuel ou en groupe, à domicile ou en cabinet avec une sage-femme indépendante, à la maternité par un ou plusieurs soignants (sage-femme, anesthésiste,...). Et d'autre part, il y a les préparations corporelles comme le yoga, le renforcement musculaire et la respiration profonde, les préparations par les médecines alternatives telles que l'acupuncture ou l'ostéopathie, les préparations mentales par l'hypnose ou la sophrologie, etc.

Parmi toutes ces méthodes, il existe aussi un outil pour la préparation à l'accouchement qui a retenu notre attention : le projet de naissance. C'est généralement une lettre rédigée par la femme adressée à l'équipe soignante dans laquelle sont listés les soins souhaités ou refusés pour elle et son bébé. Bien que nous n'ayons rencontré en stage que peu de femmes ayant préparé un tel document, le projet de naissance semble être à la mode actuellement auprès des femmes. A titre d'exemple, lorsqu'on lance la recherche *projet de naissance* sur Google, on obtient plus de 11 200 000 résultats ! La plupart des sites internet sur la périnatalité proposent un article dévolu à ce sujet et n'hésitent pas à conseiller aux futures mamans de recourir au projet de naissance pour préparer leur accouchement. Difficile toutefois de savoir combien d'entre elles rédigent un projet de naissance et le présentent aux soignants le jour de leur accouchement. Il nous a été impossible de trouver une statistique à ce sujet.

Malgré cet enthousiasme pour le projet de naissance sur la toile, nous avons constaté que, du côté des professionnels, l'engouement était nettement moins marqué. Dans les services de maternité, l'utilisation du projet de naissance ne fait pas partie de la pratique courante des sages-femmes. Son recueil n'est pas compris dans l'anamnèse standard et il n'a pas d'emplacement qui lui est dévolu dans les dossiers de soins. Toutefois, les souhaits des couples sont généralement recherchés oralement par la plupart des sages-femmes, mais ils concernent souvent des préoccupations pratiques telles que le souhait de bénéficier d'une péridurale ou le désir du papa de couper le cordon. Dans certains hôpitaux, quelques « cases » sont prévues dans les dossiers informatisés pour y indiquer diverses informations en lien avec les attentes des femmes telles que le désir d'allaiter ou le choix d'un retour à domicile précoce. Parfois, c'est le résumé de l'entretien prénatal effectué avec la sage-femme conseillère, si le couple a pu en bénéficier, qui fait office de projet de naissance. D'après nos expériences, l'accueil réservé au couple qui présente leur projet de naissance est très variable selon les équipes soignantes :

au mieux les préférences des femmes sont prises en compte, sinon les couples se voient rapidement confrontés à des réticences voire des préjugés négatifs à leur encontre.

Dans la pratique indépendante, les attentes des couples nous ont semblé être plus activement identifiées et utilisées pour individualiser l'accompagnement. Les sages-femmes indépendantes que nous avons rencontrées et qui proposent le suivi global n'encouragent pas nécessairement la rédaction d'un projet de naissance. Mais elles s'enquêtent des préoccupations des couples au fil des rencontres prénatales et les consignent dans leur dossier. Nous avons finalement découvert l'utilisation du projet de naissance dans deux structures indépendantes : *l'Arcades Sage-femme* ainsi que la maison de naissance *La Roseraie* à Genève proposent aux couples des cours sur le projet de naissance et les accompagnent dans leur élaboration.

Selon le Royal College of Midwives (RCM, 2012), une préparation effective – physique, émotionnelle et intellectuelle – peut avoir un énorme impact sur les issues de l'accouchement. Cela peut significativement augmenter les chances pour la femme de vivre un accouchement normal et peut améliorer ainsi l'expérience de leur accouchement. Une bonne préparation aide à prévoir l'inattendu et peut ainsi permettre à une femme d'ajuster ses attentes si les circonstances changent. Le RCM (2016) **recommande l'utilisation du projet** de naissance car il permet de respecter les souhaits des femmes et de les impliquer dans la prise en charge.

La possibilité que les femmes puissent vivre une expérience positive de leur accouchement nous tient à cœur. La préparation à l'accouchement des femmes semble influencer l'expérience qu'elles en font. Parmi les nombreuses méthodes de préparation à la naissance, nous nous intéressons au projet de naissance. Cet outil semble plutôt répandu et pourtant nous n'en voyons que très peu en pratique. C'est ce paradoxe qui nous a motivé à orienter nos recherches sur ce thème. De même, le décalage entre notre propre expérience pratique et la théorie concernant le projet de naissance nous a poussé à centrer notre revue de littérature sur le sujet. Nous nous demandons alors si le projet de naissance est un bon moyen pour se préparer à l'accouchement. *L'utilisation du projet de naissance permet-il d'améliorer l'expérience des femmes de l'accouchement ?*

3. Cadre de référence

Le cadre de référence vise à définir et approfondir les deux concepts centraux en lien avec notre question de recherche : **l'expérience de l'accouchement** et **le projet de naissance**.

3.1 Expérience de l'accouchement

3.1.1 Définition de l'expérience

L'expérience peut se définir comme « le fait de vivre un **événement** » (Larousse, 2016). Cette définition plutôt factuelle fait référence à ce qui nous arrive. L'expérience est aussi définie comme « une épreuve dont on peut tirer une leçon » (Larousse, 2016) et signifie l'acquisition de **connaissances** par la pratique.

À cela, s'ajoute une dimension plus subjective qui sous-entend une **implication psychologique de la personne** et se réfère aux perceptions que la personne garde de la réalité vécue. Cet aspect ressort particulièrement dans la langue anglophone : *to experience* a pour synonyme *to feel* qui pourrait se traduire par *ressentir* (Oxford Dictionaries, 2016).

Pour ce travail nous entendons par *expérience* non seulement l'événement qui s'est réellement produit, mais aussi les connaissances que la personne s'est construites et le ressenti qu'elle en garde.

3.1.2 Définition de l'accouchement

L'accouchement est communément défini par « l'action de mettre un enfant au monde » (Larousse, 2016). Selon la vision biomédicale, l'accouchement est « l'acte par lequel une femme se délivre, ou est délivrée par voie naturelle du produit de conception (fœtus et annexes), à une époque où en principe le fœtus est viable » (Garnier & Delamare, 2012). Ils précisent que l'accouchement comporte trois périodes : 1° effacement et dilatation du col de l'utérus, 2° expulsion du fœtus, 3° expulsion des annexes (placenta et membranes). Les deux premières périodes sont également appelées *le travail*.

Pour le NICE (2014), le début du travail effectif commence lorsque la femme ressent des contractions régulières et douloureuses et qu'une dilatation cervicale progresse à partir de 4 cm. Toutefois, il considère également que le processus d'accouchement peut débuter par une phase de

latence, pas nécessairement continue, qui commence lorsque des **contractions douloureuses** s'installent et qu'une **modification cervicale** a lieu.

L'accouchement se termine lorsque **le placenta et les membranes sont expulsés**. Cette phase dure habituellement entre 5 et 15 minutes, mais peut durer jusqu'à une heure. La 3^{ème} phase du travail correspond également à la période où **la mère, le bébé et le père deviennent ensemble une famille** pour la première fois (Marshall & Raynor, 2014).

À cela, Marshall et Raynor (2014) ajoute une dimension psychologique au concept : pour elles, l'accouchement ne se limite pas uniquement à un **événement physique** délimité en trois phases. Elles voient l'accouchement comme un **processus continu** qui comporte également des changements **émotionnels** pouvant affecter la relation entre la mère et le bébé et influencer le déroulement ainsi que le vécu des grossesses futures. La naissance est une expérience dynamique qui transforme, tant à un niveau individuel que social et qui a le pouvoir **d'affecter profondément les vies de ceux concernés** (Walsh, 2012, cité dans Marshall & Raynor, 2014).

À la suite de ces recherches, nous avons choisi de proposer notre propre définition. Nous baserons notre travail sur la définition suivante : **l'accouchement est un processus continu – tant physique que psychologique – qui débute lorsque les contractions douloureuses commencent et se termine après la délivrance et qui correspond à la naissance d'un enfant et au début de la construction d'une famille.**

3.1.3 La maternité comme période de vulnérabilité

La maternité est une période de transition dans la vie d'une femme. Elle débute dès la décision d'avoir ou non un enfant, et se poursuit durant toute la grossesse et même après. L'accouchement en est l'événement-clé. Cette expérience est un tournant, un moment charnière où l'avenir de la femme, de son partenaire ainsi que celui de son enfant sont en jeu tant au niveau biologique, développemental, psychologique que social (Larkin et al., 2009).

La grossesse, le travail et le post-partum sont des périodes souvent associées à la gamme complète des émotions humaines, similaires à celles présentes dans un événement de vie majeur ou dans les périodes de transitions. La transition à la parentalité est une expérience unique, un élément essentiel dans la vie des femmes. La maternité représente une **crise maturative** (Raynor & England, 2010).

Selon la théorie de Meleis (2010), une période de transition telle que la période de maternité correspond à une **phase de grande vulnérabilité durant laquelle les soignants peuvent avoir une influence importante.**

3.1.4 L'impact de l'expérience de l'accouchement

L'expérience de l'accouchement laisse des traces dans l'histoire personnelle de la femme et de celle de sa famille à long terme. Les expériences durant la grossesse, la naissance et les premières semaines avec un nouveau-né ont un impact à long terme sur la famille, **en affectant physiquement et psychologiquement la santé, les relations sociales et le développement de l'enfant** (NCT, 2015). De nombreux auteurs reconnaissent l'importance de l'expérience de l'accouchement sur la santé des femmes, mais également sur celle des enfants. Une expérience positive de l'accouchement est associée à des bénéfices à long terme pour le bien-être des femmes et pour la relation avec leur enfant (Fair & Morrison, 2012 ; Goodmann et al., 2004 ; Hauck et al., 2007 ; Larkin & al, 2009 ; Newburn, 2006)

Une expérience positive de l'accouchement contribue à renforcer un **sentiment d'accomplissement** et favorise **l'estime de soi** des femmes (Simkin, 1991). Les femmes ayant vécu une expérience positive gardent un **apriori positif de la maternité**. C'est pourquoi celles qui en gardent un mauvais vécu ont tendance à éviter une nouvelle grossesse, espacer les prochaines naissances et demander une césarienne pour un accouchement ultérieur (Fair & Morrison, 2012 ; Hauck & al., 2007 ; Larkin & al., 2009 ;). Elles développent dès lors un sentiment de **culpabilité** et de **déception** (Larkin & al., 2009).

De plus, l'expérience positive de l'accouchement contribue à augmenter la **confiance en soi** des femmes dans leur capacité à être mère (Hauck & al., 2007 ; Larkin et al., 2009 ; Newburn, 2006). Un vécu positif de l'accouchement favorise l'acquisition de **compétences** et de connaissances nécessaire à la transition vers la maternité. Les mères ayant une expérience positive développent des sentiments positifs à l'égard de leur enfant et s'adaptent plus facilement à leur nouveau **rôle de mère** (Larkin & al., 2009). Par contre, lorsque que l'expérience de l'accouchement a été mal vécue, les femmes ont davantage de difficultés à développer des aptitudes à allaiter et sont moins enclines à demander de l'aide ou des conseils aux professionnels de santé (Goodman & al., 2004 ; Newburn, 2006).

Une expérience négative voire traumatique de l'accouchement est associée à une plus grande probabilité de **dépression postpartum** et de **syndrome de stress post-traumatique**. Ces conséquences psychologiques peuvent directement affecter les **interactions mère-enfant**. La mère peut éprouver plus de peine à s'attacher à son enfant et leur relation peut en être compromise (Fair & Morrison, 2012 ; Goodman & al., 2004).

Le NCT (2015) considère que la naissance devrait être une expérience qui enrichit la vie des parents. De leur point de vue, **les soins de maternité devraient eux-mêmes être une expérience positive pour les femmes** puisqu'ils contribuent significativement à la santé publique, au bien-être des familles et des générations futures.

3.1.5 Les facteurs influençant l'expérience de l'accouchement

L'expérience de l'accouchement est une expérience individuelle qui peut être perçue de manière plus ou moins positive ou négative par les femmes. Pour que l'expérience de l'accouchement soit perçue positivement, les femmes ont besoin que leurs attentes principales soient réalisées (Hauck & al., 2007). Le **sentiment de contrôle** et le **soutien** sont les attentes des femmes qui influencent le plus leur expérience de l'accouchement (Larkin & al., 2009). Le sentiment de contrôle est influencé par trois éléments importants : **l'implication dans les prises de décision, l'environnement de naissance** et la **continuité des soins** (Hauk & al., 2007, Larkin & al., 2009).

Le sentiment de contrôle

Le sentiment de contrôle est l'une des attentes principales des femmes concernant l'expérience de l'accouchement ; les femmes espèrent **participer activement** à l'expérience de leur accouchement (Hauk & al., 2007, Simkin, 1991). Le département de la Santé en Angleterre a soutenu en 1993 que **la femme doit sentir qu'elle contrôle ce qui lui arrive** (Newburn, 2006). Ce facteur contribue à développer un sentiment d'**accomplissement** et de bien-être émotionnel postnatal (Larkin & al., 2009). Le sentiment de contrôle durant l'accouchement joue par ailleurs un rôle décisif pour leur **bien-être psychologique ultérieur** (Green et al., 2003, cité dans Newburn, 2006).

L'implication dans les prises de décision

Les femmes ont une expérience positive de l'accouchement lorsqu'elles se sentent impliquées dans les prises de décision (Hauk & al., 2007). Pour que les femmes puissent **faire des choix**, il est nécessaire qu'elles soient bien informées. Le Département de la Santé en Angleterre a recommandé en 1993 que les femmes puissent prendre des décisions quant aux soins qui leur sont prodigués, en fonction de leurs besoins, une fois qu'elles en auront longuement discuté avec les professionnels qui l'entourent (Newburn, 2006). Dans le but de favoriser le « choix éclairé », les sage-femme devraient

procurer des informations fiables aux femmes sur les options qui s'offrent à elles. Les futures mères devraient recevoir de manière routinière des explications sur ce qu'elles peuvent faire ou ce qu'elles devraient éviter pour favoriser la physiologie de l'accouchement. De même, elles devraient savoir quelle intervention risque davantage d'entraîner la survenue d'une autre intervention : par exemple la péridurale entraîne davantage de césarienne (Newburn, 2006). Apparemment, les femmes qui ont été impliquées dans les prises de décision ont de meilleures issues physiques et émotionnelles après leur accouchement (Hodnett et al, 2010, cité par RCM, 2012). L'étude de Green et al (1990) a montré notamment qu'une **bonne information** favorise le bien-être émotionnel ultérieur des femmes après l'accouchement (cité dans RCM, 2012).

L'environnement de naissance

Le sentiment de contrôle est influencé en particulier par **l'environnement de naissance** (Larkin & al., 2009 ; Newburn, 2006). D'une part, certains éléments du lieu tels que la possibilité de se mouvoir librement, le calme ou l'intimité ont une influence sur l'expérience de l'accouchement (NCT, 2015 ; NICE, 2004). Le contexte de la naissance est immensément puissant et peut faire la différence entre une expérience enrichissante ou traumatique de l'accouchement (Walsh, 2014, cité dans NCT, 2015). D'autre part, certaines qualités personnelles des soignants comme le souci du confort des futures mères, la préservation de leur intimité et le respect de leur dignité peuvent améliorer l'expérience des femmes de l'accouchement. C'est notamment le manque d'**intimité** qui contribue à un sentiment de perte de contrôle et peut augmenter le sentiment de peur et d'anxiété (Lock & Gibb, 2003, cité dans RCM, 2012).

La continuité des soins

Les femmes souhaitent **connaître la ou les sages-femmes** qui seront présentes à l'accouchement (Leap & Edwards, 2006). Le fait de **connaître son soignant** contribuerait au sentiment de contrôle (Larkin & al., 2009). Cela permet non seulement de diminuer au maximum les surprises au maximum le « jour J » (Newburn, 2006), mais également de familiariser les soignants avec les attentes individuelles des femmes (Hauk & al., 2007). Le Département de la Santé en Angleterre a préconisé en 1993 que chaque future maman devrait recevoir un soutien continu durant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale pour leur santé et leur bien-être (Newburn, 2006). La continuité des soins favorise le partage d'informations et la coordination entre soignants mais aussi la création d'un cadre familial et l'établissement d'un lien de confiance avec la sage-femme (Leap & Edwards, 2006). Un soignant bien informé, qui communique adéquatement avec les femmes et les

implique dans les prises de décision peut renforcer le **sentiment de participation de celles-ci**. Raynor & England (2010) recommandent que les sages-femmes aient confiance dans le **partenariat** et soutiennent ce travail collaboratif **avec les femmes**. Elles rappellent également que cette approche ne peut exister que si la sage-femme et la femme créent une relation de partenariat et de **confiance** (Newburn, 2006).

Le soutien

L'une des attentes prioritaires des femmes est de **se sentir soutenues par leur partenaire et l'équipe soignante** (Hauk & al., 2007). Le soutien est l'un des principaux facteurs influençant l'expérience de l'accouchement (Hauk & al., 2007 ; Larkin et al., 2009). Un soignant sensible aux besoins des femmes, qui offre un soutien émotionnel et une présence soutenante contribue à la satisfaction des femmes concernant leur expérience de l'accouchement (Larkin & al., 2009). De même, la manière dont une femme est traitée pendant l'accouchement influence la façon dont elle se souviendra de celui-ci pour les années à venir (Simkin, 1991). Certaines aptitudes interpersonnelles des soignants comme une attitude positive ou une bonne communication sont des éléments qui favorisent le sentiment de contrôle (Hauk & al., 2007). Le NICE (2014) recommande une culture du **respect** pour chaque femme en tant qu'individu vivant une expérience de vie significative et intense émotionnellement. Elle devrait être écoutée et considérée avec **compassion**.

3.1.6 L'expérience de l'accouchement : résumé

L'expérience de l'accouchement est un événement marquant dans la vie d'une femme. Elle en gardera une perception en sera plus ou moins positive ou négative que ses attentes concernant l'accouchement ont été comblées. Les soins qu'une femme reçoit à cette occasion ont le potentiel de l'affecter – tant physiquement qu'émotionnellement, à court et à long terme – et d'affecter la santé de son bébé (NICE, 2014).

Voici les attentes des femmes qui influencent le plus leur expérience de l'accouchement et que nous avons résumées ainsi :

- Participer activement et avoir le sentiment de contrôler ce qui arrive
- Être informée de manière à faire des choix éclairés
- Être impliquée dans les prises de décision
- Donner naissance dans un environnement qui préserve l'intimité

- Connaître son soignant et construire une relation de confiance et de partenariat
- Se sentir soutenue par son partenaire et les soignants
- Être considérée avec respect et compassion

Avoir approfondi le concept de *l'expérience de l'accouchement* nous a permis de mettre en évidence les points sur lesquels il est important d'être attentif si l'on cherche à favoriser une expérience positive de l'accouchement. À présent, nous allons développer le concept du *projet de naissance* et notamment ses objectifs. Cela nous permettra de définir si le projet de naissance permet justement d'atteindre ces points importants et s'il est un outil permettant d'améliorer l'expérience de l'accouchement.

3.2 Projet de naissance

Lorsque nous avons cherché à définir le *projet de naissance*, nous avons été forcées de constater qu'il n'existe aucune définition reconnue universellement. Bien que nous ayons toutefois trouvé plusieurs écrits intéressants sur le sujet, nous avons été étonnées que les auteurs n'étaient que rarement des sages-femmes. Il s'agissait le plus souvent de femmes engagées en faveur de la défense des femmes et du respect de l'accouchement naturel, également actives auprès des couples dans le domaine de l'éducation prénatale. Malgré la grande diversité de vision des projets de naissance, en termes de forme et de contenu notamment, nous avons souhaité construire notre propre vision qui servira de référence à notre revue de littérature. Les ouvrages et articles sur lesquels se base notre définition sont, dans la mesure du possible, issus de la littérature professionnelle du champ sage-femme mais également de la littérature destinée aux femmes.

D'abord, nous faisons un bref **historique** qui rappelle de quoi est né le projet de naissance. Puis nous présentons les différentes **formes** qu'il peut prendre et la **manière** dont il est construit. Ensuite nous expliquons de quoi est fait le projet de naissance en précisant son **contenu**. Après quoi, nous développons les différents **objectifs** qu'il vise : *la relation et la communication, l'information professionnelle et le choix éclairé, la physiologie et la satisfaction*. Et finalement, nous présentons dans un résumé une définition du **projet de naissance « idéal »** tel que nous le voyons.

3.2.1 Historique

Au début des années 1930, lorsque la naissance s'est déplacée du domicile vers l'hôpital, les femmes ont accordé aux médecins et à la technologie le contrôle de leur accouchement. Toutefois à la fin des années 1970, en réponse à l'augmentation de la médicalisation et face à des soins devenus impersonnels, les professionnels de l'accompagnement périnatal ont suggéré aux femmes de recourir au projet de naissance. Cet outil a été introduit afin d'aider les femmes à **reprendre le contrôle sur leur accouchement et à éviter l'escalade d'interventions** (Lothian, 2006).

3.2.2 *Le projet de naissance : sous quelle forme et par qui ?*

Tout d'abord, en ce qui concerne la forme globale, tous les auteurs consultés se rejoignent au moins sur un point : le projet de naissance est un **document écrit** (Brown & Lumley, 1998 ; Gamelin-Lavois, 2006 ; Kitzinger, 2005 ; Leap & Edwards, 2006 ; Lothian, 2006 ; Marshall & Raynor 2014 ; Simkin 2010). Simkin (2010) précise que le projet de naissance est un texte d'une à deux pages sous forme de **lettre** rédigée par la femme, qu'elle adresse à ceux qui prendront soin d'elle. Selon Brown & Lumley (1998), la femme élabore elle-même son projet de naissance à la maison et peut toutefois le reprendre en consultation avec un soignant.

Marshall et Raynor (2014) retiennent quant à elles deux alternatives : soit le projet de naissance est écrit par le couple et **apporté le jour de l'accouchement**, soit les souhaits des parents sont consignés dans le **dossier** par la sage-femme. Elles relèvent l'importance de l'**implication du partenaire** et elles estiment qu'il est **plus efficace d'élaborer le projet de naissance avec une sage-femme**. Tout comme Lothian (2006) qui relève l'importance de la communication entre la femme et le soignant pour élaborer un projet réaliste, Kitzinger (2005) trouve aussi que celui-ci devrait non seulement être **annexé au dossier médical** mais aussi élaboré avec la sage-femme. Pour Leap et Edwards (2006), il s'agit également une lettre rédigée par la femme, adressée aux professionnels de santé et signée par les deux parents. Et pour elles, le document est non seulement inclus au dossier, mais également **en possession de la femme** pour qu'elle puisse le présenter aux professionnels qu'elle rencontre durant sa grossesse.

Il existe une autre forme de projet de naissance : la check-list à cocher établie par l'hôpital ou trouvée sur internet. Cette forme institutionnalisée de projet de naissance est fortement critiquée par les différents auteurs (Brown & Lumley, 1998 ; Gamelin-Lavois, 2006 ; Kitzinger, 2005 ; Leap & Edwards, 2006 ; Lothian, 2006 ; Simkin, 2007). Pour Simkin (2007), ces listes donnent **l'illusion du choix** alors qu'en réalité elles n'offrent qu'une liste d'options limitées. Elle considère ces check-lists comme étant dénuées de sens, **impersonnelles** et pas prise au sérieux par les soignants. Les check-lists ne permettent pas d'explorer les options possibles, elles permettent uniquement au soignant d'obtenir le consentement de la femme (Kitzinger, 2005). Leap et Edwards (2006) relèvent que ces *menus à choix* sont restrictifs et dépendent de pratiques et de politiques locales. Elles pensent que c'est une façon de reprendre le contrôle par les institutions. De plus, Gamelin-Lavois (2006) met en garde contre ces formulaires médicaux « types » qui ressemblent davantage à un *consentement non éclairé*, car l'on y joint rarement une information suffisante. Elle regrette le manque de réflexion et de négociation dont ils devraient être accompagnés. Comme le dit Lothian (2006), le soignant qui propose un projet de naissance devrait informer la femme sur le déroulement physiologique de l'accouchement et lui offrir des connaissances ; la liste n'est pas un outil qui facilite la

communication. Kitzinger (2005) compare la check-list à une « liste de shopping » et relève le caractère consumériste d'une telle approche du système de santé. La femme choisit ce qu'elle prend ou ne prend pas sans avoir forcément reçu les explications nécessaires. Elle regrette que les demandes puissent sembler irréalistes et soient souvent source de confrontation pour les professionnels dont les pratiques et les routines hospitalières sont alors remises en question.

3.2.3 Le projet de naissance vu comme un processus de soin

Selon Marshall et Raynor (2014), le projet de naissance fait partie des soins anténataux. Simkin (2007) propose qu'il soit élaboré en fin de grossesse lors d'un entretien prénatal. Pour Gamelin-Lavois (2006), l'élaboration du projet est une tâche qui prend du temps, une étape à travailler qui doit être soumise à discussion avec l'équipe médicale. Par ailleurs, les désirs de la femme peuvent évoluer. De même, Kitzinger (2005) voit le projet de naissance comme un **soin continu anténatal**. Selon elle, le projet de naissance est un processus continu qui s'élabore au travers de **discussion avec la sage-femme**. Elle ajoute que la femme doit pouvoir changer d'avis à tout moment et qu'il devrait contenir un « plan de secours » au cas où certaines choses changeraient. Le document est **vivant** et doit pouvoir changer au gré des informations et des circonstances (Lothian, 2006). Marshall et Raynor (2014) considèrent aussi que le projet de naissance peut être adapté aux circonstances mais elles souhaitent que la femme en soit avertie et qu'elle soit incluse dans les prises de décisions. Le projet doit être flexible et les souhaits doivent être revus au début et en cours de travail. Pour Simkin (2007), le projet de naissance devrait également rester **flexible** face aux différentes possibilités de progression de l'accouchement et diverses options devraient y figurer. Cette vision est exigeante. Elle nécessite que les sages-femmes aient la volonté de lire et de tenir compte des projets de naissance et de maintenir la femme informée des changements éventuels (Simkin, 2007). Certains soignants ne lisent pas les projets de naissance ou ne les suivent pas, ce qui peut décevoir les femmes qui n'obtiennent pas ce qu'elles désiraient (Brown & Lumley, 1998).

3.2.4 Le contenu du projet de naissance

Le projet de naissance concerne la **période qui s'étend du travail, en passant par la naissance et jusqu'au post-partum immédiat** (Simkin, 2007 ; Marshall & Raynor, 2014 ; Gamelin-Lavois, 2006). Selon Marshall et Raynor (2014), il décrit les **souhaits des parents concernant les aspects pratiques et les soins** (ex : lieu, position, monitoring continu vs intermittent, moyens antalgiques, clampage tardif vs immédiat du cordon, peau-à-peau, management actif vs passif de la délivrance...). Il en va de même pour Gamelin-Lavois (2006) ; le projet de naissance décrit **les choix et les refus**

principalement au sujet des soins pour l'accouchement (ex : sondage urinaire, touchers vaginaux, épisiotomie, bain du nouveau-né...).

Tandis que pour Simkin (2010), les sujets abordés ne s'arrêtent pas uniquement aux soins **pour la femme, le partenaire et le bébé**. Elle ajoute également que les options choisies par les parents, qu'elles soient médicalisées ou non, basées sur des preuves ou non, doivent être prises en compte. Mais en plus, le projet doit exprimer **les préoccupations et les peurs** concernant cette période ainsi que **les priorités et les préférences**. Dans ce même ordre d'idée, Lothian (2006) voit le projet de naissance comme le reflet de son **histoire personnelle**. Elle a énoncé quatre questions auxquelles le projet de naissance devrait répondre pour mettre en évidence **ses rêves, ses peurs et ses attentes** : 1) Comment pourrais-je garder confiance en mes capacités ? 2) Comment pourrais-je avoir la liberté de trouver du confort ? 3) Qui me donnera l'aide et le soutien dont j'aurais besoin ? et 4) Que puis-je faire pour développer la confiance en moi d'ici l'accouchement et après ? Elle oriente le projet de naissance vers des **besoins personnels** et pas uniquement des besoins médicaux.

3.2.5 Premier objectif : la relation et la communication

L'un des buts premiers du projet de naissance est de favoriser le partenariat entre la femme/le couple et la sage-femme (Brown & Lumley, 1998 ; Kitzinger, 2005 ; Lothian, 2006 ; Simkin, 2007). Pour Simkin (2007), il s'agit d'un **outil efficace pour améliorer la relation et la communication** entre la sage-femme et la femme, surtout s'il n'y a pas de suivi global. Il permet d'augmenter la confiance et la compréhension. Lothian (2006) considère le projet comme un moyen concret d'encourager la femme à réfléchir à ce qui est important pour elle et de le communiquer aux soignants. La femme a l'occasion de se présenter elle-même ainsi que son partenaire, de communiquer ses souhaits et de s'assurer que ses priorités et ses préférences soient connues. Avec la sage-femme ainsi mise au courant, la femme a plus de chances de bénéficier de soins personnalisés (Simkin, 2010). C'est un moyen utile à la sage-femme pour offrir des **soins holistiques et individualisés** notamment lorsqu'il n'y a pas de suivi global (Marshall & Raynor, 2014). Le projet de naissance aide les soignants à voir les femmes de manière individuelle, crée des opportunités de discuter des préférences et d'augmenter la **participation des femmes et de leur famille** dans les soins. En plus de favoriser la communication entre le soignant et la femme, c'est aussi un moyen d'ouvrir la discussion avec le conjoint (Brown & Lumley, 1998). Le projet de naissance permet à la femme de discuter de ses **émotions** avec le conjoint et au couple de clarifier leurs **attentes**. Pour Gamelin-Lavois (2006), c'est un outil de **réflexion** personnel et un support pour le **dialogue**. Elle pense que celui-ci permet à la sage-femme de mieux connaître le couple et qu'il est intéressant pour toute les femmes d'en préparer un quel que soit le type d'accouchement prévu.

Toutefois, bon nombre d'auteurs reconnaissent qu'à l'inverse, le projet de naissance peut être **source de tension dans la relation** soignant-soigné (Brown & Lumley, 1998 ; Gamelin-Lavois, 2006 ; Kitzinger, 2005 ; Leap & Edwards, 2006 ; Lothian, 2006 ; Simkin, 2007). Certains soignants y sont tellement réfractaires que cela brise la communication (Brown & Lumley, 1998). Simkin (2007) constate que les femmes qui présentent leur projet de naissance sont parfois mal accueillies par des professionnels ayant une attitude hostile et négative. Kitzinger (2005) déplore que cet outil puisse irriter les soignants et appauvrir la relation en mettant une pression sur la sage-femme. Selon Lothian (2006), les tensions proviennent des croyances des soignants sur l'accouchement, la sécurité et l'efficacité. Elle constate que le projet de naissance irrite les soignants qui perçoivent les femmes qui les présentent comme demandeuses, rigides et irréalistes. Simkin (2007) propose alors de voir le projet comme un moyen pour identifier justement les femmes qui ont des peurs, un manque de connaissance ou de confiance, pour mieux les accompagner. Pour Gamelin-Lavois (2006), il ne devrait pas être perçu comme le rejet des personnes. Il ne se substitue ni à une relation humaine, ni à des questionnements essentiels.

3.2.6 Second objectif : les informations professionnelles et le choix éclairé

Un des autres objectifs principaux du projet de naissance est **d'améliorer l'information et de favoriser le choix éclairé** (Gamelin-Lavois, 2006 ; Lothian, 2006 ; Kitzinger, 2005 ; Simkin 2010) : il s'agit d'un **outil d'éducation** (Leap & Edwards, 2006). L'élaboration de celui-ci est l'opportunité de **considérer les options possibles** et de **discuter** des différents points de vue (Brown & Lumley, 1998, Edwards & Leap 2006, Lothian 2006, Kitzinger 2005). La sage-femme accompagne la femme dans l'**identification de ses besoins** spécifiques et l'encourage à **clarifier ses désirs et ses attentes** (Lothian 2006, Marshall & Raynor 2014, Simkin 2010). C'est l'occasion pour la femme de **se préparer mentalement** à l'accouchement (Brown & Lumley, 1998). Elle se projette et prend conscience de ce qui est important pour elle (Marshall & Raynor, 2014). Le projet de naissance offre la possibilité à la femme de faire davantage de **choix** autour de la naissance (Marshall & Raynor, 2014 ; Simkin 2010). Ces choix sont effectués à l'avance, ce qui évite à la femme de devoir les expliquer durant le travail (Brown & Lumley, 1998 ; Leap & Edwards, 2006). La femme ainsi valorisée et prise en compte dans les prises de décision et voit son **sentiment de compétence** renforcé (Marshall & Raynor, 2014 ; Kitzinger, 2005).

Gamelin-Lavois (2006) va plus loin : elle voit le projet de naissance comme une plateforme de négociation qui permet aux parents d'exprimer leurs droits. Selon elle, étayé par des ressources officielles, scientifiques et juridiques et librement consenti par les deux parties, elle considère alors

que le projet de naissance devient un contrat de soins entre patient et professionnels. Simkin (2010) ne partage pas ce point de vue : pour elle, il doit être discuté avec le soignant mais ne représente **ni un contrat ni une garantie** qu'il n'y aura pas de problème.

3.2.7 Troisième objectif : la physiologie

Lothian (2006) voit encore un autre avantage au projet de naissance. Selon elle, il permet à la femme de se libérer de la vision médicale et de se rebrancher sur une naissance naturelle. Dans cette idée, Gamelin-Lavois (2006) pense que celui-ci favorise le respect du processus naturel d'accouchement et évite à la femme des interventions non nécessaires. Pour elle, il permet aussi au professionnel de s'ouvrir à des approches autres que purement médicales et d'évoluer dans sa pratique : il amène la remise en question des pratiques et des conditions de la naissance.

3.2.8 Objectif final : la satisfaction

Finalement, Simkin (2010) et Lothian (2006) défendent l'idée que **le projet de naissance améliore la satisfaction des femmes concernant leur expérience de l'accouchement**. Gamelin-Lavois (2006) estime aussi qu'il permet aux femmes de se réapproprier la naissance et de vivre l'accouchement souhaité et que la satisfaction soignant-soigné en est améliorée. Brown & Lumley (1998) ne partagent pas cette vision. Elles considèrent que celui-ci n'amène pas forcément de différence significative dans la satisfaction finale des femmes. C'est sur ce point que nous aimerions nous pencher plus précisément dans cette revue de littérature.

3.2.9 Le projet de naissance : résumé

Voici une définition du projet de naissance « idéal » tel que nous le voyons. Nous avons non seulement relevé les points qui faisaient le plus consensus dans nos lectures. Mais nous avons aussi cherché à proposer une vision du projet de naissance qui s'inscrit dans la philosophie de la sage-femme de l'ICM (2014). Nous avons pu remarquer que nos points concernant le projet sont en lien avec un point précis de la philosophie sage-femme : « Les soins prodigués par les sages-femmes ont lieu en partenariat avec les femmes, ils reconnaissent le droit à l'auto-détermination et sont respectueux, personnalisés, continus et non autoritaires. » (ICM, 2014, p. 2).

Notre projet de naissance « idéal » :

- Est document écrit par le couple en leur possession et annexé au dossier de soins.
- Se construit en anténatal de manière continue au travers de discussion avec une sage-femme.
- A pour but de :
 - Soutenir la communication entre le couple et la sage-femme et entre les soignants
 - Informer le couple pour leur permettre de faire des choix éclairés et prendre part aux décisions
 - Identifier les émotions et clarifier les attentes de chacun
 - Préparer mentalement le couple à l'accouchement
- Concerne la période du travail, de l'accouchement et du post-partum immédiat.
- Est réaliste en fonctions des options possibles et flexible face aux différentes possibilités d'évolution de cette période.
- Décrit :
 - Les choix et refus en matière de soins pour la mère, le partenaire et le nouveau-né
 - Les préoccupations et les besoins individuels en regard de l'histoire personnelle
 - Les priorités et préférences concernant les aspects pratiques et le déroulement de l'accouchement
- S'adresse à toutes les femmes.
- N'a pas de valeur contractuelle.

En ayant approfondi le concept du *projet de naissance*, nous avons pu mettre en évidence les principales caractéristiques. Nous pouvons ainsi aisément constater que certains aspects sont en lien direct avec les attentes des femmes concernant l'expérience de l'accouchement définie dans le précédent concept. Nous pensons en particulier au besoin *d'être informée, de pouvoir faire des choix éclair et de participer aux prises de décision* ainsi que de *connaître son soignant et construire une relation de confiance*. Le projet de naissance est justement non seulement un **outil éducatif** qui vise l'information dans le but de permettre aux couples de choisir, mais aussi un **outil de communication** qui vise le partenariat. Pouvons-nous pour autant en déduire que l'utilisation du projet de naissance permet d'améliorer l'expérience des femmes de l'accouchement ? C'est bien à cela que nous allons essayer de répondre dans notre revue de littérature.

4.Question de recherche

Nos lectures primaires ont permis d'alimenter notre cadre de références et d'enrichir nos réflexions. La littérature a notamment permis de confirmer l'existence d'une controverse liée à l'utilisation du projet de naissance. Cette controverse concerne d'une part la relation femme – sage-femme mais aussi le concept du choix éclairé.

Dès lors, il nous semble pertinent de chercher à connaître par une revue de littérature si le projet de naissance est un outil qui améliore ou au contraire altère l'expérience de la naissance comme nous nous le demandions.

**L'utilisation du projet de naissance permet-il d'améliorer
l'expérience des femmes de l'accouchement ?**

Mais avant d'entrer dans le vif de notre revue de littérature, nous présentons dans le chapitre suivant une réflexion d'ordre éthique qui a accompagné l'élaboration de ce travail.

5. Dimension éthique

La recherche avec des êtres humains doit constamment s'accompagner d'une réflexion éthique (ASSM, 2009). Dans ce chapitre, nous allons présenter les considérations éthiques qui ont fait partie de l'élaboration de notre travail. Nous allons d'abord présenter nos réflexions de manière large en lien avec notre **problématique**. Puis nous exposons les réflexions éthiques concernant les études choisies pour notre **revue de littérature**. Pour finir, nous présentons nos considérations éthiques pour la réalisation de ce **travail de Bachelor** tant au sujet de sa réalisation écrite qu'au sujet de notre collaboration.

5.1 Ethique de la problématique

L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM, 2009) relève trois principes éthiques de la recherche : la justice, la bienfaisance et le respect de la personne.

La **bienfaisance** est définie comme l'obligation de se soucier du bien-être des personnes, non seulement en évitant tout préjudice, mais aussi en maximisant les bénéfices possibles. Dans notre problématique, nous relevons que certaines femmes gardent une expérience négative de l'accouchement et peuvent en être affectées. Chercher à savoir si l'utilisation du projet de naissance peut favoriser positivement leur expérience et améliorer leur bien-être s'inscrit effectivement dans une démarche éthique qui se soucie du bien-être des personnes et vise à éviter les préjudices et maximiser les bénéfices qui découlent de l'utilisation du projet de naissance.

La **justice** implique d'une part la responsabilité de répartir de manière équitable les inconvénients, les risques, les avantages et les bénéfices entre les individus, et d'autre part de reconnaître de manière égale les individus et de les apprécier à leur juste valeur (ASSM, 2009). Nous avons vu dans notre problématique que, malgré le développement de la médicalisation de l'accouchement qui a permis une plus grande maîtrise des risques et des complications, certaines femmes sont affectées par une expérience négative de l'accouchement. Chercher à savoir si l'utilisation du projet de naissance est un moyen d'offrir un équilibre entre une prise en charge sécurisée tout en tenant compte de l'importance de l'expérience des femmes va dans le sens d'une démarche éthique.

Le **respect de la personne** signifie de considérer les individus comme des sujets autonomes et capables de prendre eux-mêmes des décisions. Le projet de naissance est un outil qui vise justement à favoriser le choix éclairé et l'implication des femmes dans les prises de décisions. Dans ce sens, l'outil en question dans notre problématique vise bien l'autonomie des personnes.

5.2 Ethique de la recherche

L'éthique de la recherche est l'ensemble des principes qui guident et assistent le chercheur dans la conduite de sa recherche (Fortin, 2016). Pour notre revue de littérature, nous nous sommes efforcées de sélectionner des études qui respectent les principes de l'éthique de la recherche. Nous avons notamment été attentives aux points suivant (Fortin, 2016) :

- L'étude a été approuvée par un comité d'éthique.
- Un consentement éclairé a été obtenu des participants.
- L'anonymat et la confidentialité des données ont été respectés.
- Les participants ont tiré de l'étude plus d'avantages que d'inconvénients.
- Si des préjudices ont été subis par les participants, des mesures pour les prévenir ou les limiter ont été prises.
- Si des participants étaient vulnérables, des mesures pour les protéger et obtenir leur consentement ont été prises.

5.3 Ethique dans notre travail de Bachelor

Avant même de débiter notre revue de littérature, nous avons bien entendu nos propres idées sur le projet de naissance. Nous en avons pris conscience et avons pu nous en distancer. Nous nous sommes efforcées de mettre nos convictions personnelles de côté pour ne pas influencer ni la sélection des études, ni la critique des recherches, ni l'interprétation des résultats. Les divers points de vue des auteurs des recherches sont pris en compte et tant les résultats positifs que négatifs seront considérés.

Aussi, nous nous appliquons à référencer tous nos propos selon les normes de l'American Psychological Association (APA, 2010, cité dans Kiszio & Kramer, 2015). Nous garantissons également n'avoir jamais plagié. Enfin, nous précisons que ce travail est notre propriété intellectuelle et n'engage en aucun cas la responsabilité de quiconque, tel qu'il est mentionné en avertissement.

Tout au long de la réalisation de ce travail de Bachelor, nous nous engageons à œuvrer en commun dans un esprit collégial pour l'intérêt du groupe. Nous veillons à tenir compte des avis de chacune tout en trouvant des consensus dans les moments de divergence. Sans chercher à diviser le travail de manière équivalente, nous répartissons les tâches de façon équitable selon les atouts et faiblesses de chacune. Notre bonne entente nous permet de collaborer dans le respect et l'entraide mutuelle.

6. Méthodologie

Ce chapitre présente les différentes étapes méthodologiques qui nous ont permis d'aboutir aux articles sélectionnés pour l'analyse.

À partir de notre thème, nous avons identifié les **champs disciplinaires** desquels les concepts centraux sont issus. Puis, nous présentons brièvement les **bases de données** consultées pour notre recherche. Nous définissons ensuite le **PICO** qui nous a aidé à lister les **mots-clés** utilisés pour orienter nos recherches d'articles sur les bases de données. Après, nous énonçons les **critères d'inclusion et d'exclusion** choisis afin d'affiner la sélection et limiter le nombre d'articles retenus.

Ensuite, nous exposons une **échelle de niveau de preuve** en fonction du type d'étude selon laquelle nous avons noté les études retenues dans notre analyse.

Puis, nous présentons les **résultats** du nombre d'articles obtenus sur chacune des bases de données consultées. Ces résultats sont ensuite résumés dans un **schéma**. Après quoi, nous présentons brièvement les articles sélectionnés pour notre revue de littérature.

Finalement, nous exposons les références des **grilles de lecture** critique choisies pour chacune des études sélectionnées.

6.1 Champs disciplinaires et bases de données

À partir de notre problématique et de la question de recherche, nous avons ressorti deux thèmes centraux : *l'expérience de l'accouchement* et *le projet de naissance*. Ces concepts sont issus des champs disciplinaires suivants : **les sciences sage-femme, la psychologie, les sciences infirmières et paramédicales et les sciences biomédicales**.

Les champs disciplinaires nous ont permis d'axer nos recherches sur des bases de données spécifiques à ces domaines. C'est pourquoi, nous avons choisi de cibler nos recherches principalement sur les quatre banques de données suivantes :

6.1.1 *Midwives Information and Resource Service (MIDIRS)*

MIDIRS est une base de données regroupant plus de 220'000 ressources spécifiquement liées aux sciences sage-femme (Midwives Information & Resource Service, 2015).

6.1.2 *PsycINFO*

PsycINFO est une base de données regroupant plus de quatre millions de ressources concernant le domaine de la psychologie, des sciences sociales et du comportement (American Psychological Association, 2015).

6.1.3 *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*

CINAHL est une base de données regroupant plus de 3,4 millions de ressources spécialisées dans les sciences infirmières et paramédicales (EBSCOHealth, 2015).

6.1.4 *PubMed*

PubMed est une base de données renommée et très importante car elle regroupant plus de vingt-six millions de références issues de la littérature biomédicale.

Dans le but d'élargir au maximum notre recherche, nous avons également consultés les moteurs de recherche suivant : **Google**, **Google Scholar** et **ScienceDirect**.

6.2 P.I.C.O, mots-clés et descripteurs

Le PICO est un outil qui permet de préciser notre question de recherche en définissant la population cible, l'intervention, la comparaison et les issues étudiées (Centre Cochrane, 2011). Notre question de recherche n'impliquant pas de comparaison, nous n'avons pas défini cet item.

À partir du PICO ainsi que des mots-clés issus des articles lus pour notre cadre de référence, nous avons identifié les mots-clés que nous avons traduits en anglais. Puis, nous avons recherché les descripteurs correspondants dans les thésaurus des bases de données de CINAHL et de PubMed (pas de thésaurus spécifique pour MIDIRS ni pour PsycINFO). Nous avons également repris certains mots-clés provenant des résumés d'articles issus de nos lectures primaires.

PICO	Mots-clés français	Mots-clés anglais MIDIRS / PsycINFO	Descripteurs CINAHL	MeSH Term PubMed
Femmes	Femmes Femmes enceintes Mères	Women Expectant women Mothers	Women Expectant mothers	Women Pregnant women
Projet de naissance	Plan de naissance Projet de naissance	Birth plan Birth plans Birth planning	Birth plan Birth planning	⊖ « birth plan »
Expérience de l'accouchement	Expérience Satisfaction Vécu Accouchement Naissance	Experience Satisfaction Expectations Birth Labour Childbirth	Experience Satisfaction	Satisfaction Influence Impact

6.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour limiter le nombre d'articles trouvés et cibler nos recherches aux ressources les plus pertinentes, nous avons défini des critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion

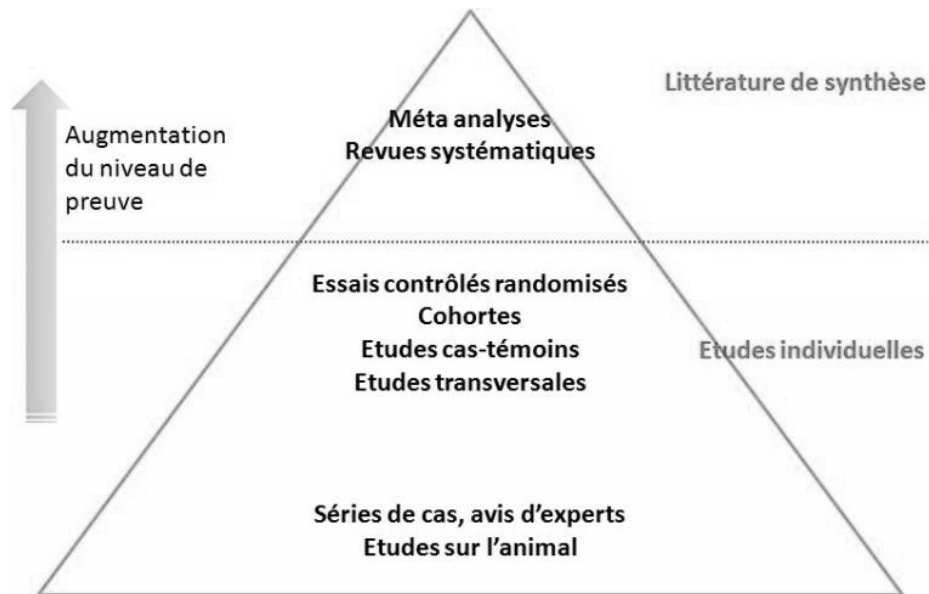
- Ressource de type scientifique
- Datant de moins de douze ans
- Accessible en langue française ou anglaise
- Répondant de manière la plus ciblée possible à notre question de recherche

Critères d'exclusion

- Article prenant en compte uniquement un type de population spécifique (exemple : césarienne électorale, grossesse à risque)
- Article non scientifique

6.4 Niveaux de preuve

Nous nous baserons sur la pyramide des niveaux de preuve ci-dessous afin de déterminer la qualité des articles sélectionnés et de faire une analyse en lien avec ce niveau :



Source : Centre Cochrane. (2011). Définir le meilleur type d'étude. Repéré à <http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/définir-le-meilleur-type-détude>

NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE FOURNI PAR LA LITTÉRATURE	GRADE DES RECOMMANDATIONS
Niveau 1 - Essais comparatifs randomisés de forte puissance - Méta analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Études comparatives non randomisées bien menées - Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 - Études cas témoin C	C
Niveau 4 - Études comparatives comportant des biais importants - Études rétrospectives - Séries de cas - Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	Faible niveau de preuve scientifique

Source : Centre Cochrane. (2011). Critères PICO. Repéré à <http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/critères-pico-0>

6.5 Principaux résultats

6.5.1 MIDIRS

Nous avons commencé par la base de données MIDIRS en y insérant un filtre de date.

Notre première équation a été la suivante :

Women AND birth plan AND experience

Cela nous a donné quatorze résultats. Réalisant que plusieurs titres d'articles contenaient le mot *birth plan* au pluriel, nous avons lancé la recherche suivante :

Women AND birth plans AND experience

Nous avons obtenu vingt-deux résultats parmi lesquels nous avons retenu dix articles après lecture des titres.

Quatre équations réalisées ensuite nous ont donné entre un et huit résultats déjà apparus dans notre deuxième recherche. Nous avons alors ajouté un mot-clé dans l'équation :

(Experience OR satisfaction) AND women AND birth plans

Ceci nous a donné vingt-sept résultats. La majorité des résultats avaient déjà été obtenus. Nous avons tout de même retenu cinq nouveaux articles après lectures des titres.

Nous avons ensuite essayé de modifier le terme *birth plan* et de l'associer à deux autres mots-clés :

Women AND (birth planning OR birth plan OR birth plans) AND experience

Des vingt-neuf résultats obtenus, nous en avons sélectionné trois nouveaux.

Nous avons fait plusieurs essais en mélangeant les mots-clés, mais nous sommes arrivées à saturation des résultats.

En conclusion, nous avons fait treize recherches sur MIDIRS avec un total de 156 résultats dont énormément de doublons. Nous avons retenu **dix-sept articles** en lisant les titres et les résumés qui correspondaient à nos critères et qui semblaient amener des pistes à notre question de recherche.

6.5.2 *PsycINFO*

Nous avons continué nos recherches dans la base de données PsycINFO. Nous avons fait les mêmes équations que pour MIDIRS.

Women AND birth plans AND experience

Nous avons eu un total de trente résultats, dont vingt-huit doublons et seulement deux articles nouveaux. Nous avons retenu ces derniers car leur titre correspondait à notre question de recherche.

Ensuite, nous avons continué avec les mêmes équations que précédemment dans MIDIRS. Nous ne les avons pas toutes décrites dans ce travail. Voici un exemple :

(Experience OR satisfaction) AND women AND birth plans

Les sept articles trouvés sont les mêmes que jusqu'à présent.

Nous avons donc essayé l'équation qui avait donné pas mal de résultats sur MIDIRS :

Women AND (birth planning OR birth plan OR birth plans) AND experience

Les dix articles trouvés sont les mêmes que jusqu'à présent.

Nous avons arrêté rapidement les recherches sur cette base de données car nous sommes arrivées à saturation des résultats.

PsycINFO a généré un total de 144 références, parmi les quels seulement **deux articles** supplémentaires ont été retenus pour la suite de notre travail.

6.5.3 *CINAHL*

Pour la base de donnée CINAHL, nous avons décidé de commencer par une équation très large en espérant obtenir un maximum de nouveaux articles.

Women AND birth plan

Cette équation nous a donné un résultat de 180 articles. Nous avons lu tous les titres en enregistrant ceux qui nous semblaient pertinents. C'est grâce à cela que nous avons pu avoir quatre articles supplémentaires.

Nous avons ensuite effectué toutes les équations que nous avons préparées, mais à chaque fois, les articles étaient les mêmes que lors de la première équation. Aucun article supplémentaire n'a pu être trouvé.

Finalement grâce à cette dernière équation :

Women AND (birth planning OR birth plan OR birth plans) AND experience

Nous avons pu avoir un dernier article sur cette base de donnée.

Au total, sur CINAHL, nous avons pu obtenir **cinq articles** tirés des 1042 résultats obtenus par nos diverses équations.

6.5.4 PubMed

Nous avons également lancé les recherches sur la base de donnée PubMed. Il n'existe aucun descripteur pour le projet de naissance. C'est pourquoi nous avons mis ce terme entre guillemet.

« Birth plan » AND experience

Parmi les quatorze résultats obtenus, tous les articles étaient déjà ressortis dans nos recherches précédentes.

« Birth plan » AND experience AND women

Parmi les treize résultats obtenus, tous les articles étaient déjà ressortis dans nos recherches précédentes.

« Birth plan » AND influence

Cette recherche a donné un total de sept articles déjà connus.

« Birth plan » AND impact

Les 3 articles sont déjà sélectionnés auparavant.

Nous avons alors arrêté les recherches sur PubMed.

6.5.5 Autres recherches

Pour la suite des recherches, nous avons utilisé **ScienceDirect**. Ce moteur de recherche est normalement utilisé par CINAHL mais lorsque nous avons ouvert un des articles, ce site nous a fait une suggestion d'article en lien avec celui que nous étions en train de lire. Nous avons donc décidé d'utiliser ce moteur de recherche.

Notre recherche sur ScienceDirect nous a permis d'obtenir **cinq articles supplémentaires** que nous n'avions pas trouvés durant nos recherches précédentes.

Nous avons continué avec **Google Scholar**. Nous avons utilisé les équations suivantes :

« birth plans and experience »

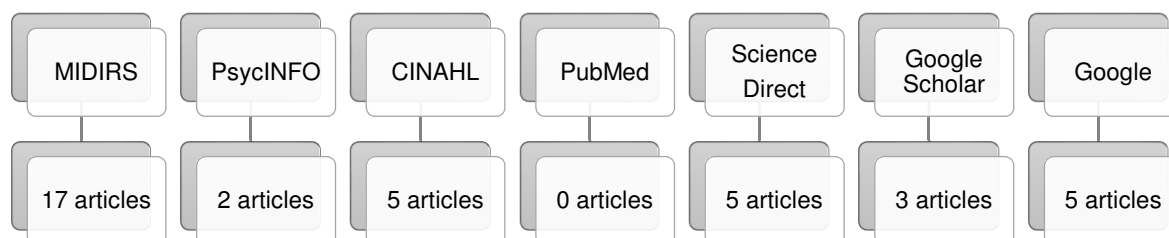
« birth plans and influence women »

« birth plans and impact women »

Nous avons trouvé majoritairement les mêmes articles que nous avons vus jusqu'à maintenant. Cependant, nous avons trouvé **trois articles** qui nous semblaient en lien avec notre problématique.

Puis, nous avons continué sur **Google** avec les mêmes équations. Cela a été plus fructueux car nous avons pu avoir **cinq articles supplémentaires**.

En résumé, voici un schéma explicatif des articles pré-sélectionnés.



Total de 37 articles pré-sélectionnés

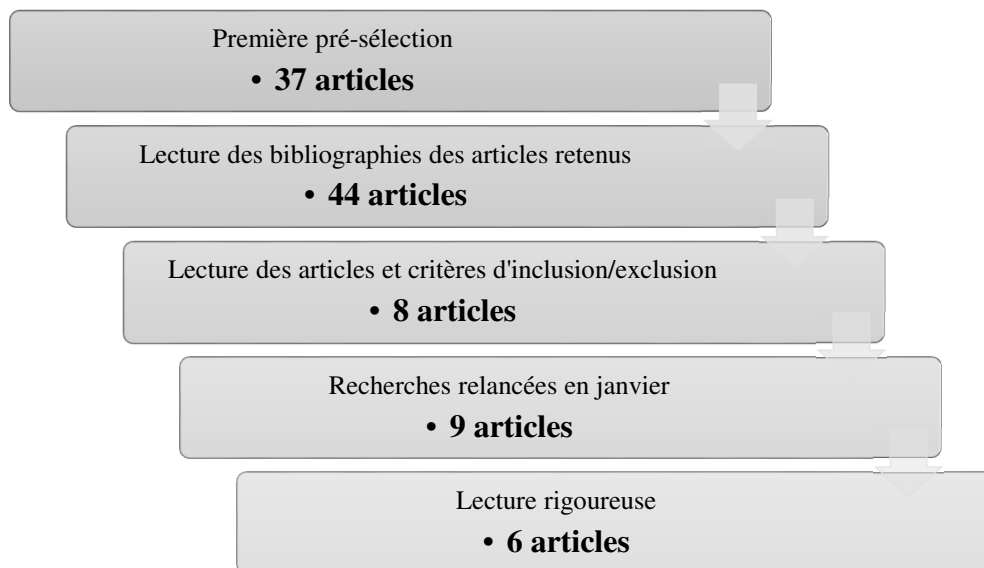
6.5.6 Résumé et schéma de sélection

En résumé, notre recherche d'articles s'est faite sur quatre bases de données (MIDIRS, psycINFO, CINAHL et PubMed) ainsi que sur trois moteurs de recherche (ScienceDirect, Google Scholar et Google). Ces recherches nous ont donné une première sélection de **trente-sept articles**. Nous avons utilisé leurs listes bibliographiques afin d'obtenir sept articles supplémentaires, nous amenant à un total de **quarante-quatre articles**.

La lecture des résumés et l'application de nos critères d'inclusion et d'exclusion nous a permis d'en mettre une partie de côté. Nous avons ensuite lu ces articles dans leur globalité et avons décidé de retenir huit articles. En janvier, nous avons relancé nos recherches et un nouvel article est apparu que nous avons gardé. Sur ces **neuf articles** que nous avions au préalable décidé de garder, nous avons décidé d'en exclure encore trois pour différentes raisons.

En effet, le premier nous a été impossible à comprendre dans sa globalité à cause de la barrière de la langue (article original en arabe, traduction anglaise peu compréhensible). Nous avons préféré mettre de côté un autre à cause de sa structure pas suffisamment scientifique. Et nous avons encore exclu un dernier car, après une lecture plus rigoureuse, nous avons constaté qu'il ne répondait pas à notre question de recherche tel que nous l'avions compris.

Voici un schéma de résumé de sélection de nos articles.



6.6 Articles sélectionnés

Voici les six articles que nous avons choisis d'inclure dans notre revue de littérature :

Titre	Auteurs	Journal	Devis
1. The impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences	Cook & Loomis (2012)	<i>The Journal of Perinatal Education</i>	Etude qualitative phénoménologique
2. Perspectives of Expectant Women and Health Care Providers on Birth Plans	Aragon & al. (2013)	<i>Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada</i>	Etude quantitative transversale
3. Is the Childbirth Experience Improved by a Birth Plan ?	Lundgren & Lindmark (2003)	<i>Journal of Midwifery & Women's Health</i>	Etude quantitative transversale
4. Birth plans : What Matters for Birth Experience Satisfaction	Mei & al. (2016)	<i>Birth</i>	Etude quantitative transversale
5. Birth Planning – Is it beneficial to pregnant women ?	Peart (2004)	<i>Australian Midwifery</i>	Etude qualitative phénoménologique
6. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese Women's Childbirth experiences, control and expectations fulfilment	Kuo & al. (2010)	<i>International Journal of Nursing Studies</i>	Etude quantitative randomisée contrôlée en semi-aveugle

6.7 Grilles d'analyse

Pour l'analyse des articles, nous nous sommes aidées de grilles de lecture critique. Nous avons choisi les grilles spécifiques pour chaque article selon leur type d'étude. Nous les avons traduites librement et avons adapté certains items en fonction de nos besoins.

Voici les grilles que nous avons choisies pour chacun des articles :

Article 1 : Côte, L., & Turgeon, J. (2002). Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*, 3(2), 10.

Article 2 : Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 34-38.

Article 3 : Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 34-38.

Article 4 : Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 34-38.

Article 5 : Côte, L., & Turgeon, J. (2002). Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*, 3(2), 10.

Article 6 : Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 Statement : Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomized Trials. *Annals of Internal Medicine*, 152(11), 726-732.

7. Analyse critique

À présent, voici l'analyse critique détaillée des six recherches sélectionnées pour notre revue de littérature. Dans ce chapitre, nous avons approfondi un article après l'autre tout d'abord en donnant les éléments essentiels des études dans une **présentation** résumée puis en analysant **leurs forces et leurs limites**.

Un récapitulatif des principaux résultats des études ainsi qu'une synthèse de notre analyse est développée dans le chapitre suivant.

7.1 Article 1

Cook, K., & Loomis, C. (2012). The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. *The Journal of Perinatal Education*, 21(3), 158168.

Niveau de preuve 4C

7.1.1 Résumé

Auteurs

Katie Cook est une psychologue communautaire et chercheuse indépendante au Canada. Coleen Loomis est professeur associée à l'Université Wilfrid Laurier, en Ontario au Canada.

Contexte et but de l'article

Ces auteures ont pris comme postulat de départ que les choix d'une femme et son niveau de contrôle ont un impact sur l'expérience de l'accouchement. Leur étude vise à explorer comment les femmes développent et négocient leur projet de naissance initial, et en quoi ces changements influencent leur expérience générale de l'accouchement.

Définition du projet de naissance

Le projet de naissance est un outil qui souligne les préférences des femmes tout en permettant une communication ouverte avec son soignant, et lui apportant de nouvelles connaissances. Il inclut généralement des informations sur les souhaits de la mère pour la naissance, quelle forme d'intervention médicale elle souhaite et la gestion de la douleur qu'elle aimerait.

Méthodologie

Les auteures ont réalisé une étude qualitative, de type phénoménologique. Le recrutement des données s'est fait sous forme d'entretiens individuels semi-structurés.

Entre 2009 et 2010, quinze femmes ont été recrutées au sein d'une association de promotion de l'allaitement par méthode « boule de neige » selon des critères d'inclusion (avoir accouché dans les deux dernières années dans la région géographique proche du lieu de l'étude).

Les données ont été récoltées au travers d'entretiens individuels, semi-structurés par la chercheuse principale. L'entretien débutait par une présentation générale de l'étude et des deux sujets principaux : le projet de naissance et l'expérience de l'accouchement. Les femmes étaient ensuite libres de commencer par l'un ou l'autre des sujets. Les entretiens duraient entre quarante-cinq minutes et deux heures. L'enregistrement vocal des entretiens a permis une retranscription a posteriori par la chercheuse. Les données ont été enregistrées, retranscrites, analysées et codées en utilisant un programme spécifique à l'approche qualitative (NVivo Software). Les codes ont été réanalysés une deuxième fois afin de pouvoir être sûr d'avoir la bonne compréhension des résultats.

Les données ont été classées selon deux thèmes :

- 1) La réalisation du projet de naissance entre la femme et le soignant
- 2) Les changements au projet de naissance et leurs impacts sur l'expérience de l'accouchement selon 3 sous-catégories :
 1. Transfert de soignant ou de lieu,
 2. Niveau et type d'intervention médicale au sujet de la gestion de la douleur,
 3. Séjour à l'hôpital.

Concernant l'éthique de la recherche, l'article ne donne que peu d'information à ce sujet. Dans la partie résultats, les prénoms des femmes sont fictifs afin de protéger leur anonymat et la confidentialité.

Aussi, il est mentionné que l'étude a été validée par le comité d'éthique de l'Université de Waterloo.

Résultats

1) Concernant la réalisation du projet de naissance, deux ressources ont aidé les femmes dans la planification de leur accouchement : **les personnes de soutien** et les **informations reçues**. Dans certains cas le compagnon était complètement investi dans la réalisation du projet et parfois il s'en est distancé. Quant au soignant, les femmes ont pu les voir non seulement comme une source d'information mais aussi de partage d'expériences. La philosophie du soignant semble être importante

pour les femmes, plus spécifiquement lorsque la philosophie est partagée entre la femme et le soignant.

Les connaissances des soignants, basées sur le savoir ou sur l'expérience, influencent la réalisation du projet avec les femmes mais aussi ce qui arrive lors de changements au projet de naissance durant l'accouchement.

2) Concernant les changements apportés au projet de naissance et leurs impacts sur l'expérience générale, les auteures précisent que les projets de naissance initiaux sont très variés. Le niveau de spécificité du projet de naissance détermine la flexibilité des femmes.

Trois types de changements principaux ont été relevés :

1. Transfert de soignant ou de lieu : Un changement fut dans certains cas positif et parfois négatif. Particulièrement pour celles qui ont dû être suivies par un obstétricien pour la suite de la prise en charge.

Plus les changements se sont révélés drastiques et n'offrant aucun contrôle aux femmes, plus les effets ont été dévastateurs.

2. Gestion de la douleur : L'approche de la gestion de la douleur était très diverse. Certaines femmes étaient initialement ouvertes à plusieurs techniques et d'autres fermées à toute gestion médicalisée de la douleur.

Il y a eu trois types de circonstances qui ont entraîné un changement de la gestion de la douleur qui était initialement prévue dans le projet de naissance :

- a. Acceptation volontaire d'un moyen de soulagement, plus ou moins encouragé par le soignant
- b. Transfert de la maison à l'hôpital pour une provocation/stimulation entraînant souvent une péridurale.
- c. Césarienne

De manière générale, **lorsqu'un grand changement est apporté à ce qui était prévu comme gestion de la douleur, les participantes ont eu de la peine à gérer ce changement et par-dessus tout, ont eu une expérience plutôt négative.**

3. Séjour à l'hôpital : Pour les femmes qui n'avaient initialement pas prévu d'être ou de rester à l'hôpital après l'accouchement, l'expérience n'a pas été positive. Le facteur commun des différentes situations est le **changement drastique de leur projet de naissance initial.**

Pour résumer, l'existence d'un projet de naissance, bien qu'utile, ne semble pas essentielle pour les participantes.

Les femmes ayant un projet de naissance flexible ont ressenti avoir une plus grande place à la négociation durant le travail et l'accouchement.

Les femmes se sentant soutenues dans les prises de décision et qui ont ressenti de la confiance envers les soignants montrent une expérience de l'accouchement plus positive.

Deux facteurs sont reliés à l'impact d'un changement au projet de naissance : le degré de changement qui a lieu, et le sens du contrôle que la femme peut garder.

Conclusion

Cette étude montre un aperçu de l'expérience de l'accouchement de quinze femmes entre 2009 et 2010 en Ontario. Les résultats ont le potentiel d'impacter le niveau et la qualité des soins qui sont offerts aux femmes de la région.

L'expérience des femmes dans cette étude fut analysée selon les concepts du choix et du sens du contrôle plutôt que sur des interventions ou la présence de soignants.

Les auteures recommandent que chaque personne accompagnant une femme en travail la soutienne dans sa prise de décision éclairée. Cela peut déjà être fait en consultation durant la grossesse et perdure au long du post-partum.

Il est important que la femme reste au centre de la prise en charge, et qu'elle soit bien soutenue dans sa prise de décision.

7.1.2 Analyse critique

Cette étude a été réalisée par des auteures provenant du domaine de la psychologie. Ce domaine est un des champs d'expertise que nous avons sélectionnés dans nos recherches d'articles. Les auteures ont publié dans le journal officiel de l'association Lamaze, qui est un pilier dans l'éducation prénatale et l'accompagnement individuel des parents. Son « impact factor » n'est cependant pas connu. Il aurait été intéressant d'avoir une sage-femme dans leur équipe de recherche, afin qu'elle puisse apporter un regard pratique et concret sur les choix des femmes et leurs impacts sur l'accouchement.

Concernant le devis d'étude, il nous semble adapté. En effet, la phénoménologie « est une démarche visant à comprendre un phénomène, à en saisir l'essence du point de vue des personnes qui en font ou en ont fait l'expérience » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 204). L'objectif des auteures était de comprendre le point de vue des femmes ayant fait des choix pour leur accouchement.

Concernant l'éthique, il nous semble qu'il manque des informations afin de pouvoir être sûres que l'étude s'est déroulée de manière correcte. On ne sait pas si un consentement a été obtenu auprès des participantes. A la lecture de l'article, nous pouvons cependant conclure que les participantes ont probablement tiré plus d'avantages que d'inconvénients à leur participation. Il ne semble pas qu'elles aient subi de préjudice. Le consentement du comité d'éthique a été obtenu et l'anonymat des participantes a été respecté.

Le projet de naissance en lui-même est défini de manière assez simple. Il est en quelques points similaires à notre propre définition. Cependant il manque selon nous un apport d'information concernant la réalisation du projet. Pour rappel, dans notre définition, nous avons mis l'accent sur la réalisation avec une sage-femme de manière continue, flexible, impliquant le partenaire et écrit de manière libre sans question particulière. Une définition précise nous semble primordiale lors de l'évaluation d'un outil.

Une principale limite de cette étude, soulignée par les auteures, est la taille de l'échantillon. En effet, un échantillon de quinze femmes ne nous semble pas représentatif. De plus, ces femmes proviennent de la même région de Waterloo et donc le contexte est identique pour les participantes.

Les femmes se sont volontairement portées bénévoles pour participer à l'étude, elles étaient donc toutes intéressées par le domaine et il s'agit selon nous d'un facteur de confusion. Elles provenaient toutes d'une même association de promotion de l'allaitement et partagent donc certaines mêmes valeurs. Cela nous semble donc être un biais. Cette méthode d'échantillonnage non probabiliste ne rend pas compte de la représentativité de l'échantillon réduisant ainsi la possibilité de généraliser les résultats (Fortin & Gagnon, 2016).

Une forte limite est l'absence de connaissance des caractéristiques sociodémographiques des participantes dans l'étude. Il nous semblerait essentiel de pouvoir connaître par exemple le pourcentage ayant ou non réalisé un projet de naissance. De plus, la parité, l'âge, la date de l'accouchement semblent être des éléments qui pourraient influencer les réponses et devraient alors être intégrés.

L'analyse de l'expérience des femmes s'est faite dans les deux premières années à la suite de leur accouchement. Cela signifie que les expériences des femmes ont été regroupées, qu'elles soient à trois semaines post-partum ou à deux ans. Nous avons effectivement défini dans notre cadre de référence que l'expérience de l'accouchement a un impact à plus ou moins long terme. Mais la limite qu'il nous semble importante de relever est que les femmes n'ont pas été divisées selon leurs caractéristiques dans l'analyse des résultats. Il nous semble qu'une femme a généralement un vécu différent juste après son accouchement ou quelques mois après. Cela pourrait être alors un biais à cette étude.

La récolte par entretien est une technique de récolte de données principale pour les études qualitatives phénoménologiques. Cette récolte peut se faire par des entretiens non dirigés ou semi-dirigés. Dans notre étude, ce fut des entretiens semi-dirigés. Il aurait été possible de faire de manière non dirigée, mais l'apport des thèmes principaux apporte une certitude aux chercheurs d'avoir les données recherchées.

Durant tout le processus de l'étude, les auteures ont tenu un journal détaillé jour après jour permettant de retracer toute l'étude dans les détails. Ce point nous paraît très important et utile, par exemple dans le cadre de la reproductibilité de l'étude. Cet outil semble pertinent. Il permet aussi aux auteures de prendre du recul quotidiennement sur l'évolution et le déroulement de l'étude. Celui-ci n'est cependant pas disponible

Concernant les résultats, il semble que deux points sont les plus importants pour les femmes lors de la réalisation d'un projet de naissance : les personnes de soutien, et les informations reçues. La notion de personne se rapporte, ainsi que nous l'avions décrit dans le cadre de référence, comme étant une attente principale des femmes. Le soutien est important, qu'il soit de la part du conjoint mais aussi du soignant. La notion d'information reprend également le thème de notre cadre de référence qui se rapporte au choix éclairé. Ces deux notions valident donc le cadre de référence que nous avons réalisé et permettent d'en soulever une première conclusion pour notre travail.

Lors d'un changement apporté au projet de naissance initial (que ce soit concernant le lieu, le soignant, la méthode de soulagement de la douleur, le séjour post-partum), l'impact est de manière globale plutôt négatif. Il semble provoquer de la frustration. Or, dans notre définition du projet de naissance, nous avons souligné l'importance de la flexibilité et du rôle du soignant d'informer du caractère imprévisible de l'accouchement et des autres options qui pourraient arriver. Il nous aurait donc semblé important de pouvoir savoir comment leur projet de naissance a été fait dans cette étude pour savoir comment faire le lien avec une possible frustration.

Les citations présentées dans l'étude représentent bien les résultats principaux.

En résumé, les auteures concluent que le projet de naissance ne semble pas essentiel pour les femmes. Cependant l'importance du soutien et de l'information serait primordial dans la préparation de la femme à son accouchement. A nouveau, pour arriver à cette conclusion, nous aurions voulu avoir plus d'informations sur la construction du projet de naissance. Tel que nous le définissons, il semble tout de même bien différent du projet décrit dans cette étude en quelques lignes.

La notion de construction avec une sage-femme, de manière flexible, continue, permettant un apport d'informations sur l'imprévisibilité sont, selon nous, les plus importantes pour éviter une rigidité et donc une frustration.

Nous n'avons pas d'information quant au contexte dans lequel se déroule l'étude. Ce manque ne nous permet pas pleinement de prendre position quant à sa généralisation. Cependant, nous pensons que la discussion de cette étude est fortement intéressante. Les deux notions principales de soutien et d'informations reçues confirment notre cadre de référence. Il est du rôle de chaque sage-femme de prodiguer des soins centrés sur les besoins des femmes, qu'elle utilise un projet de naissance ou non.

7.2 Article 2

Aragon, M. & Choa, E. (2013). Perspectives of Expectant Women and Health Care Providers on Birth Plans. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(11), 979-985.

Niveau de preuve 4C

7.2.1 Résumé

Auteurs

Melissa Aragon travaille dans le département de médecine familiale à l'Université de Colombie-Britannique au Canada. Les auteures étaient étudiantes en faculté de médecine lorsque l'étude a été réalisée.

Contexte et but de l'article

Elle et son équipe ont réalisé une revue de littérature des études précédentes concernant les projets de naissance. Elles ont remarqué que les résultats sont assez contradictoires quant à leur efficacité sur l'effet positif ou négatif sur le travail et l'accouchement.

L'étude vise à explorer les attitudes et perceptions des femmes enceintes ou ayant accouché, et de leur soignant, en regard de l'utilisation des projets de naissance. Elle vise également à souligner les points les plus importants que devrait contenir un projet de naissance selon les participants.

Définition du projet de naissance

Le projet de naissance tel qu'elles le définissent est un document détaillant les préférences et attentes de la femme concernant le management, les soins du nouveau-né, la conduite en cas d'urgence, et les considérations culturelles autour de son accouchement. Son but est d'améliorer la satisfaction des femmes (travail et accouchement) en promouvant leur participation, l'information éclairée, et l'empowerment.

Concernant le contexte, au Canada les futures mamans peuvent choisir d'être suivies par des médecins de famille, des obstétriciens ou des sages-femmes. Les femmes peuvent aussi choisir d'être accompagnée par une doula. Les projets de naissance sont parfois distribués par les soignants ou la future maman peut les trouver sur internet.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude quantitative transversale.

Le questionnaire transversal a été distribué entre janvier et mars 2012 à un échantillon de 122 femmes enceintes ou ayant accouché, de 110 soignants et de « personnes de soutien » au travers de réseaux sociaux sur le thème de la naissance. Les questionnaires ont été mis à disposition en ligne et étaient

ensuite récoltés via Google Docs. Les données ont alors été regroupées par les chercheurs et classifiées selon les thèmes principaux d'un commun accord entre les auteures.

Concernant l'éthique de la recherche, l'article ne donne pratiquement aucune information à ce sujet. La seule considération mentionnée concerne le respect de la confidentialité : il est précisé que les questionnaires étaient anonymes.

Aussi, il est mentionné que l'étude a été soutenue par le *Family Practice Initiative Fund* qui a pour but d'améliorer la satisfaction et les pratiques des médecins de famille (Division of Family Practice, 2016).

Résultats primaires

Les résultats présentés sont variés. Deux bénéfices majeurs des projets de naissance ont été reportés. 53% des femmes et 57% des soignants ont décrit qu'il s'agissait d'un **outil de communication**, permettant à chacun de comprendre les attentes des femmes.

Deuxièmement, 47% des femmes et 41% des soignants ont indiqué que c'était un outil utile durant la préparation à la naissance. Les femmes peuvent en retirer des **connaissances** afin de les aider à considérer des options.

Ensuite, 53% des femmes et 47% des soignants ont rapporté que le principal désavantage serait la **déception** lorsque cela ne se passe pas comme prévu. 30% des femmes et 26% des soignants ont exprimé que le projet de naissance pourrait amener à une inflexibilité et une rigidité, qui peuvent être potentiellement mauvais.

Concernant la composition des projets de naissance, l'item principal concernait la gestion de la douleur (présent dans 59% des projets), suivi du choix du soignant (présent dans 42%).

Résultats secondaires

D'autres résultats additionnels ont été reportés : 18% des femmes et 20% des soignants soulignent que cela améliore l'autonomie et l'information éclairée.

20% des femmes et 4% des soignants soulèvent que le projet aide les futures mamans à avoir une vision positive de l'accouchement.

19% des femmes et 9% des soignants soulèvent que cela aide les femmes à se sentir en contrôle. Mais 29% des femmes et 14% des soignants pensent le contraire.

Seulement 4% des soignants ont déclaré ne pas trouver d'utilité à l'utilisation d'un projet de naissance.

Conclusion

Le résultat de cette étude montre que l'utilisation d'un **projet de naissance peut améliorer l'expérience du travail et de l'accouchement si la femme peut comprendre que certaines circonstances sont inconnues et que le projet peut ne pas être respecté en entier.**

De plus, le succès d'un projet de naissance dépend de la **communication** ouverte entre le soignant et la femme, et de l'environnement propice à une information complète.

Les auteures suggèrent que le projet de naissance pourrait être un outil utilisé pour améliorer la continuité des soins, et informer la femme de l'imprévisibilité de l'accouchement. Cet outil devrait être évolutif dans le temps.

Les auteures suggèrent que le terme « projet de naissance » pourrait être remplacé par le terme « guide de naissance ».

7.2.2 Analyse critique

Les trois auteures principales sont étudiantes en Faculté de Médecine lorsque l'étude a été menée. Il s'agit probablement d'un travail d'étude. Par conséquent, on peut penser que certains biais sont dus à un manque d'expérience. Aussi, les auteurs sont issus du domaine médical et pas du domaine de la psychologie ou des sciences sage-femme. Leur point de vue explique peut-être l'approche quantitative du sujet plutôt que qualitative, malgré la nature de l'étude. Il n'y a pas d'information concernant les deux autres auteures et leur rôle dans la conduite de l'étude, il s'agit peut-être des directrices de mémoire.

Concernant l'éthique, il nous semble qu'il manque des informations afin de pouvoir être sûres que l'étude s'est déroulée de manière correcte. On ne sait pas si l'étude a reçu l'approbation d'un comité d'éthique, ni si un consentement a été obtenu auprès des participantes. A la lecture de l'article, nous pouvons cependant conclure que les participantes ont probablement tiré plus d'avantages que d'inconvénients à leur participation. Il ne semble pas qu'elles aient subi de préjudices. Leur anonymat a été respecté.

Selon nous, un problème central de cette étude est qu'elle est faite sur la base de projet de naissance de type « modèle à remplir ». Pourtant, comme nous l'avons expliqué plus haut, l'outil peut varier énormément dans sa forme et dans son élaboration et donc aussi ses conséquences. Dans le cas présent, le projet de naissance tel qu'élaboré par les auteures, **ne correspond pas au projet de naissance tel que nous l'avons défini.** Nous pensons que les projets de naissance à remplir par la

femme n'ont sans doute pas les mêmes avantages ou inconvénients que ceux qui s'élaborent de manière continue en partenariat avec une sage-femme. Dès lors, ils n'ont probablement pas le même impact sur l'expérience des femmes lors de leur accouchement.

L'autre biais important que nous avons relevé concerne **l'échantillon**. Il s'agit d'un échantillon de commodité constitué de femmes enceintes ou ayant accouché ainsi que de soignants (infirmière, médecin généraliste, sage-femme, obstétricien, doula). Nous ne comprenons pas pourquoi des femmes enceintes ont été incluses à l'étude. En effet, l'étude vise à évaluer le point de vue des femmes à l'égard de l'utilisation du projet de naissance durant l'accouchement. Mais comment les femmes enceintes qui n'ont pas encore expérimenté leur accouchement peuvent s'exprimer sur cette question ? D'autre part, du côté des soignants, la plupart des participants sont des infirmières et des médecins de famille alors même que la majorité des femmes disent avoir accouché avec des sages-femmes. Nous aurions trouvé plus pertinent d'avoir principalement le point de vue des sages-femmes qui ont accompagné les femmes durant l'accouchement. Finalement, la méthode de recrutement n'a pas permis d'obtenir un panel diversifié de participants puisque le questionnaire était disponible en ligne sur un groupe Facebook spécifique sur les Sages-femmes de Colombie Britannique et non à plusieurs endroits, ce qui aurait permis une population différente.

Les auteures ont dû interpréter les données et créer des catégories. Comme le rappelle Fortin (2016), lors d'étude qualitative phénoménologique, les auteures utilisent des procédures d'analyse qui leur permettent d'interpréter les données. C'est l'élaboration des catégories qui est pour les chercheurs l'étape la plus difficile mais la plus créative. Cependant, il nous semble alors difficile de comprendre la présentation des résultats uniquement en pourcentages et en statistiques. Cela nous semble être une présentation de résultats de type quantitatif.

En plus, le traitement des résultats soulève quelques critiques. L'objectif de l'étude a pour but « de comprendre les points de vue des femmes, des fournisseurs de soins et des « personnes de soutien » à l'égard de l'utilisation de plans d'accouchement » (p. 979). Mais au final, les auteures listent les avantages et les inconvénients de l'utilisation d'un projet de naissance et les thèmes principaux qu'un projet de naissance devraient contenir. Les résultats sont bruts, sans mise en perspectives, et ne permettent pas d'analyse. Il n'y a pas d'évaluation de la significativité par exemple. Les résultats sont uniquement exprimés en pourcentage sans grande interprétation. Cela donne très peu de perception des résultats globaux des questionnaires. Il est difficile de comprendre le point de vue général.

Finalement, nous avons trouvé qu'il y a un décalage entre la problématique avancée, la finalité de l'étude et les conclusions. D'abord, les auteures partent du problème de la présence d'études

controversées sur l'effet positif ou négatif des projets de naissance sur le travail et l'accouchement. Puis, leur recherche met en évidence des inconvénients et des avantages de l'utilisation du projet de naissance selon les femmes et les soignants ainsi que les thèmes centraux que devraient contenir le projet de naissance. Enfin, dans la discussion, elles en déduisent que le projet de naissance peut améliorer l'expérience du travail et de l'accouchement dans certaines conditions. Mais l'étude ne démontre rien en soi. Il n'y a pas de preuve appuyée sur des résultats.

Néanmoins, leur étude a le mérite de mettre en évidence les sujets qui semblent important à aborder dans un projet de naissance, tant pour les femmes que pour les soignants. Aussi, l'étude soulève un autre point qui nous a semblé important : les inconvénients sont principalement liés à un manque de flexibilité et un manque d'information quant aux événements inattendus qui entraînent un sentiment de perte de contrôle et de déception.

Concernant la généralisation à notre contexte, il nous semble que les soins de maternité au Canada ressemblent à ceux en Suisse. La femme peut choisir d'être suivie par un médecin ou par une sage-femme. Ce contexte nous permet de pouvoir en partie reproduire les résultats, par exemple dans l'accompagnement en prénatal de ces femmes. Les auteures suggèrent qu'il est important, pour que le projet soit efficace, que la femme soit consciente de l'imprévisibilité de l'accouchement. Ce concept est important à aborder en suivi prénatal. Il est du rôle de la sage-femme d'amener ces informations et de préparer la femme à plusieurs éventualités.

7.3 Article 3

Lundgren, I., Berg, M., & Lindmark, G. (2003). Is the childbirth experience improved by a birth plan? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(5), 322328.

Niveau de preuve 2B

7.3.1 Résumé

Auteurs

La première auteure, Ingela Lundgren est infirmière-sage-femme (doctorat), elle est professeur associée à la faculté des sages-femmes à l'Université de Göteborg en Suède. Elle a collaboré avec une autre infirmière sage-femme et une obstétricienne.

Les domaines de recherche des autres auteures sont, pour l'une, le vécu de l'accouchement pour les femmes ayant des grossesses à risque et pour l'autre, le management de la santé materno-infantile en Suède et dans les pays en voie de développement.

Contexte et but de l'article

En Suède, les auteures soulèvent que les soins de maternité sont exemplaires, principalement en raison de leur gratuité. Les sages-femmes prennent en charge les suivis de grossesse physiologiques ainsi que le travail et l'accouchement. Cependant, en raison des horaires des hôpitaux, cela peut engendrer une discontinuité dans la prise en charge des femmes.

L'étude se déroule dans la région de Göteborg en Suède, dans une grande maternité.

Les auteures sont parties du postulat que l'expérience de l'accouchement a de multiples impacts dans la vie de la femme. L'étude vise à évaluer les effets de la création et de l'utilisation d'un projet de naissance durant la fin de la grossesse sur l'impact global de l'expérience de la naissance. Les auteures se sont également demandé si les améliorations de l'expérience grâce au projet de naissance seraient dépendantes de la classe socioéconomique des femmes.

Définition du projet de naissance

Le projet de naissance tel que décrit par les auteures se centre sur la relation entre la femme et la sage-femme, et a pour but d'offrir un sentiment de contrôle pour la femme envers les événements et les pratiques durant l'accouchement. Le projet leur offre des options à considérer au préalable de l'accouchement, et les choix qu'elles pourraient avoir.

Le format peut être variable, par exemple entre check-list ou un format plus ouvert avec des thèmes principaux.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude quantitative transverse comparative non randomisée.

Entre avril et août 2000, 271 femmes ayant accouché dans l'hôpital et ayant reçu les soins standard ont été recrutées comme groupe contrôle. Entre novembre 2000 et juillet 2001, 271 femmes ont été recrutées pour participer à l'étude selon des critères définis (dès 33SA, sans césarienne programmée, avec une bonne compréhension et écriture du suédois).

Les données ont été récoltées au travers de questionnaires. Ces questionnaires ont été créés suite aux résultats de cinq études qualitatives sur l'expérience des femmes durant la grossesse et l'accouchement

Ils contenaient cinq catégories : relation avec la sage-femme/médecin/partenaire, peur de l'accouchement, douleur durant l'accouchement, sens du contrôle, et inquiétudes pour l'enfant. L'échelle va de 1 à 6, les questions sont en partie fermées et en partie ouvertes.

Le projet de naissance réalisé comprend ces mêmes cinq catégories + une dernière "autres besoins et souhaits".

Dans le groupe contrôle, un questionnaire en post-partum leur a été distribué. Dans le groupe d'intervention, elles ont reçu un questionnaire avant l'accouchement par une sage-femme, qu'elles ont rempli à la maison. Elles ont ensuite créé un projet de naissance avec une sage-femme sur la base de ce questionnaire. A l'admission à l'hôpital, le projet est donné en salle d'accouchement à la sage-femme (qui a été au préalable formée pour utiliser un projet de naissance). Après une semaine post-partum, les femmes reçoivent un autre questionnaire à remplir.

L'analyse des résultats des questionnaires post-partum s'est faite à l'aide d'un logiciel (SPSS 10.0). Un programme de cross-tabulation a été utilisé pour les calculs du chi², et la valeur de signification p a été définie à <0.05. Uniquement les résultats avec les notes de 1 et 2, ainsi que 5 et 6 ont été pris en compte. Tous les résultats moyens n'ont pas été gardés.

Concernant l'éthique de la recherche, l'article ne donne que très peu d'information à ce sujet. Nous savons qu'un consentement éclairé écrit a été récolté pour chaque participante. La confidentialité aurait aussi été respectée. Aussi, il est mentionné que l'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'hôpital.

Résultats primaires

Les femmes ayant utilisé un projet de naissance ont significativement des moins bons scores dans quatre des huit catégories qui concernent la relation avec la sage-femme ($p < 0.05$).

Il n'y a pas eu de différence significative entre les groupes pour ces catégories : peur de l'accouchement, douleur, sens du contrôle, inquiétudes concernant l'enfant et l'expérience globale.

Résultats secondaires

L'hypothèse concernant l'utilisation plus bénéfique du projet de naissance pour les femmes à haut niveau socio-économique est aussi rejetée.

Conclusion

Cette étude démontre qu'il n'y a pas d'amélioration de l'expérience de la naissance avec l'utilisation d'un projet de naissance. Certains aspects des soins sage-femme ont même été moins satisfaisants pour le groupe d'intervention.

Les auteures rappellent que les sages-femmes prodiguent déjà des soins d'excellente qualité, et qu'elles sont douées pour la relation avec les femmes. Cela expliquerait selon elles pourquoi un projet de naissance n'apporterait pas d'amélioration.

Les auteures font une nouvelle hypothèse : les projets de naissance amèneraient les femmes à répondre à des questions auxquelles elles ne se sont pas préparées à répondre.

Les auteures se demandent également si la création d'un projet de naissance n'altérerait pas la rencontre entre la femme et la sage-femme, qui est alors plus concentrée sur le projet que sur la femme.

7.3.2 Analyse critique

Le premier point positif que nous avons soulevé de cette étude est qu'elle a été réalisée par des sages-femmes, et que l'article est publié dans une revue sage-femme. Leurs domaines de travail et de recherches touchent aux concepts de notre cadre de recherche (vécu des femmes, vécu lors de grossesse à risque, évaluation des programmes de santé materno-infantile).

Concernant l'éthique, l'article semble assez complet. Un consentement a été obtenu du comité d'éthique. Le consentement écrit des participantes a également été obtenu. Toutes leurs données ont été traitées de manière confidentielles. A la lecture de l'article, nous pouvons cependant conclure que les participantes ont probablement tiré plus d'avantages que d'inconvénients à leur participation. Il ne semble pas qu'elles aient subi de préjudices.

L'article date de 2003. Nous sommes conscientes que cet article est un peu daté, mais nous avons décidé de le garder en regard du contexte sanitaire du pays. En effet, en 2003, le système de santé, autour la maternité, est fortement développé. Les sages-femmes sont autonomes dans la prise en

charge des grossesses physiologiques. Ce contexte nous permet de pouvoir mettre en lien l'utilité d'un projet de naissance selon le contexte préexistant des soins de maternité.

Le questionnaire utilisé en prénatal contient vingt-huit phrases types auxquelles les femmes répondent selon leur degré d'accord. Il s'agit de questions de type fermées et donc n'offre que peu l'opportunité aux femmes d'exprimer leur ressenti. Heureusement, trois questions sont ouvertes mais cela nous semble peu en regard des vingt-huit questions fermées. Les données concernant des émotions, des ressentis, une expérience sont des données de nature qualitative, et cela nous semble restrictif de les catégoriser comme cela a été fait.

Toujours concernant ces questionnaires, il nous semble qu'il manque les éléments qui nous intéressent pour l'accouchement : par exemple le choix de gestion de l'accouchement, les soins désirés ou non, la position, l'environnement, etc. peut-être que ces notions ont été abordées, mais elles n'apparaissent pas.

Le projet de naissance donné dans cette étude n'est pas précisément décrit. Il s'agit d'un document réalisé par écrit par la femme avec une sage-femme durant sa grossesse et qui est amené à la maternité pour son accouchement. Les points de notre définition qui nous semblent manquants sont principalement le processus continu de la réalisation d'un projet. La reprise du projet avec la sage-femme sur plusieurs consultations nous semble important, car il permet une réflexion, un changement dans les choix, et une information éclairée plus importante. Le père n'apparaît pas non plus, il nous semble cependant primordial que le projet de naissance soit un outil de communication entre les deux partenaires.

Il semble que la sage-femme en salle d'accouchement soit formée à l'utilisation d'un projet de naissance dans sa prise en charge. Ce point nous paraît très intéressant cependant il n'est pas du tout développé. Cela aurait pu nous apporter un point supplémentaire dans l'interprétation des résultats et l'utilisation du projet de naissance.

Dans cette étude, il n'y a pas de notion de calcul de l'échantillon. La taille est importante et permet donc d'avoir une grande variété dans la population. Le point d'interrogation que nous avons concerne le recrutement en deux phases du groupe contrôle, puis du groupe d'intervention.

L'analyse des données semble cohérente, les calculs significatifs sont présentés. Cependant, dans l'analyse des résultats, il n'existe pas d'ajustement selon les caractéristiques des participantes.

Les auteures concluent que l'utilisation d'un projet de naissance ne semble pas améliorer l'expérience des femmes. Or, selon notre point de vue, cette conclusion ne se base donc que sur les points qui concernent la relation avec la sage-femme. Les résultats quant à l'expérience globale, le sens du contrôle, la gestion de la douleur ou la peur ne sont pas significatifs.

L'interprétation que nous faisons de ces résultats se base sur le contexte sanitaire de la maternité présent en Suède. Pour rappel, les sages-femmes gèrent les suivis et les accouchements des grossesses physiologiques. Cependant dû aux rotations des horaires, il y a parfois tout de même une perte de continuité dans les prises en charge. Leur hypothèse était que le projet de naissance pourrait favoriser en un sens une continuité. Cependant, il semblerait, selon les auteures, que l'apport d'un projet de naissance pourrait donc venir plutôt interférer dans les soins de la sage-femme et ne serait pas un outil utile.

Concernant la généralisation de l'étude à notre contexte, il pourrait se rattacher à la pratique des sages-femmes indépendantes ou en maison de naissance, qui apportent déjà des soins de qualité et un suivi continu aux couples. Cela est intéressant vu que ces lieux sont justement à Genève où le projet de naissance est créé et abordé avec les couples.

7.4 Article 4

Mei, J. Y., Afshar, Y., Gregory, K. D., Kilpatrick, S. J., & Esakoff, T. F. (2016). Birth Plans : What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 43(2), 144150

Niveau de preuve 4C

7.4.1 Résumé

Auteurs

Jenny Y. Mei est étudiante en médecine à l'Université de Californie. Yalda Adshar est résidente en médecine en obstétrique et gynécologie, Kimberly Gregory est professeur et vice-présidente du département pour l'amélioration des soins de la santé des femmes, Sarah Kilpatrick est présidente du département de Gynécologie-Obstétrique du centre médical Cedars-Sinai, et Tania Eskoff est professeure assistante du département d'obstétrique et gynécologie du centre médical Cedars-Sinai.

Contexte et but de l'article

Les auteures sont parties des résultats mitigés des études précédemment réalisées au sujet des projets de naissance. Elles ont souligné la pauvreté des preuves de l'utilisation de ce dernier.

L'objectif principal de l'étude est de catégoriser chaque item qui apparaît dans les projets de naissance, sa fréquence, le nombre d'item par projet, et de compter lesquels sont comblés.

Le deuxième objectif est de déterminer si le nombre d'item et leur achèvement sont corrélés avec la satisfaction de l'expérience de l'accouchement.

Définition du projet de naissance

Selon les auteures, il s'agit d'un document créé avant ou durant la grossesse qui vise à aider la femme à déterminer ses valeurs, à être informées des options, et à développer une liste de critères pour l'aider à avoir plus de contrôle sur son accouchement et pour faciliter la communication avec les soignants. Il devrait être partagé avec les professionnels afin d'améliorer les interactions avec ceux-ci.

Les auteures soulèvent la notion "floue" du projet : il n'y a pas de processus clairement décrit pour créer un projet, il en existe une forte hétérogénéité.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude quantitative transversale issue d'une étude de cohorte prospective réalisée antérieurement qui a pour but d'analyser les effets des projets de naissance sur les issues obstétricales et la satisfaction de l'accouchement. Cette sub-analyse a été faite afin de quantifier et d'analyser

qualitativement la satisfaction de l'accouchement, en prenant de la distance quant aux résultats binaires trouvés dans la première étude.

Le recrutement s'est fait dans un hôpital tertiaire, en unité de naissance. Ils ont intégré 109 femmes ayant créé un projet de naissance.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : au moins 34SA, grossesse unique, fœtus en présentation céphalique, avec un accouchement voie basse programmé et un projet de naissance déjà préparé. Les femmes ont été recrutées à leur arrivée en salle d'accouchement. Leur projet de naissance a été copié. La gestion de l'accouchement était ensuite laissée entre les mains du médecin.

Les chercheurs ont lu et étudié chaque projet. Ils ont fait une liste de chaque élément et l'ont entré dans une base de donnée. Le nombre total d'item est enregistré. A cause des manques d'informations dans les dossiers, seulement huit points spécifiques ont été enregistrés dans la base de donnée (analgésie intraveineuse, péridurale, ocytocine, épisiotomie, rupture artificielle, instrumentation, érythromycine et vitamine K pour le bébé). Les chercheurs ont calculé le nombre de fois qu'un item apparaissait, et le pourcentage de projet de naissance dans lequel il apparaissait. Ils ont utilisé un outil de régression logistique et ont calculé les intervalles de confiance et l'odd ratio.

Après l'accouchement, chaque femme a rempli à l'hôpital un questionnaire de satisfaction (affirmations à évaluer sur une échelle de 1 à 6) leur demandant d'évaluer leur expérience à trois niveaux : sentiment de satisfaction générale, attentes achevées, sentiment de contrôle. Seulement 94 femmes ont rempli le questionnaire post-partum.

Un outil de corrélation de rang a été utilisé pour évaluer comment le nombre total d'items et leur achèvement sont corrélés avec les trois mesures de satisfaction de l'expérience de l'accouchement. La régression logistique a été utilisée pour le risque relatif concernant la satisfaction.

L'analyse statistique a été faite avec deux logiciels (SPSS, et SAS).

Concernant l'éthique, très peu d'informations sont données. On sait qu'un consentement écrit a été obtenu des participantes. Il est indiqué que les auteures n'ont reporté aucun conflit d'intérêt. Aucun soutien financier n'a été perçu.

Résultats

Au total, vingt-trois items avaient été identifiés dans les projets de naissance, avec une moyenne de dix items par projet. Au vu des limitations dans les dossiers médicaux, seulement huit des vingt-trois items ont été analysés dans cette étude, soit 30%.

Les recherches ont validé leur hypothèse qu'un **haut pourcentage d'items comblés impacterait positivement la satisfaction de l'expérience de l'accouchement** ($p=0.03$), le sentiment que leurs attentes sont comblées ($p<0.01$) et leur sentiment d'être en contrôle ($p<0.01$).

Il semblerait que l'indication de ne pas vouloir une intervention diminuerait significativement la chance de l'avoir tout de même, comme pour l'érythromycine (OR=0.02, p=0.00) ou la vitamine K (OR=0.05, p=0.00).

Finalement, avoir un nombre élevé d'attente est associé à 80% de réduction de la satisfaction globale de l'accouchement (p=<0.01).

Conclusion

La recherche a validé leur hypothèse qu'un haut pourcentage d'items comblés impacterait positivement la satisfaction de l'expérience de l'accouchement.

La satisfaction générale est négativement impactée par un nombre trop important de demandes.

Cette étude permet d'amener une nouvelle vision des projets de naissance et leur impact sur l'expérience de l'accouchement. Etant donné les résultats, il pourrait être intéressant de créer et d'implanter des projets de naissances dans les institutions. En Ecosse, l'utilisation des projets de naissance est intégrée au dossier médicalisé et utilisé de manière commune. Tout comme certains lieux aux USA.

7.4.2 Analyse critique

Les auteures de l'étude sont toutes issues du domaine médical. Il n'y a pas de représentant des domaines des soins sage-femme ou de la psychologie. Ceci laisse présager une approche orientée plutôt biomédicale.

Concernant l'éthique, il nous semble qu'il manque des informations afin de pouvoir être sûres que l'étude s'est déroulée de manière correcte. On ne sait pas si un consentement a été obtenu auprès d'un comité. Nous savons cependant que la confidentialité des dossiers médicaux a été respectée. A la lecture de l'article, nous pouvons conclure que les participantes ont probablement tiré plus d'avantages que d'inconvénients à leur participation. Il ne semble pas qu'elles aient subi de préjudices.

Une fois encore, le projet de naissance n'est pas précisément défini. La notion d'élaboration continue en partenariat avec une sage-femme en intégrant le conjoint n'est pas une condition retenue. Certains projets de naissance sont même repris sur internet. Nous pensons que l'impact de ces différentes formes de projet de naissance sera forcément différent.

Dans cette étude, l'échantillonnage s'est effectué par convenance. Bien que l'échantillon soit issu d'un grand hôpital accueillant une population de femmes très différentes, l'échantillon est de petite taille (n = 109) et tous les sujets ont été recrutés dans un seul et même lieu (un centre hospitalier

urbain de niveau tertiaire). Cette méthode d'échantillonnage non probabiliste ne rend pas compte de la représentativité de l'échantillon réduisant ainsi la possibilité de généraliser les résultats (Fortin & Gagnon, 2016).

Le plus gros biais de cette étude, selon nous mais également identifié par les auteures, provient de la méthode. Seulement huit des vingt-trois attentes identifiées ont pu être évaluées. En se basant sur les dossiers médicaux pour relever quelles attentes ont été comblées et quelles autres n'ont pas pu être respectées, l'étude ne s'est penchée que sur 30% des items et uniquement sur des considérations très médicales telles que la *pose de péridurale* ou *l'instrumentation*. Les attentes touchant davantage les besoins des femmes comme le *maximum de mobilisation* ou *l'intimité* n'ont pas été évaluées ou ont simplement été mises de côté. Par conséquent, nous trouvons que les deuxièmes résultats qui démontrent que l'expérience globale et le sentiment de contrôle sont améliorés sont quelque peu biaisés. Ces points que nous avons notamment développés dans notre cadre de référence, semblent être des déterminants importants pour l'expérience de l'accouchement de la femme.

Concernant le questionnaire postnatal évaluant leur satisfaction à trois niveaux (satisfaction générale, attentes comblées et le sentiment de contrôle), nous trouvons dommage qu'il ne soit constitué que d'affirmations pour lesquelles la femme répondent par une échelle de jugement. Il n'y a pas de question ouverte permettant aux femmes de s'exprimer librement sur le sujet.

À propos des résultats, les données démographiques sur la population ne sont pas prises en compte. Ceci aurait permis une interprétation plus nuancée des résultats.

Le premier objectif de l'étude ainsi que ses résultats ne sont, selon nous, pas très pertinents. Relever ce qui a été écrit permet uniquement de faire un état des lieux du contenu des projets de naissance, mais cela ne permet pas de voir ce qui aurait pu manquer pour améliorer la satisfaction des femmes. Demander après coup aux femmes quels sujets manqueraient, aurait par exemple été intéressant. Ce que nous pouvons par contre en retirer, c'est que les sujets présents dans les projets de naissances portent principalement sur des considérations médicales et qu'il y a là peut-être un problème dans l'élaboration des projets de naissance. Nous croyons que les femmes devraient être accompagnée à se prononcer sur d'autres sujets tels que leurs préoccupations, leurs émotions et leurs besoins et pas uniquement leurs attentes concernant les interventions possibles. Selon les auteures, avoir trop d'attentes diminuerait la satisfaction globale. Nous pensons que le problème ne vient pas forcément du nombre d'attentes mais plutôt de la nature de celles-ci : sont-elles actualisées et réalistes ? Répondent-elles effectivement aux besoins et préoccupations des femmes ? Sont-elles flexibles et tiennent-elles compte de l'imprévisibilité de l'accouchement ? Le partenariat avec une

sage-femme pour l'élaboration du projet de naissance nous semble également primordial pour informer les femmes des options possibles et les accompagner dans l'identification de leurs besoins.

Le deuxième objectif et ses résultats ne sont pas en lien direct avec notre question de recherche mais ont un intérêt pour notre discussion. Les auteures ont démontré de manière plus ou moins significative que lorsqu'une attente est exprimée dans un projet de naissance, il y a plus de chance qu'elle soit comblée. Ceci nous laisse penser que le projet de naissance permet effectivement aux femmes de mieux faire entendre leur demande.

Nous avons identifié encore une autre limite : les soignants qui ont été présents auprès des femmes pendant le suivi de la grossesse, le travail et l'accouchement n'ont pas nécessairement suivi de formation sur l'élaboration du projet de naissance (son intégration en pratique, l'influence du *sentiment de contrôle* ou de *l'implication des femmes dans les prises de décisions*, l'expérience de l'accouchement,...). Nous croyons que la philosophie et la formation des soignants peut influencer l'utilisation des projets de naissance et donc leur impact sur l'expérience des femmes.

Nous n'avons pas d'information quant au contexte dans lequel se déroule l'étude. Ce manque ne nous permet pas de prendre pleinement position quant à sa généralisation. Cependant, nous trouvons les résultats potentiellement transférables à un hôpital plutôt médicalisé. En effet, offrir une participation à la prise de décision permet aux femmes d'améliorer leur expérience de la naissance. Ce type de lieu médicalisé est généralement basé sur des protocoles, et cette étude pourrait permettre aux sages-femmes d'être en position de prendre en compte davantage les attentes des femmes et les intégrer à leur prise en charge.

7.5 Article 5

Peart, K. (2004). Birth planning — is it beneficial to pregnant women? *Australian Midwifery Journal*, 17(1), 27-29.

Niveau de preuve 4C

7.5.1 Résumé

Auteurs

Kerry Peart est sage-femme et membre honoraire à l'Université de Ballarat en Australie.

Contexte et but de l'article

Dans les années 1990, un certain nombre d'études ont été réalisées dans le pays. Ces études ont permis d'identifier les lacunes et manquements dans les services et ont suggérer des actions. Elles avaient aussi pour but d'offrir un éclairage sur les différentes perspectives des soignants et des patients. Les femmes ont notamment pu exprimer leur non-satisfaction concernant leur prise en charge. Il a été mis en lumière que majoritairement, les maternités adoptaient une approche biomédicale avec peu de prise en considération de la femme. Une des recommandations faites par certaines de ces études est d'utiliser un projet de naissance. Les projets de naissance en Australie ne sont utilisés que depuis une dizaine d'années, avec peu de recul encore sur leur utilisation. L'auteur a souhaité savoir quelle était l'expérience des femmes en Australie dans l'utilisation des projets de naissance.

L'étude s'est déroulée dans plusieurs maternités de la région de Victoria en Australie.

L'objectif de cette étude est d'évaluer le degré de contrôle que les femmes sont capables d'avoir durant leur grossesse et leur accouchement, en analysant leur utilisation du projet de naissance et la prise en compte du projet de naissance par les soignants.

Définition du projet de naissance

Le concept du projet de naissance écrit a été introduit vers la fin des années 1970 en Europe et en Amérique en réponse à la forte médicalisation de l'accouchement.

Jusqu'à maintenant, le projet de naissance n'a pas démontré de contribution significative à l'expérience de l'accouchement pour la femme.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude qualitative phénoménologique.

Des questionnaires ont été distribués à des professionnels de la maternité afin de les distribuer à des femmes ayant eu leur premier enfant, entre six semaines et six mois post-partum. Quarante-deux femmes ont accepté de remplir le questionnaire et d'être interviewées. Environ la moitié avait fait un projet de naissance et l'autre moitié avait verbalisé ses souhaits à son entourage ou au soignant. Deux femmes n'avaient pas du tout préparé de projet.

Les questionnaires contenaient des questions démographiques, mais également des questions concernant leur accouchement et leur degré de satisfaction. L'auteur les a ensuite interviewées à leur domicile durant en moyenne une heure.

L'analyse des données n'est pas décrite. La récolte s'est faite par des entretiens mais il n'est pas indiqué la manière dont l'auteure a analysé les résultats. Il semblerait qu'elle ait regroupé les thèmes principaux (la planification, la forme verbale du projet de naissance, la forme écrite du projet de naissance, ne pas réaliser de projet de naissance).

Cette étude a obtenu une approbation éthique par l'Université de Deakin. Excepté cette information, il n'y a pas d'autres précisions.

Résultats

La moitié des femmes (21) a trouvé inutile d'avoir un projet de naissance et disent même vouloir être prudente à ce sujet quant à un futur accouchement.

L'autre partie de femmes a trouvé utile de réaliser un projet de naissance. Une petite partie (8%) a exprimé vouloir renouveler l'expérience pour une future grossesse.

Une femme a pu exprimer que de mettre sur papier et de le réviser 3-4 fois l'a aidé à se projeter. Cela a aussi aidé son partenaire à savoir ce qu'elle voulait.

Le projet de naissance a été identifié par les femmes comme un outil important de **préparation** à la grossesse et à l'accouchement. Les participantes ont signifié le fait qu'elles pensaient être capables de changer leur projet en cas d'imprévu, ce que les soignants eux ne trouvaient pas possible avec le projet de naissance. Certaines **tensions** sont apparues entre des soignants et les perceptions des femmes quant aux buts du projet de naissance. Certains soignants ne l'ont même pas utilisé.

Le **langage médical** utilisé dans quelques projets de naissance a causé un problème de compréhension pour certaines femmes.

Conclusion

Plusieurs femmes ont exprimé le besoin d'avoir un sentiment de contrôle sur le travail et l'accouchement, et cela ressort lorsque l'on voit que quarante des quarante-deux participantes avaient prévu des points se rapprochant d'un projet de naissance, écrit ou non.

Au cours des entretiens, les femmes ont pu exprimer leur confusion quant au fait qu'elles étaient encouragées à avoir un objectif de ce qu'elles souhaitaient, mais tout en devant rester ouvertes et préparées à autoriser le personnel médical à agir s'ils le jugeaient nécessaire. Elles devaient être en contrôle mais compliantes en même temps.

En conclusion, l'étude montre que le projet de naissance n'a pas de conséquence directe sur l'expérience de l'accouchement.

7.5.2 *Analyse critique*

L'étude est publiée dans un journal qui n'est pas très reconnu et dont l'*impact factor* n'est pas calculé, cela laisse présager d'une étude de moindre qualité. Par contre, l'auteur de l'étude est dans le domaine puisqu'il s'agit d'une sage-femme qui de surcroît est enseignante universitaire.

Concernant l'éthique, il nous semble qu'il manque vraisemblablement des informations. Excepté la notion d'accord du comité d'éthique, il n'y a pas d'autres précisions concernant le recours à un consentement éclairé ou le respect de l'anonymat et de la confidentialité des données récoltées. Mais les participants n'ont vraisemblablement subi aucun préjudice.

La méthode n'est pas clairement expliquée. Le recrutement de même que les critères d'inclusion et d'exclusion ne sont pas énoncés. Les questions du questionnaire ainsi que les échelles d'évaluation ne sont pas détaillées. L'analyse des interviews n'est pas non plus décrite.

Dans cette étude, l'échantillonnage s'est effectué par convenance. Les données démographiques de l'échantillon ont été récoltées au moyen du questionnaire, mais elles n'ont été ni analysées, ni utilisées pour l'interprétation des résultats. Cette méthode d'échantillonnage non probabiliste ne rend pas compte de la représentativité de l'échantillon réduisant ainsi la possibilité de généraliser les résultats (Fortin, 2016). Aussi, l'échantillon est de petite taille ($n = 22$). Cela laisse douter que les chercheurs soient arrivés à saturation des données, on peut penser qu'un échantillon plus important aurait permis d'obtenir d'autres informations amenant une autre compréhension du phénomène à l'étude.

De plus, parmi les 22 participantes ayant utilisé un projet de naissance, dix d'entre elles ont eu recours à un projet de naissance « standard à remplir » et seulement 12 femmes ont écrit elle-même leur projet de naissance. Le projet de naissance n'est pas élaboré en partenariat avec une sage-femme dans un processus continu avec la participation du conjoint tel que nous l'avons défini. Cela nous semble être une des raisons pour lesquelles la conclusion de cette étude est difficilement compréhensible. Nous avons l'impression que l'auteur a uniquement énuméré une série de pourcentage mais sans analyse profonde et interprétation.

Les résultats ne sont presque pas décrits. Les données démographiques des participantes, bien qu'elles aient été recherchées grâce au questionnaire, n'apparaissent pas clairement. Les résultats ne montrent pas non plus que ces données ont été prises en compte dans l'interprétation des résultats.

L'un des thèmes abordé dans le questionnaire est le degré de satisfaction que les femmes ont expérimenté durant la naissance de leur bébé. Mais aucune citation retranscrite ne permet d'avoir une idée de l'expérience de l'accouchement par les femmes ayant eu recours à un projet de naissance. Seules deux citations provenant des femmes ayant utilisé un projet de naissance sont retranscrites dans les résultats ; mais elles concernent leur avis sur le recours au projet de naissance et pas son impact sur l'expérience.

Cette étude ne nous permet donc pas directement de répondre à notre question de recherche. Bien que le niveau de preuve soit très bas, l'étude a le mérite de relever un aspect qui a retenu notre attention notamment pour notre discussion. Il s'agit des raisons énoncées par les femmes pour ne pas avoir utilisé de projet de naissance : pour rester flexible et ouverte d'esprit, parce le jargon médical est incompréhensible et parce que l'accouchement est imprévisible. L'auteur a relevé dans sa discussion les raisons pouvant entraver le recours au projet de naissance : l'imprévisibilité de l'accouchement, le manque de connaissance, le manque de compréhension du processus « technique » durant l'accouchement et le manque de soutien par les soignants pour aider les femmes à identifier leurs besoins. Nous croyons que ces éléments sont importants à prendre en compte lors de l'élaboration du projet de naissance pour que ce dernier remplisse ses objectifs. Ces résultats montrent, selon nous, la nécessité d'élaborer un projet de naissance en partenariat avec une sage-femme. Ces notions seraient aussi importantes à prendre en compte dans tous suivi anténatal, même si un projet de naissance n'est pas réalisé.

7.6 Article 6

Kuo, S.-C., Lin, K.-C., Hsu, C.-H., Yang, C.-C., Chang, M.-Y., Tsao, C.-M., & Lin, L.-C. (2010). Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 806814.

Niveau de preuve : 1A

7.6.1 Résumé

Auteurs

Su-Chen Kuo est infirmière sage-femme, et travaille à l'Institut des Soins Infirmiers et Sages-Femmes à Taipei, Taiwan.

Les autres auteures travaillent à différents endroits : l'école des soins infirmiers de Taipei, l'hôpital Saint-Paul à Taïwan, l'hôpital Chang-Gun à Taipei, l'hôpital Ton Yen General à Taïwan, et l'hôpital général à Taïwan.

Contexte et but de l'article

Les auteures sont partis des postulats connus concernant le projet de naissance : celui-ci peut guider les femmes pour participer dans le processus d'accouchement, et son effet sur le sens du contrôle durant l'accouchement et l'expérience positive reste pour le moment incohérent selon les études.

Le contexte des naissances à Taiwan est très médicalisé : 99.9% des femmes accouchent à l'hôpital. Il n'y a pas de sage-femme qui y travaille, et les projets de naissance n'ont été que très rarement utilisés et évalués. Cette médicalisation a amené à une expérience plutôt négative pour beaucoup de femmes à Taïwan.

Les auteures ont été motivées par le manque critique d'améliorer la qualité des soins et la communication entre les soignants et les femmes dans les systèmes de santé à Taiwan. **L'objectif** de cette étude est de déterminer, pour les primipares, les effets du projet de naissance sur le sentiment d'achèvement des attentes des femmes, sur leur sentiment de contrôle et sur la qualité de leur expérience de la naissance.

Un deuxième objectif concerne plus spécifiquement la manière dont les infirmières pourraient promouvoir les projets de naissance à Taiwan.

Définition du projet de naissance

Le projet de naissance est défini comme étant un outil de communication écrit préparé par une femme enceinte, qui comprend ses préférences pour la gestion de son accouchement. En général, le projet de naissance ouvre un canal de discussion entre la femme et son soignant. Ils ont des formats différents afin d'aider les femmes à acquérir une meilleure expérience de leur accouchement, en leur accordant un plus haut niveau de contrôle.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude quantitative randomisée contrôlée en semi-aveugle.

L'étude s'est déroulée entre mars et octobre 2007 dans sept hôpitaux de la partie nord-centrale de Taiwan, avec la participation de dix obstétriciens. L'étude a inclus 330 femmes primipares d'au moins 18 ans, enceintes d'au moins 32 semaines d'aménorrhées avec une grossesse sans complication, et provenant de sept maternités de la région. Les femmes ayant une césarienne programmée ont été exclues.

Les obstétriciens et les infirmières participantes ont été informées sur la notion de « friendly childbirth », sur les projets de naissance, sur les preuves de ces pratiques et sur l'étude qui allait être réalisée.

Les 330 femmes éligibles ont reçu à domicile un questionnaire personnel d'informations sociodémographiques, ainsi qu'un questionnaire sur leurs attentes concernant l'accouchement. L'allocation s'est ensuite faite de manière randomisée. Un total de 296 femmes a participé à l'entier de l'étude

Le projet de naissance utilisé a été créé à la suite d'une revue de littérature et de l'expérience des auteures. Il s'agit d'un formulaire, consistant en une liste d'options que la femme pouvait choisir. Cette liste contenait les procédures qui sont généralement pratiquées. Elle contenait également la notion de position d'accouchement. Une question ouverte permettait d'exprimer d'autres attentes. Le projet de naissance ne comprenait aucun item concernant le nouveau-né ou le postpartum.

Le groupe d'intervention (159 femmes) a ensuite reçu des informations concernant le projet de naissance, par des infirmières. Ces femmes avaient ensuite une discussion avec l'obstétricien et ils ont écrit et signé un projet de naissance individualisé ensemble après un consensus. Chaque projet de naissance était placé dans son dossier. À son arrivée en salle d'accouchement, l'infirmière en charge prenait son projet de naissance et devait l'appliquer. L'équipe avait été formée au préalable sur l'utilisation des projets de naissance.

Les 151 femmes du groupe contrôle étaient prises en charge de manière standard.

Par la suite, chaque participante, à un jour post-partum, a rempli divers documents : un questionnaire sur l'achèvement des attentes de l'accouchement, une échelle sur le contrôle durant l'accouchement, et un questionnaire sur l'expérience de l'accouchement.

Les données ont été catégorisées :

- 1) Données sociodémographiques
- 2) Attentes pour l'accouchement (environnement, soutien, participation, douleur, soutien médical)
- 3) Achèvement des attentes
- 4) Niveau de contrôle
- 5) Expérience globale de l'accouchement

L'analyse des données a été réalisée avec un logiciel de statistique (SPSS). Différents tests ont été utilisés pour l'analyse statistique des données.

Concernant l'éthique de la recherche, l'article donne quelques informations à ce sujet. Il est mentionné que l'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'école de soins infirmiers de Taipei. Chaque participante a également donné son consentement écrit.

Résultats

Le groupe expérimental a un degré **d'expérience positif** de l'accouchement significativement plus haut que le groupe contrôle ($t=2.48$, $p=0.01$).

Le groupe expérimental a aussi montré un degré plus élevé du **sens du contrôle** durant l'accouchement ($t=9.60$, $p<0.001$).

Mais il y a eu une différence significative dans le groupe d'intervention qui reporte un plus haut taux **d'accomplissement de leurs attentes** vis à vis de l'accouchement ($t=2.63$, $p=0.01$).

Concernant **l'implication durant l'accouchement**, il y a eu une différence significative dans le groupe intervention ($t=3.74$, $p<0.001$).

Pas de différence significative entre les groupes au niveau des attentes avant l'accouchement.

Conclusion

Cette étude démontre que l'utilisation d'un projet de naissance augmente l'expérience positive des femmes de leur accouchement, leur sens du contrôle, et le sens de l'accomplissement de leurs attentes.

L'influence semble se faire à plusieurs niveaux : le projet de naissance aide la femme à avoir des attentes réalistes quant à son accouchement, la stimule à penser comment garder le contrôle durant le travail, et pourrait l'aider à se projeter dans la gestion de la douleur.

Les projets de naissance permettent aux femmes de se sentir impliquées dans la prise de décisions. Cette implication est associée à une meilleure expérience de la naissance et une satisfaction générale plus élevée.

La spécificité des projets de naissance réalisés dans cette étude, est leur réalisation plusieurs semaines avant l'accouchement. Cela a donc permis au personnel soignant d'avoir suffisamment de temps pour communiquer et de prendre connaissance des attentes pour les accepter.

Le succès du projet de naissance semble dépendre notamment de la communication entre la femme et le soignant.

De plus, les auteurs rappellent que les soignants doivent se montrer flexibles durant l'accouchement, et favoriser les moments où la femme se sent en contrôle.

Il est du rôle du soignant de faire accepter à la femme que certaines attentes ne seront pas comblées, que ce n'est pas de sa faute, et qu'elle doit accepter aussi l'aspect « incontrôlable » d'un accouchement.

Les projets de naissances devraient exister dans les hôpitaux qui sont très peu flexibles, comme à Taiwan.

Un projet de naissance est un bon moyen pour les infirmières d'offrir des meilleurs soins pour satisfaire les attentes de la femme.

7.6.2 Analyse critique

Cette étude se déroule à Taïwan. Nous sommes conscientes que ce contexte est très différent du nôtre, surtout concernant les professionnels présents durant la naissance. Il s'agit d'infirmières et c'est le médecin qui pratique l'accouchement. Ce contexte paraît difficilement généralisable au nôtre.

Nous avons justifié la sélection de cet article dans la même idée que l'article n°3 se déroulant en Suède en 2003. La notion qui nous a intéressée à la lecture de cet article fut la notion que ce contexte très médicalisé semble bénéficier de l'utilisation d'un projet de naissance. En effet, il semblerait que son **utilité pourrait être corrélé avec le contexte**. Nous pourrions donc émettre l'hypothèse que ces résultats seraient transférables en partie à des hôpitaux plutôt hyper médicalisés.

Concernant les auteures, la principale est infirmière sage-femme. Nous pensons donc qu'elle est alors sensibilisée à une philosophie de l'approche centrée sur les besoins des femmes, approche qui nous semble pertinente pour la construction de cette étude.

Concernant l'éthique, l'étude s'est déroulée à la suite du consentement du comité d'éthique. Le consentement écrit des participantes a également été récolté. Nous ne savons cependant pas si l'anonymat a été respecté. Il semble que les participantes n'aient pas subi de préjudices durant l'étude.

La définition du projet de naissance est un peu floue, encore une fois. Il semble que ce soit une liste des thèmes principaux (rasage, position, alimentation, ...) ainsi qu'une question ouverte pour les attentes de la femme. Selon notre propre définition, la notion d'apport théorique du professionnel est bel et bien présente. Il semble que cet apport théorique soit un bénéfice pour les femmes, cela facilitant l'information éclairée. Il manque tout de même la notion évolutive et continue du projet, qui devrait être repris plusieurs fois afin de compléter, voire modifier certains points. Le partenaire n'apparaît pas dans cette étude, on ne sait pas son implication. Les thèmes principaux sont utiles, mais restent restrictifs, il y a peu de sujets abordés et il manque selon nous toute une partie concernant les émotions de la femme, ses peurs, ses craintes.

Une des forces de cette étude semble être la formation des soignants au préalable. Les médecins et les infirmières sont formés à la notion de naissance « friendly ». Selon nous il y a forcément un impact positif à cette formation. Les soignants peuvent travailler sur leurs a priori sur les projets de naissance, en connaître leur utilité et leur bon fonctionnement afin d'accompagner les couples de manière adéquate. Il est cependant nécessaire pour nous que les soignants n'oublient pas d'informer les femmes de la nature flexible que devrait avoir un projet de naissance.

Le recrutement s'est déroulé selon une méthode tout à fait pertinente. La taille de l'échantillon est suffisante, hétérogène, et la randomisation est effectuée de manière correcte. Les caractéristiques des participants sont bien détaillées. Elles sont cependant non prises en compte dans l'ajustement des résultats.

Lors de la récolte de données en post-partum, les chercheurs ont utilisé trois questionnaires différents pour leurs trois thèmes (achèvement des attentes, niveau de contrôle et expérience de l'accouchement). Cela nous semble pertinent d'avoir créé trois outils adaptés à chacun des thèmes.

Les résultats présentés sont significatifs. Le groupe d'intervention a significativement une meilleure expérience globale de l'accouchement, un meilleur niveau de contrôle, un plus haut taux d'achèvement des attentes, et une plus grande implication durant l'accouchement. Ces résultats nous montrent que l'utilisation d'un projet de naissance dans un lieu très médicalisé aurait toute sa place. C'est également les conclusions des auteures.

Les calculs des résultats ne sont pas ajustés aux facteurs de confusion.

Grâce à ces résultats, on peut dire que le projet de naissance semble vraiment atteindre son but qui est de répondre aux attentes des femmes. Les deux groupes avant l'accouchement étaient identiques au niveau des caractéristiques, et donc il ne devrait pas y avoir une mauvaise interprétation de ce résultat.

Les auteures relèvent comme biais que le contact fréquent et rapproché entre les soignants et les femmes a pu biaiser les résultats. Or pour nous c'est justement une des caractéristiques principales de l'utilisation d'un projet de naissance. C'est une des raisons pour lesquelles on peut avoir un effet positif

8. Discussion

Dans ce chapitre, nous proposons tout d'abord un **tableau récapitulatif des principaux résultats** des six études obtenues durant la réalisation de cette revue de littérature. Nous avons procédé à une **analyse globale** permettant de nous positionner et de pouvoir amener des pistes de réponses à la question de recherche. Nous proposons ensuite des **applications pratiques** tirées de cette réflexion pour la profession sage-femme. Par la suite, nous avons exposé les aspects de notre recherche qui représentent des **forces** et ceux qui ont été des **limites**. Finalement, nous proposons quelques **pistes de recherches** à partir de nos hypothèses.

8.1 Synthèse des résultats

Dans notre cadre de référence, nous avons expliqué en quoi l'expérience de l'accouchement et le bien-être psychologique de la femme est une de nos préoccupations en tant que futures sages-femmes. L'expérience de l'accouchement est un événement marquant dans la vie des femmes. Plusieurs attentes influencent plus ou moins positivement leur expérience :

- Le sentiment de contrôle
- Le soutien du partenaire et du soignant
- La participation aux prises de décisions et le choix éclairé après information
- L'environnement intime
- La connaissance du soignant et la relation de confiance avec celui-ci
- Le respect et la compassion

Le projet de naissance pourrait être un outil permettant à la femme de se préparer à son accouchement. Certains aspects de sa définition sont en lien direct avec ses attentes mentionnées. Nous avons créé une définition personnelle du projet de naissance « idéal » :

- Il est écrit par le couple et annexé au dossier
- Il s'élabore au travers de discussions avec une sage-femme dans un processus continu anténatal
- Il concerne la période du travail, de l'accouchement et du post-partum immédiat
- Il décrit les choix, les préoccupations, les besoins et les préférences de la mère, du partenaire et pour le bébé en tenant compte de la nature imprévisible de l'accouchement

- Il s'adresse à toutes les femmes

Ce chapitre présente les résultats de chaque étude et leur lien avec le cadre de référence. Le niveau de preuve pour chaque étude est rappelé.

Au vue de l'hétérogénéité des recherches, tant du point de vue des devis que des méthodes, les résultats de notre revue de littérature sont très diversifiés. L'analyse de chacun des articles, de leur structure et de leurs résultats a permis de faire émerger une synthèse, que nous avons mis à la lumière de notre problématique.

Auteurs/Titre	Apport pour la question de recherche
<p>1. The impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences Cook et Loomis, 2012 Niveau de preuve : 4C</p>	<p>Etude qualitative phénoménologique impliquant 15 femmes ayant déjà accouché. L'objectif de l'étude est d'explorer le développement d'un projet de naissance, et de comprendre en quoi les changements survenus durant l'accouchement influencent l'expérience générale des femmes.</p> <p>Il semble que les deux points primordiaux pour les femmes dans la planification de leur accouchement soient les personnes de soutien et les informations reçues. En effet, il semble que le soutien perçu par les femmes par le conjoint ou par les soignants soit un déterminant important sur l'expérience de l'accouchement. La notion d'informations reçues se rapporte à l'information éclairée, et donc à la participation aux prises de décision. Cela reprend pleinement notre cadre de référence.</p> <p>Lors d'un changement apporté au projet de naissance, l'impact est globalement plutôt négatif car il entraîne de la frustration. Notre hypothèse est que cela soit dû à la manière dont les projets de naissance sont élaborés, en particulier à cause du fait qu'ils ne sont pas nécessairement rédigés avec l'aide d'un soignant et dans un processus continu.</p>
<p>2. Perspectives of Expectant Women and Health Care Providers on Birth Plans Aragon & al., 2013 Niveau de preuve : 4C</p>	<p>Etude quantitative transversale incluant 122 femmes (enceintes et ayant accouché) et 110 soignants. L'objectif est de comprendre les points de vue des femmes et des soignants quant à l'utilisation des projets de naissance.</p> <p>Les femmes et les soignants estiment que le projet de naissance est utile à titre d'outil de communication et d'éducation, et permet aux femmes d'exprimer leurs attentes et leurs préférences. Toutefois, les femmes peuvent être déçues ou mécontentes dans le cas où la mise en œuvre du projet de naissance s'avère impossible. Le projet de naissance peut améliorer l'expérience de l'accouchement si la femme comprend que des circonstances inattendues incompatibles avec leur projet de naissance peuvent survenir.</p>
<p>3. Is the Childbirth Experience Improved by a Birth Plan ? Lundgren & al., 2003 Niveau de preuve : 2B</p>	<p>Etude quantitative transversale comparative non randomisée impliquant 271 femmes enceintes. L'objectif est d'évaluer les effets sur l'expérience de l'accouchement de la femme à l'aide d'un questionnaire et d'un projet de naissance réalisé en fin de grossesse.</p> <p>Les auteures concluent que l'utilisation d'un projet de naissance ne semble pas améliorer l'expérience de l'accouchement des femmes. Or nous avons de nouveau un problème concernant la forme du projet de naissance utilisée</p>

	<p>dans cette étude. Pour nous il manque clairement la notion du processus continu. De plus, nous nous permettons d'identifier une des raisons pour laquelle le projet de naissance ne semble pas utile en Suède. Il semblerait que les soins de maternité en Suède sont déjà très bons (d'après leur expérience et les retours de femmes), et par conséquent l'utilisation du projet de naissance n'apporterait pas plus, voire serait une barrière.</p>
<p>4. Birth plans : What Matters for Birth Experience Satisfaction Mei & al., 2016 Niveau de preuve : 4C</p>	<p>Etude quantitative transversale (issue d'une sub-analyse d'une étude de cohorte), incluant 109 femmes. L'objectif est de catégoriser les demandes des projets de naissance et de déterminer si le nombre de demandes et le nombre de demandes réalisées sont associés à la satisfaction de l'expérience de la naissance.</p> <p>Les auteures ont non seulement mis en évidence qu'un nombre élevé de demandes est associé avec une réduction de la satisfaction de l'expérience de la naissance, mais aussi qu'un nombre élevé de demandes réalisées est corrélé avec davantage de satisfaction, davantage de chance d'avoir ses demandes réalisées et un plus grand sentiment de contrôle.</p> <p>Nous pensons que la réduction de la satisfaction de l'expérience de la naissance n'est pas dû au nombre de demandes mais à leurs natures : plus les demandes sont nombreuses, plus le projet de naissance risque d'être inflexible et irréaliste. Il semble que le projet de naissance permette effectivement aux femmes de faire entendre leurs demandes ce qui a un impact positif sur leur expérience de l'accouchement.</p>
<p>5. Birth Planning – Is it beneficial to pregnant women ? Peart, 2004 Niveau de preuve : 4C</p>	<p>Etude qualitative phénoménologique impliquant 42 femmes ayant déjà accouché. L'objectif est d'évaluer l'expérience grâce à l'utilisation d'un projet de naissance.</p> <p>Le projet de naissance est un outil qui permet aux femmes d'accroître leur possibilité de faire des choix et d'avoir davantage de contrôle sur leur environnement. Le projet de naissance peut aussi créer le dialogue entre les femmes et les soignants, clarifier les besoins des femmes, alerter les soignants concernant les besoins individuels des femmes et permet aux femmes de se sentir bien préparées pour l'accouchement.</p> <p>Nous pensons toutefois qu'il est difficile de vérifier les conclusions car les résultats sont présentés de manière lacunaire et peu compréhensible. En effet, seulement quelques données qualitatives sont présentées mais en pourcentage ce qui rend difficile leur interprétation.</p>
<p>6. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese Women's Childbirth experiences, control and expectations fulfillment</p>	<p>Etude quantitative randomisée contrôlée en semi-aveugle incluant 296 femmes enceintes. L'objectif est d'évaluer les effets d'un projet de naissance sur le sentiment d'accomplissement quant à l'expérience de l'accouchement des femmes, et leur sentiment de contrôle.</p>

<p>Kuo & al., 2010</p> <p>Niveau de preuve : 1A</p>	<p>Les résultats montrent que l'utilisation d'un projet de naissance améliore significativement l'expérience de l'accouchement, offre un meilleur niveau de contrôle aux femmes, permet un haut taux d'achèvement des attentes, et une plus grande implication des femmes durant leur accouchement.</p> <p>Ces résultats nous montrent que l'utilisation d'un projet de naissance dans un lieu très médicalisé aurait toute sa place.</p>
---	---

8.2 Analyse globale

Au terme de nos analyses d'articles, nous constatons que notre revue de littérature n'a pas pu se baser sur des résultats probants. Nous avons été étonnées par le manque d'études de qualité trouvés sur le sujet. Malgré nos recherches, les six études sélectionnées n'ont qu'un **bas niveau de preuve**, sauf l'article n°6 qui présente des résultats significatifs. Excepté ce dernier, les articles n'ont été publiés que dans des revues peu reconnues par le monde scientifique.

Du point de vue de l'éthique et de manière générale, aucune étude ne nous a semblé entraîner un quelconque préjudice et toutes semblent avoir respecté la dignité des personnes. Toutefois, la plupart des articles retenus n'exposent que partiellement les mesures prises pour assurer le respect des principes éthiques de la recherche. Seules deux études précisent qu'un consentement éclairé a été demandé aux participants. Un article assure que la confidentialité a été préservée. Un article déclare que ses auteurs n'ont pas de conflit d'intérêt. Et seulement la moitié des études mentionnent qu'un comité d'éthique a validé la recherche.

L'un des problèmes principaux provient des méthodes. Généralement, il s'agit d'échantillons de petite taille obtenus par convenance ne permettant d'obtenir que peu ou pas de résultats significatifs. Nous n'avons pas trouvé d'étude à large échelle permettant une généralisation des conclusions. Les populations étudiées sont le plus souvent peu diversifiées. Les données démographiques des participantes ne sont pas prises en compte dans l'ajustement des résultats voire même tout simplement pas présentées. Aussi, les outils utilisés sont principalement des questionnaires que nous avons trouvés plutôt restrictifs. Ils comportent peu ou pas de questions ouvertes permettant aux femmes de s'exprimer librement. Au vue du thème des recherches, nous aurions pensé trouver davantage d'études qualitatives utilisant l'entretien comme méthode de récolte des données. En effet, l'entretien est un outil de choix dans les études phénoménologiques car il permet bien de révéler l'expérience des personnes (Fortin & Gagnon, 2016).

Bien que le thème concerne des préoccupations en lien avec les domaines des soins sage-femme et de la psychologie, nous avons constaté que la moitié des auteures des études est issues du domaine médical. Nous pensons que cela influence certainement la conduite des recherches et les choix opérés. Comme identifié dans notre définition, l'accouchement n'est pas qu'une suite de changements physiques conduisant à plus ou moins d'interventions, mais bien aussi des bouleversements psychologiques importants nécessitant d'y prêter attention. Or, les projets de naissance des études portaient principalement sur des aspects très médicaux des soins telles que l'épisiotomie ou la péridurale, soins qui sont évidemment au centre de la pratique des médecins.

Dans la formation sage-femme, les professionnels sont généralement formés à plus se centrer sur les besoins des femmes, leurs émotions, leurs peurs et leurs attentes plus que sur les aspects techniques. C'est ce qui apporte une certaine richesse à la collaboration avec les médecins. Cependant, en réalisant cette revue, nous nous attendions peut-être à voir les besoins psychologiques des femmes, telles que les peurs ou l'intimité, davantage étudiés. Mais nous sommes surprises de l'intérêt de la profession médicale pour ce concept du projet de naissance et cela démontre tout de même leur volonté d'être peut-être plus à l'écoute des besoins des femmes.

Outre les problèmes de méthodologie, nous avons relevé un deuxième problème de fond dans toutes les études sélectionnées. Dans chacune des recherches, le projet de naissance revêt une ou plusieurs formes différentes tel que *rédigé par la femme seule* ou *rempli à partir d'un formulaire*. Mais aucune étude ne se base sur un projet de naissance qui se rapproche des critères tels que nous les avons définis dans notre cadre de référence. En particulier, la plupart des projets de naissance n'ont pas été élaborés en collaboration avec une sage-femme ou du moins un professionnel. Nous croyons que ce partenariat est indispensable pour permettre à la femme de faire des choix éclairés, tenir compte de l'imprévisibilité de l'accouchement et être accompagnée dans l'identification de ses besoins véritables. Sans cela, le risque est de voir des projets de naissance inflexibles ou irréalistes. Comme vu dans le cadre de référence, les formulaires standardisés provenant d'internet ou distribués par les hôpitaux sont impersonnels, ils n'encouragent pas l'expression des besoins individuels. Ces formulaires proposent aux femmes de faire des choix mais seulement pour une liste d'options limitées sans rechercher les demandes propres à chacune. Un des rôles du soignant dans ce partenariat est d'amener la femme à se projeter dans son accouchement sans rendre le projet rigide et hyper détaillé, mais plutôt adaptable en tenant compte des diverses évolutions possibles. Un second rôle du soignant est de donner une information *evidence-based* sur les options disponibles permettant ainsi de construire un projet de naissance réaliste et actualisé. La sage-femme est à même d'inciter la femme à se préparer mentalement à l'accouchement et à identifier ses préoccupations et ses attentes.

Un des autres critères qui nous semble essentiel et qui n'est pas pris en compte dans les études, est la notion de processus continu. En effet, nous avons vu dans le cadre de référence, que l'élaboration du projet de naissance en plusieurs étapes permet : de laisser du temps à la femme pour la réflexion et à l'émergence de nouvelles questions, de tenir compte de l'évolution de ses émotions et de ses envies au fil de la grossesse et du travail et de procéder à des changements sur le projet de naissance jusqu'au dernier moment.

Un autre critère du projet de naissance, qui n'est pas non plus considéré dans les études, est l'implication du conjoint dans son élaboration. La présence soutenante d'un conjoint est un facteur qui influence l'expérience des femmes. C'est pourquoi sa participation à la création du projet de naissance peut permettre au couple de partager leurs attentes et d'imaginer une place pour le conjoint lors de l'accouchement.

Pour nous, le contexte dans lequel travaille les soignants ainsi que leur philosophie de soins sont sans doute des éléments qui influencent les résultats et dont nous devons tenir compte dans leur interprétation. Dans une vision holistique, l'accouchement est considéré comme une étape normale de la vie d'une femme mais qui toutefois est une période de grande vulnérabilité. Le vécu de cette évènement-clé a un impact important à court et long terme sur la santé de la femme et de sa famille. Par conséquent, les soignants qui intègrent cette philosophie ont conscience de l'importance de leur accompagnement et savent que d'être à l'écoute des besoins des femmes est un facteur qui peut influencer positivement cette expérience. A contrario, les équipes qui ont une vision plus médicale considèrent l'accouchement davantage comme un processus principalement biologique à risque nécessitant surveillances et interventions. En comparant l'étude n°3 de Suède et l'étude n°6 de Taïwan, nous constatons des résultats radicalement différents. En Suède, les soins de maternité apportent un haut niveau de satisfaction des femmes et sont gérés en grande partie par les sages-femmes, alors qu'à Taïwan, l'étude est partie d'un problème de satisfaction des femmes dû à l'hyper médicalisation des soins de maternité qui sont principalement conduits par des médecins. Les résultats montrent qu'à Taïwan, l'utilisation d'un projet de naissance améliore significativement l'expérience de l'accouchement en offrant un meilleur niveau de contrôle aux femmes, un haut taux d'achèvement des attentes, et une plus grande implication des femmes durant leur accouchement. Par contre, en Suède, les résultats montrent que l'utilisation d'un projet de naissance ne semble pas améliorer l'expérience de l'accouchement des femmes, il semble même que le projet de naissance puisse entraver la pratique des sages-femmes. On peut donc penser que, selon la philosophie du soignant et son contexte de soins, ses préjugés influenceront certainement la place qu'il donnera au projet de naissance.

Dans deux des six études, nous avons constaté que les soignants impliqués dans la recherche avaient été formés à l'utilisation du projet de naissance. Il nous semble effectivement important que les soignants soient sensibilisés sur le fait qu'impliquer les femmes dans les prises de décision ainsi qu'être à l'écoute de leurs attentes influencent leur expérience. Aussi, nous voyons le projet de naissance comme un outil de travail dont son utilisation (élaboration et applications en pratique) mérite d'être comprise et employée à bon escient.

Au terme de cette analyse, il nous apparaît difficile de répondre à notre question de recherche sur la base des articles choisis. La plupart des études ne répondent pas directement à notre question mais y apporte différents angles de vue. L'étude n°1, de bas niveau de preuve, a montré que l'influence du projet de naissance serait plutôt négative sur l'expérience de l'accouchement lorsque les changements entre le projet et la réalité de l'accouchement sont importants. L'étude n°3, de niveau de preuve moyen, n'a pas pu démontrer une influence ni positive, ni négative sur l'expérience globale. Néanmoins, elle relève des effets bénéfiques sur certains aspects de l'expérience tels que les peurs, la

douleur et les inquiétudes concernant le bébé. Les études n°4 et n°5, de bas niveau de preuve, sont très mitigées et ont relevé autant des influences négatives que positives. L'étude n°4 a montré que lorsqu'il y a beaucoup de demande, cela est corrélé avec une moins bonne expérience alors que lorsqu'il y a beaucoup de demandes réalisées, cela est associé avec une meilleure expérience. Quant à l'étude n°5, elle montre que le projet de naissance améliore le sentiment de contrôle, ouvre le dialogue, permet de se préparer en se projetant et apparaît comme un outil utile pour la moitié des participantes. Mais, le projet de naissance semble également entraîner une certaine confusion auprès des femmes à qui on demande de faire des choix tout en restant ouvertes aux changements et est considéré comme un outil inutile par l'autre moitié des participantes. L'étude n°2, de bas niveau de preuve, conclue que le projet de naissance a une influence plutôt positive sur l'expérience des femmes de l'accouchement. Pour cette étude, le projet de naissance améliore la communication, est un outil d'éducation et permet aux femmes d'exprimer leurs besoins. Toutes les participantes ont trouvé l'outil utile malgré qu'un certain nombre d'entre elles ont relevé que le projet de naissance pouvait entraîner de la déception et un faux sentiment de contrôle. Finalement, l'étude n°6 est la seule ayant un haut niveau de preuve et répond plus directement à notre question de recherche. Elle a démontré que l'utilisation d'un projet de naissance a une influence positive sur l'expérience des femmes de leur accouchement, améliore le sentiment de contrôle et implique davantage les femmes dans les prises de décisions.

En conclusion, le projet de naissance semble effectivement avoir une influence sur l'expérience des femmes de leur accouchement. Cette influence aurait tendance à être plutôt positive.

8.3 Perspectives professionnelles

La réalisation de ce travail nous a premièrement permis de valider notre intérêt de partir des besoins des femmes dans notre pratique et notre volonté d'ancrer cette approche dans notre identité de futures sages-femmes. Nous nous sentons davantage sensibilisées à l'importance d'une expérience positive de l'accouchement pour les femmes et à la responsabilité des professionnelles d'être à l'écoute de leurs besoins et de tenir compte de leurs attentes dans notre accompagnement.

Aussi, ayant eu la chance de développer nos connaissances sur cette thématique, dans nos futurs lieux de pratique, nous avons envie d'intégrer cette notion dans une philosophie d'équipe. Les conclusions que nous avons pu tirer de ce travail pourraient nous servir pour transmettre des informations concernant le projet de naissance à nos futures collègues.

Grâce à notre revue de littérature, nous pourrions alimenter la discussion en partant des études analysées et appuyer nos propos en nous basant sur des nouvelles recommandations telles que le guide des *Points pour la Pratique* de l'initiative *Better Birth* du RCM (2016).

Si nous devons édicter des recommandations pour la pratique sage-femme, elles porteraient d'une part sur la construction du projet de naissance pendant la grossesse, et d'autre part sur son recours durant l'accouchement.

À propos de la construction, nous avons relevé quelques points d'attention :

- Que l'élaboration du projet de naissance se fasse au fil du suivi sage-femme durant la grossesse en impliquant le partenaire (éviter les formulaires à remplir).
Pour les femmes ne bénéficiant pas de ce suivi sage-femme, d'autres alternatives sont déjà mises en place afin de connaître leurs besoins : les cours de préparation à la naissance ou une consultation avec la sage-femme conseillère. Le point que nous proposons d'améliorer serait l'accueil des femmes en salle d'accouchement en prenant le temps de poser des questions afin de les accompagner de manière individualisée.
- Que la sage-femme soit elle-même bien au courant des options et alternatives disponibles ainsi que leurs avantages et inconvénients pour permettre une information actualisée et basée sur des preuves favorisant le choix éclairé des femmes
- Que le contenu du projet de naissance ne se centre pas uniquement sur des considérations liées aux soins et interventions mais qu'il présente aussi les préoccupations et besoins des femmes
- Que le projet de naissance ne contienne pas une liste trop détaillée de demandes mais plutôt des conduites à tenir en fonction de divers scénarios potentiels

Ayant pleinement conscience que la majorité des femmes en Suisse ont un suivi médical, nous précisons que pour créer un projet de naissance en partenariat avec une sage-femme, cela nécessite aussi de promouvoir le suivi sage-femme. Cette problématique est particulièrement présente en Suisse actuellement. Nous avons pu participer au début de notre formation à une action de promotion de la profession sage-femme en créant un stand dans divers marchés afin de sensibiliser la population à notre champ de travail. Nous avons été particulièrement étonnées du peu de connaissances des personnes à ce sujet. Nous pensons qu'il est notamment de notre responsabilité de faire la promotion de notre profession.

Au sujet de son utilisation concrète, nous avons identifié également d'autres points d'attention :

- Il est nécessaire que les sages-femmes adhèrent à ce concept. Pour ce faire, il est important qu'elles puissent être informées, qu'elles aient l'occasion de poser leurs questions, qu'elles puissent exprimer leurs préjugés et en discuter.
- Respecter au maximum les demander
- Impliquer le couple dans les prises de décisions lorsque des changements surviennent
- Remettre en question sa pratique et s'adapter aux attentes, sortir d'une pratique routinière

Durant nos deux ans d'étude, nous n'avons pas eu l'occasion d'aborder le sujet du projet de naissance. C'est d'ailleurs une des raisons qui nous a motivé à choisir ce thème de Bachelor. Il nous semblerait justifié d'introduire cette thématique dans le cursus car cet outil trouverait aisément sa place dans l'approche centrée sur la femme, à laquelle nous avons été particulièrement sensibilisée. Cette approche est là pour guider les sages-femmes dans leur travail mais a pour but ultime d'aider les femmes à avoir la meilleure expérience de leur accouchement possible.

De manière générale, nous aimerions que le projet de naissance trouve sa place dans la prise en charge standard. Lors de l'anamnèse, la sage-femme demanderait systématiquement à la femme de lui présenter son projet pour en discuter. Et les dossiers pourraient comporter un emplacement spécifique où y l'annexer. Demander aux femmes de nous présenter leur projet de naissance devrait faire partie de nos questions lors des consultations. De même, introduire dans l'anamnèse une recherche d'information sur le projet de naissance, et pas uniquement sur les aspects biomédicaux, favoriserait son implantation. En formation, nous avons appris à effectuer l'anamnèse

Au final, nous regrettons que parmi les organisations officielles, ni la Fédération Suisse des Sages-Femmes, ni la Société Suisses des Gynécologues et Obstétriciens ne communiquent leur position concernant ce thème et ne proposent de recommandation. De plus, l'absence totale de statistique à ce sujet révèle malheureusement un manque d'intérêt pour cet outil. Nous pensons qu'il

pourrait être intéressant de partager notre revue de littérature à la FSSF afin de pouvoir connaître leur avis et leur proposer de prendre position à ce sujet.

L'élaboration de notre revue de littérature nous a permis de prendre conscience de l'importance d'être active en tant que sage-femme pour accompagner la femme de manière individualisée, et nous aimerions nous engager dans le but de défendre les intérêts des femmes, mais aussi de promouvoir et d'implanter ce concept dans nos futurs lieux de pratique.

8.4 Forces et limites

Voici à présent un regard critique sur notre revue de littérature. Nous développons ici **les points forts** de notre travail que nous nuancions en regard des **difficultés** rencontrées et des **limites** à notre recherche.

Bien que le projet de naissance écrit n'est que peu exploité par les sages-femmes, s'enquérir des attentes des femmes et établir une bonne communication avec elles font pleinement partie du champ professionnel sage-femme. C'est pourquoi, développer des connaissances sur un outil pouvant potentiellement améliorer l'expérience des femmes et soutenir la pratique des sage-femme nous semble **pertinent pour la profession**.

Aussi, étant donné que l'expérience de l'accouchement a un impact à court et long terme sur la santé de la femme, la relation mère-enfant et le bien-être de toute la famille, l'enjeu de notre problématique est important en terme **de santé publique**. Et puisque les soins prodigués durant la période de maternité ont une influence non négligeable, notre question touche spécifiquement le domaine d'expertise de la sage-femme.

Cependant, nous avons été étonnées de ne trouver aucune publication sur ce thème par des instances officielles telles que la FSSF ou la SSGO. Nous n'avons pas trouvé de prise de position sur le sujet et il ne semble pas y avoir de volonté de développer cet outil. Dans la formation non plus, le projet de naissance n'a jamais fait l'objet d'un cours. En ce sens, le sujet de notre revue de littérature est plutôt **novateur** et nous nous réjouissons d'intégrer notre savoir acquis dans notre pratique futur de sage-femme.

Offrir un accompagnement tenant compte des besoins individuels des femmes et des familles est une priorité chère à la profession sage-femme et qui nous tient à cœur. Il n'est pourtant pas toujours facile d'appliquer cette vision dans nos pratiques. Le projet de naissance est justement un **outil** ayant pour objectif de soutenir le partenariat future-maman – sage-femme. Nous croyons donc que c'est un moyen concret, qui plus est plutôt simple et économique, **qui vaut la peine d'être développé**.

Néanmoins, nous avons pleinement conscience que l'utilisation du projet de naissance, dans l'idéal, requière un accompagnement sage-femme durant la grossesse alors même que ce type de suivi n'est pas si courant en Suisse actuellement. Nous avons tout de même essayé d'élaborer des moyens concrets qui sont utilisables dans tous les contextes.

Force est de constater qu'il n'existe aucun concept du projet de naissance unanimement défini, les auteures se basent sur des visions très diverses. Cela a été une difficulté dans l'élaboration de notre travail. Nous avons alors décidé d'établir **notre vision du projet de naissance** en corrélation avec la

philosophie sage-femme de l'ICM. Au final, grâce à la construction du cadre de référence, nous avons réalisé un important travail pour définir un projet de naissance « idéal » sur lequel nous avons pu baser notre analyse. Et suite à notre analyse d'études, nous avons été en mesure d'édicter des « points d'attention » pour l'élaboration et la mise en œuvre du projet de naissance.

Toutefois, nous reconnaissons qu'il n'est pas possible d'établir de recommandation à partir de notre revue de littérature. Le manque de données probantes issues d'études fiables, récentes et transférables à notre contexte de soin rend les résultats peu exploitables et empêche leur application pratique direct. Néanmoins, il nous était cher d'établir des **propositions concrètes** pour le retour en pratique et utilisables dans notre vie de futures professionnelles.

8.5 Perspectives de recherche et hypothèses

Nos lectures pour la construction du cadre de référence ainsi que cette revue de littérature ont alimenté notre réflexion au sujet de l'expérience des femmes et du projet de naissance. Plutôt que de nous donner une réponse précise à notre question de recherche, ce travail a ouvert chez nous un nouveau questionnement et fait émerger de **nouvelles hypothèses**. Voici quelques **pistes de recherche** :

Comme il nous a été impossible de trouver une base commune pour définir le concept de projet de naissance, nous pensons qu'il serait tout d'abord nécessaire qu'une vision reconnue soit développée. Cela permettrait de baser les recherches futures sur un **modèle commun du projet de naissance** rendant la comparaison possible et nécessaire à une meilleure compréhension.

La plupart des études analysées se basent sur des femmes ayant utilisé toutes sortes de projet de naissance sans que, ni l'élaboration, ni sa mise en œuvre en aient été précisément définies. Cette hétérogénéité nous a posé problème pour comparer les résultats des études, et la qualité des projets de naissance pris en compte dans les recherches nous a semblé insuffisante et donc est, selon nous, un biais incontestable.

En partant de l'hypothèse que **l'influence du projet de naissance dépend de sa qualité**, nous trouvons intéressant d'imaginer des études qui compareraient l'impact sur l'expérience des femmes de divers projets de naissance, qui diffèrent tant du point de vue de son élaboration, que de sa mise en œuvre. Par exemple, il pourrait s'agir d'études qui comparent un projet de naissance réalisé avec une sage-femme VS avec un gynécologue, en une fois VS sur plusieurs consultations, à partir d'un formulaire VS individualisé, mis en œuvre par une équipe avec ou sans formation spécifique, etc. Ceci aurait l'intérêt de mieux définir le projet de naissance et de préciser des recommandations quant à son utilisation, ainsi que d'**évaluer la pertinence de notre projet de naissance « idéal »**.

Nous espérons aussi que davantage d'études ayant un bon niveau de preuve soient réalisées sur le sujet. Il manque des données probantes sur ce thème, et donc toute **recherche de qualité** sur le projet de naissance aurait un intérêt.

Comme nous l'avons expliqué dans le cadre de référence, le contexte de soin joue un rôle déterminant sur l'expérience des femmes. L'environnement dans lequel elles accouchent, le type de suivi et la relation avec la ou les sages-femmes ainsi que la culture du service de maternité sont des facteurs qui influencent leur expérience. C'est pourquoi, nous aurions notamment aimé pouvoir lire des articles portant sur des populations et des systèmes de santé se rapprochant davantage de la Suisse ou du moins dont les résultats seraient plus généralisables et **applicables à notre contexte**.

Nous pensons qu'il serait intéressant de mener des études dans différents contextes et de les comparer : par exemple une maison de naissance vs un hôpital universitaire, avec ou sans *suivi global* ou encore salle physiologique vs salle d'accouchement médicalisée. Notre hypothèse est que **dans des contextes de soins très médicalisés et plus impersonnels, le projet de naissance**, tel que nous l'avons défini et en tenant compte des points d'attention que nous avons relevés, **pourrait véritablement améliorer l'expérience des femmes de leur accouchement**. Alors que, le projet de naissance aurait une moindre influence sur l'expérience des femmes dans des contextes de soins qui proposent déjà l'accompagnement global, des salles d'accouchement favorisant l'intimité et la liberté de mouvement (lumière tamisée, baignoire, monitoring sans fil...) et dont la philosophie se base sur des valeurs tel que le respect des personnes. Ce type d'étude permettrait également de **mettre en évidence l'influence d'autres moyens pouvant améliorer l'expérience des femmes** tel que le *one-to-one*, l'accompagnement global ou l'environnement de naissance en comparaison avec le projet de naissance... *faut-il vraiment recommander cet outil, ou vaudrait-il mieux promouvoir le suivi sage-femme par exemple ?*

Les soins sages-femmes en Suède sont, semble-t-il, excellents selon les auteures de cette étude. Les caractéristiques qui leur permettent de juger ces soins si bons sont la gratuité des soins, et les soins de maternité prodigués essentiellement par des sages-femmes. *Serait-ce donc cet objectif que nous pourrions développer ?* Offrir une approche centrée sur les réels besoins de femmes en terme de soins durant la maternité, tel est le souhait de chaque sage-femme. Mais comment le réaliser ? Nous trouverions intéressant de réfléchir sur une philosophie de travail commune aux sages-femmes. Une philosophie et des valeurs professionnelles qui seraient partagées au sein d'une équipe, et qui permettrait d'offrir des soins aux femmes de manière équivalente. Le partage de cette philosophie en interdisciplinarité nous semble également important. Nous avons pu voir dans cette revue quelle est l'importance du soutien des professionnels durant l'expérience de la maternité afin de l'impacter positivement.

De plus, nous regrettons n'avoir trouvé aucune étude tenant compte des **données démographiques des participantes**. Dans notre cadre de référence, nous partons du principe que **le projet de naissance est un outil qui s'adresse à toutes les femmes**. Partant de cette hypothèse, il serait intéressant de comparer par exemple si les femmes primipares VS multipares, migrantes allophones VS ayant un bon niveau de compréhension, ayant une grossesse physiologique VS une grossesse pathologique, etc. bénéficient autant les unes et les autres de l'utilisation du projet de naissance. Cela permettrait de préciser si certains groupes de femmes auraient un plus grand bénéfice à utiliser le projet de naissance que d'autres.

Finalement, nous avons délibérément choisi de limiter notre revue de littérature à certaines facettes de la problématique afin de rendre ce travail de Bachelor réalisable dans nos moyens. Nous

avons en particulier limité la question de l'expérience aux femmes uniquement alors même que l'expérience de l'accouchement touche aussi **les partenaires, l'enfant, la famille, la communauté et les soignants**. *Quand est-il pour eux ? Quand est-il de l'expérience des sages-femmes ?*

Nous avons limité notre recherche à l'aspect psychologique justement de l'accouchement, mais quand est-il de l'impact du projet de naissance sur les **issues obstétricales** ? *Permet-il de promouvoir la physiologie et de réduire les interventions ?*

Enfin, nous avons limité notre question de recherche au projet de *naissance* qui, comme nous l'avons défini, ne concerne que la période allant du début du travail jusqu'à la délivrance. Pourtant, nous avons, au cours de nos lectures sur le sujet, découvert l'émergence de **projets de parentalité** qui eux, concernent une période bien plus large, débutant peut-être lorsqu'un projet d'enfant se dessine et s'étalant bien après la naissance de celui-ci. *Vaudrait-il mieux promouvoir un projet de parentalité au sens large ?*

Toutes ces questions, hypothèses et autres pistes de recherches laissent entrevoir de nombreuses possibilités de développement dans ce domaine.

9. Conclusion

L'accouchement est une expérience marquante dans la vie des femmes. C'est pourquoi, la possibilité que les femmes puissent vivre une expérience positive de leur accouchement nous tient à cœur. Il est de la responsabilité professionnelle sage-femme de promouvoir une expérience positive de l'accouchement, car la perception que les femmes en gardent influence leur santé et celle de leur famille à long terme. Leur expérience de l'accouchement est plus ou moins positive ou négative selon si les attentes des femmes ont été respectées. Encore faut-il que les femmes elles-mêmes puissent identifier leurs besoins, faire de choix et les exprimer aux soignants.

Malgré la controverse, nous avons mis en évidence qu'il existe un outil, tant d'éducation que de communication, visant à favoriser le choix éclairé des couples et le partenariat avec la sage-femme : il s'agit du projet de naissance. Dans ce sens, nous croyons que l'utilisation du projet de naissance permet d'améliorer l'expérience des femmes de l'accouchement.

Pour tenter de répondre à cette hypothèse, nous avons réalisé une revue de la littérature. Nous avons consulté des bases de données spécialisées dans lesquelles nous avons sélectionné six articles qui nous paraissaient les plus pertinents. Mais, en raison de leur faible qualité et de leur hétérogénéité, leur analyse ne nous a pas permis de répondre clairement à notre hypothèse. Il en ressort tout de même une tendance : l'utilisation du projet de naissance semble plutôt améliorer l'expérience des femmes de l'accouchement.

Néanmoins, nous avons pu identifier trois points d'attention concernant l'utilisation du projet de naissance, dans l'intention d'éviter ses effets adverses. Premièrement, il est essentiel que le projet de naissance soit **flexible** : c'est-à-dire qu'il garde un caractère évolutif tout au long de son élaboration jusqu'à sa mise en œuvre dans le but de tenir compte de la nature imprévisible de l'accouchement. Deuxièmement, le projet de naissance fait partie d'un **processus continu** : son élaboration se réalise en plusieurs fois afin de laisser du temps au couple pour la réflexion et permettre l'émergence de leurs besoins et de leurs préoccupations. Et troisièmement, le projet de naissance ne peut être un outil favorable à l'expérience des femmes que dans un contexte de soin où les soignants respectent la femme en tant qu'individu et font preuve de compassion face à l'expérience unique qu'elle est en train de vivre. Cela implique une **philosophie** qui encourage le soignant à être à l'écoute des femmes et à avoir la volonté de tenir compte de ses besoins et de ses attentes.

En conclusion, ce travail amène des pistes de réflexion quant à l'utilisation du projet de naissance. Dans notre future pratique, nous nous engageons à prendre en compte le bien-être psychologique des femmes que nous accompagnons afin de les aider à vivre au mieux cette expérience inoubliable et à en garder un souvenir positif.

10. Références bibliographiques

- Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). (2009). *La recherche avec des êtres humains, un guide pratique* [Brochure]. Bâle : ASSM.
- American Psychological Association (2015). *PsycINFO*. Repéré à <http://apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>
- Brown, S. J., & Lumley, J. (1998). Communication and decision-making in labour: do birth plans make a difference? *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 1(2), 106-116.
- Centre Cochrane. (2011). *Critères PICO*. Repéré à <http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/critères-pico-0>
- Centre Cochrane. (2011). *Définir le meilleur type d'étude*. Repéré à <http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/définir-le-meilleur-type-d'étude>
- Division of Family Practice (2015). *About us*. Repéré à <https://www.divisionsbc.ca/provincial/aboutus>
- EBSCOHealth (2015). *CINAHL Database*. Repéré à <https://health.ebsco.com/products/cinahl-complete>
- Fair, C. D., Morrison, T. E., (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery* 28(10), 39-44.
- Fortin, M.-F. & Gagnon, J. (2016) *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^{ème} éd), Montréal, Canada: Chenelière Education.
- Gamelin-Lavois, S. (2006). *Préparer son accouchement*. Saint-Julien-en-Genevois, France: Jouvence.
- Garnier, M., & Delamare, V. (2012). *Dictionnaire illustré des termes de médecine* (31^{ème} éd). Paris, France: Maloine.
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219.
- Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J., & Butt, J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*, 23(3), 235-247.
- International Confederation of Midwives. (2014). *Définition internationale de la sage-femme de l'ICM*. Repéré à <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/Definition%20of%20the%20Midwife%20FRE-2011-%20updated%20August%202011.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2014). Philosophie et modèle de soins de la pratique de sage-femme. Repéré à http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005_001%20V2014%20FRE%20Philosophie%20et%20modèle%20de%20soins%20de%20pratique%20de%20sage-femme.pdf
- Kitzinger, S. (2005). *The Politics of Birth*. London, United Kingdom: Elsevier.

- Kiszio, B., & Kramer, C. (2015). *Règles et normes pour les citations et les références*. Repéré à <http://www.hesav.ch/docs/default-source/biblio-docs/apa-6-provost/regles-et-normes-pour-les-citations-et-les-references.pdf?sfvrsn=4>
- Lavender, T., & Kingdon, C., (2006). Keeping birth normal. Dans L. A. Page & R. McCandlish (Eds), *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice* (2^{ème} éd, pp. 333-357). Londres, Royaume-Uni: Elsevier Churchill Livingstone.
- Larousse. (2016). *Accouchement*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accouchement/506>
- Larousse. (2016). *Expérience*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/expérience/32237>
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), 49-59.
- Leap, N., & Edwards, N. (2006) The politics of Involving women in decision making. Dans L. A. Page & R. McCandlish (Eds), *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice* (2^{ème} éd, pp. 97-123). Londres. Royaume-Uni: Elsevier Churchill Livingstone.
- Lothian, J. (2006). Birth plans: the good, the bad, and the future. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 35(2), 295-303.
- Marshall, J., & Raynor, M. (2014). *Myles Textbook for Midwives* (6^{ème} éd.). Londres, Royaume-Uni: Elsevier Churchill Livingstone.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York, USA: Springer Publishing Company.
- Midwives Information & Resource Service (2015). *Reference Database*. Repéré à <https://www.midirs.org/our-services/reference-database-rd-online>
- National Center for Biotechnology Information, (2016). *PubMed*. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
- National Childbirth Trust (NCT). (2015). *About us*. Repéré à <https://www.nct.org.uk/about-us>
- National Childbirth Trust (NCT). (2015). *Birth policy*. Repéré à <https://www.nct.org.uk/professional/research/pregnancy-birth-and-postnatal-care/birth/nct-birth-policy>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), (2012). *Antenatal care*. Repéré à <https://www.nice.org.uk/guidance/qs22/resources/antenatal-care-2098542418117>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies*. Repérer à <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-35109866447557>
- Newburn, M., (2006). What women want from care around the time of birth. Dans L. A. Page & R. McCandlish (Eds), *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice* (2^{ème} éd, pp 3-20). Londres, Royaume-Uni: Elsevier Churchill Livingstone.
- Oxford Dictionaries. (2016). *Experience*. Repéré à http://www.oxforddictionaries.com/fr/definition/anglais_

américain/experience

Raynor, M., & England, C. (2010). *Psychology For Midwives: Pregnancy, Childbirth and Puerperium*. Maidenhead, United Kingdom: McGraw-Hill Education.

Royal College of Midwives (RCM). (2012). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-led Care in Labour : Birth Environment*. Repéré à <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Birth%20Environment.pdf>

Royal College of Midwives (RCM). (2016). *Preparation for birth*. Repéré à <http://www.rcmnormalbirth.org.uk/preparation-for-birth/>

Royal College of Midwives (RCM). (2016). *Ten top tips for women*. Repéré à <http://www.rcmnormalbirth.org.uk/ten-top-tips-for-women/>

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.

Simkin, P. (2007) Birth plans: After 25 years, women still want to be heard. *Birth*, 34(1), 49-51.

Simkin, P., Whalley, J., Keppler, A., Durham, J., & Bolding, A., (2010). *Pregnancy Childbirth and the Newborn: the complete guide* (4^{ème} éd.). Minnetonka, USA: Meadowbrook Press.

11. Bibliographie

- Alligood, M. R. (2013). *Nursing Theorists and Their Work*. Maryland Heights, USA : Elsevier Health Sciences.
- Aragon, M., & Chhoa, E. (2013). Perspectives of Expectant Women and Health Care Providers on Birth Plans. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 35(11), 979-985.
- Barraud, L. (2013). *Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance*. Mémoire inédit, Ecole de sage-femme de Clermont-Ferrand. Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/dumas-00909417/document>
- Ben Soussan, B. (2006). *Les Dix Commandements de la Périnatalité*. Ramonville, France: Eres.
- Berg, M., Lundgren, I., & Lindmark, G. (2003). Childbirth Experience in Women at High Risk: Is It Improved by Use of a Birth Plan? *The Journal of Perinatal Education*, 12(2), 1-15.
- Berthon, B. S. (2006). *Promotion de la santé, éducation pour la santé en périnatalité*. Ramonville, France: Eres.
- Brailey, S. (2006). Un projet de naissance: pour ou contre?. *Sage-femme.ch*, 10, 28-31
- Canon-Yannotti, M. (2002). *Devenir parents en maternité*. Paris, France: Masson.
- D'Hondt, M. (2013). *Le projet de naissance face aux protocoles hospitaliers*. Repéré à <http://www.alternatives.be/10ans/Le-projet-de-naissance-face-aux-protocoles-hospitaliers>
- Faraha, C. I. A. H., Mohamed, H. E. S., Elkader, S. A., & El-Nemer, A. (2015). Effect of Implementing A Birth Plan on Womens' Childbirth Experiences and Maternal & Neonatal Outcomes. *Journal of Education and Practice*, 6(6), 24-31.
- Green, J. M., Coupland, V. A., & Kitzinger, J. V. (1990). Expectations, Experiences, and Psychological Outcomes of Childbirth: A Prospective Study of 825 Women. *Birth*, 17(1), 15-24.
- Kaufman, T. (2007). Evolution of the Birth Plan. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 47-52.
- Kuo, S.-C., Lin, K.-C., Hsu, C.-H., Yang, C.-C., Chang, M.-Y., Tsao, C.-M., & Lin, L.-C. (2010). Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 806-814.
- Lundgren, I., Berg, M., & Lindmark, G. (2003). Is the childbirth experience improved by a birth plan? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(5), 322-328.
- Magoma, M., Requejo, J., Campbell, O., Cousens, S., Merialdi, M., & Filippi, V. (2013). The effectiveness of birth plans in increasing use of skilled care at delivery and postnatal care in rural Tanzania: a cluster randomised trial. *Tropical medicine & international health*, 18(4), 435-443.

- Montigny, F., & Devault, A. (2012). *La naissance de la famille: Accompagner les parents et les enfants en période périnatale*. Montréal, Canada: Chenelière Education.
- Nolan, M. L., & Foster, J. (2005). *Birth and Parenting Skills: New Directions in Antenatal Education*. Londres, Royaume-Uni: Elsevier Churchill Livingstone.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1988). *Quality assessment and assurance in primary health care*. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40663/1/WHO_OFFSET_105.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (1997). *Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique*. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65958/1/WHO_FRH_MSM_96.24_fre.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (2005). *Rapport sur la santé dans le monde: donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Repéré à <http://www.who.int/whr/2005/fr/>
- Perez, P. G. P., & Capitulo, K. L. (2005). Birth plans: are they really necessary? Pro and con. *The American journal of maternal child nursing*, 30(5), 288-289.
- Simkin, P. (1983). The Birth plan: Vehicle for trust and communication. *Birth*, 10, 184-185.
- Sham A, Chan L, Yiu KL, Ng CW, Ng J & Tang PL. (2007) Effectiveness of the use of birth plan in Hong Kong Chinese women: a qualitative exploratory research. *Hong Kong Journal of Gynaecology Obstetrics Midwifery* 7:30-34
- Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., & Martínez-Roche, M. E. (2015). Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 23(3), 520-526.
- Tagawa, O. (2008). Le Projet de Naissance en question. *Dossiers de l'obstétrique*, 10(375), 14-22.
- White-Corey, S. (2013). Birth plans: tickets to the OR? *The American journal of maternal child nursing*, 38(5), 268-273.
- Whitford, H. M., Entwistle, V. A., van Teijlingen, E., Aitchison, P. E., Davidson, T., Humphrey, T., & Tucker, J. S. (2014). Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland. *Birth*, 41(3), 283-289.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1), 17-27.
- Woolett, A., & Parr, M. (1997). Psychological task for women and men in the postpartum. *Journal of reproductive and infant psychology*, 15, 159-183.
- Wier, J. (2008). Informed consent and the birth plan. *The Practising Midwife*, 11(7), 17-18.
- Yam, E. A., Grossman, A. A., Goldman, L. A., & García, S. G. (2007). Introducing birth plans in Mexico: an exploratory study in a hospital serving low-income Mexicans. *Birth*, 34(1), 42-48.

12. Annexes

- I. Grille de lecture de l'article n°1
- II. Grille de lecture de l'article n°2
- III. Grille de lecture de l'article n°3
- IV. Grille de lecture de l'article n°4
- V. Grille de lecture de l'article n°5
- VI. Grille de lecture de l'article n°6

Annexe I : Grille de lecture de l'article n°1

The impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experience (2012)

Le journal*	
<p>Nom, paramètres de qualité, <i>impact factor</i>, <i>peer-reviewed</i>, objectifs, pays et année de publication</p>	<p>Le <i>Journal of Perinatal Education</i> est le journal officiel de l'association <i>Lamaze international</i>.</p> <p>Il s'agit d'un journal contenant des articles <i>peer-reviewed</i> dans le domaine de l'éducation à la parentalité. Il contient des articles <i>evidence-based</i>. L'objectif du journal est d'améliorer les connaissances des professionnels du domaine pour améliorer leur pratique pour soutenir la naissance naturelle, sécurisée et saine.</p> <p>Impact factor : 0.00 : inconnu</p> <p>Pays et année de publication : USA, 2012</p>
Les auteurs*	
<p>Profession et titres académiques</p>	<p>Katie Cook est une psychologue communautaire et chercheure indépendante au Canada. Coleen Loomis est professeur en psychologie associée à l'Université Wilfrid Laurier, en Ontario, Canada.</p>
L'introduction	
<p>1- La problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances.</p>	<p><u>1- Oui</u> : L'importance de l'expérience de la naissance est bien décrite. Le bien-être de la famille entière est déterminée par celui de la mère et de l'enfant. La relation future de l'attachement est également reliée à l'expérience de la femme de sa grossesse et de son accouchement.</p>
<p>2- La question de recherche est</p>	<p>Le but principal du projet de naissance est bien défini : engager la discussion avec le soignant et exprimer les</p>

clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative (ex : processus de prise de décision, relation médecin-patient, expérience de soins).

2 bis*- Le projet de naissance est défini et justifié.

désirs concernant la naissance, en fournissant des informations au préalable.

Les issues négatives d'un projet de naissance peuvent être par exemple le sentiment d'échec lorsque le plan de naissance ne peut pas être suivi ou si les attentes n'ont pas été suivies.

La littérature rappelle qu'il y a des discussions et des négociations constamment entre la femme et ses **attentes** et les soignants qui s'occupent d'elle (voire même tout l'entourage). Le soignant a donc un rôle vital dans le soutien et en l'aidant à gérer ses attentes et la réalité. Il a aussi un rôle dans le développement de sa confiance en elle. Le langage utilisé par le professionnel peut avoir un fort impact sur sa prise de décision.

La **théorie** de la « prise de décision émancipatoire » de Wittman-Price (2004, 2006) a 5 dimensions principale : réflexion, empowerment, connaissances personnelles, normes sociales et environnement flexible. Cette théorie sera utilisée comme modèle durant l'étude pour comprendre les décisions des femmes concernant leur prise de décision quant à l'accouchement.

Plusieurs **facteurs** contribuent à l'expérience de la naissance de la femme : le sentiment de contrôle, le choix dans la prise de décision, le soutien social, et l'efficacité du contrôle de la douleur. Le concept du contrôle est assez décrit et comprend le contrôle interne, externe ou le manque de contrôle. Les autres facteurs ne sont pas décrits.

2- Oui : L'étude vise à explorer comment les femmes développent et négocient avec leur projet de naissance initial et en quoi ces changements influencent leur expérience générale de la naissance.
Le but de l'étude est donc effectivement qualitatif.

2bis- Oui : La définition du projet de naissance est complète. Le projet de naissance est un outil qui souligne les préférences des femmes tout en permettant une communication ouverte avec son soignant, et lui apportant de nouvelles connaissances. Il inclut généralement des informations sur les souhaits de la mère pour la naissance, quelle forme d'intervention médicale elle souhaite et la gestion de la douleur qu'elle aimerait.

<p>3- Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits (ex : milieu dans lequel se déroule l'étude, biais).</p> <p>4- La méthode est appropriée à la question de recherche (ex : phénoménologique, théorisation ancrée, ethnographique).</p> <p>5- La sélection des participants est justifiée (ex : informateurs-clés, cas déviant).</p> <p>5bis* - les caractéristiques des participants sont décrites.</p> <p>6- Le processus de recueil des informations est clair et pertinent (ex : entrevue, groupe de discussion, saturation).</p> <p>7- L'analyse des données est crédible (ex : triangulation, vérification auprès des participants).</p>	<p>3- +/- : Le contexte sanitaire dans lequel se déroule l'étude n'est pas décrit. Il s'agit de la région de Waterloo dans l'Ontario au Canada. Cette information provient de la discussion. Il s'agit d'une des limitations de l'étude car ils ne sont restés que dans cette région et les résultats reflètent plutôt cette population.</p> <p>4- <u>Oui</u> : Il s'agit d'une étude phénoménologique. Il s'agit d'explorer comment les femmes développent un projet de naissance et les impacts sur leur expérience de possibles changements sur le projet de naissance initial.</p> <p>5- +/- : Ils ont utilisé la méthode de recrutement par effet « boule de neige » en invitant certains participants à en parler autour d'eux. L'étude a aussi été présentée à un groupe de soutien à l'allaitement local. Ce choix a été fait grâce à des connaissances entre professionnels.</p> <p>Le recrutement s'est fait de manière volontaire par les femmes souhaitant participer à l'étude. Une fois les 15 femmes trouvées, ils ont arrêté le recrutement. Le choix du nombre de 15 femmes n'est pas justifié.</p> <p>Les femmes doivent avoir accouché dans les 2 dernières années dans la région géographique proche de l'étude.</p> <p>5bis- +/- : les participantes ne sont pas vraiment décrites. Les seules informations présentes se trouvent dans les résultats.</p> <p>6- <u>Oui</u> : Il s'agit d'entretien individuels, guidés par un document avec les catégories que le chercheur souhaite aborder durant la discussion (développement du projet de naissance, récits des accouchements, réflexions sur la réalité et ce qui a dévié du projet de naissance).</p> <p>Les entretiens ont commencé en présentant la description générale de l'étude, et les deux sujets principaux (le projet de naissance, et l'expérience de la naissance). Les femmes étaient ensuite libres de choisir de commencer par l'un ou l'autre des sujets.</p> <p>La durée des entretiens était entre 45 minutes et 2 heures, dans un lieu que les femmes trouvaient le plus adéquat.</p> <p>Durant toute l'étude, les chercheurs ont rédigé tous les jours un journal contenant les descriptions précises de l'étude et la méthodologie comme preuve des étapes planifiées, faites et adaptées du début à la fin de l'étude.</p> <p>7- <u>Oui</u> : Tous les entretiens ont été enregistrés vocalement et retranscrits à posteriori par le chercheur (Cook, K.). Les données ont été analysées et codées en utilisant un programme spécifique à l'approche</p>
---	---

	<p>phénoménologique NVivo Software. Des codes ont été développés à la suite des entretiens (p.ex planifier, changement du projet de naissance, prise de décision, soutien durant l'accouchement, allaitement). Ces codes ont été utiles par la suite pour définir dans les récits des femmes ce qui a été le plus marquant pour elles.</p> <p>Afin de garantir la validité des données, les auteurs ont pris certaines mesures : l'auteure principale a gardé un audit tout au long de l'étude, au travers d'un journal retraçant tout le processus de l'étude. Durant l'analyse des données, une attention particulière a été donnée aux cas concernant les expériences négatives, afin que toutes les possibilités soient prises en considération.</p>
<p>Les résultats</p>	<p>8- +/- : Les résultats ont été classés dans 2 catégories, dont la deuxième contient encore 3 thèmes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La réalisation du projet de naissance de l'accouchement entre la femme et le soignant 2) Les changements au projet de naissance et leur impact sur l'expérience de l'accouchement de la femme <ol style="list-style-type: none"> a. Transfert de soignant ou de lieu b. Niveau et type d'intervention médicale concernant la gestion de la douleur c. Séjour à l'hôpital <p>1) Concernant la réalisation du projet de naissance, deux ressources ont aidé les femmes dans la planification de leur accouchement : les personnes de soutien et les informations reçues. Dans certains cas le compagnon était complètement investi dans la réalisation du projet et parfois il s'en est distancé. Quant au soignant, les femmes ont pu les voir non seulement comme une source d'information mais aussi comme source de partage d'expériences. La philosophie du soignant semble être importante pour les femmes, plus spécifiquement lorsque la philosophie est partagée entre la femme et le soignant.</p> <p>Les connaissances des soignants, basées sur le savoir ou sur l'expérience, influencent la réalisation du projet avec les femmes mais aussi ce qui arrive lors de changements au projet de naissance durant l'accouchement.</p> <p>2) Concernant les changements apportés au projet de naissance et leurs impacts sur l'expérience générale, les auteurs décrivent que les projets de naissance initiaux sont très variés. Le niveau de spécificité du projet de naissance détermine la flexibilité des femmes.</p> <p>Trois types de changements principaux ont été relevés :</p>

1. Transfert de soignant ou de lieu : Un changement fut dans certains positif et parfois négatif. Particulièrement pour celles qui ont dû être suivies par un obstétricien pour la suite de la prise en charge. **Plus les changements se sont révélés drastiques et n'offrant aucun contrôle aux femmes, plus les effets ont été dévastateurs.**
 2. Gestion de la douleur : L'approche de la gestion de la douleur était très diverse. Certaines femmes étaient initialement ouvertes à plusieurs techniques et d'autres fermées à toute gestion médicalisée de la douleur. Il y a eu trois types de circonstances qui ont entraîné un changement de la gestion de la douleur qui était initialement prévue dans le projet de naissance :
 - a. Acceptation volontaire d'un moyen de soulagement, plus ou moins encouragé par le soignant
 - b. Transfert de la maison à l'hôpital pour une provocation/stimulation entraînant souvent une péridurale.
 - c. CésarienneDe manière générale, **lorsqu'un grand changement est apporté à ce qui était prévu comme gestion de la douleur, les participantes ont eu de la peine à gérer ce changement et par-dessus tout, ont eu une expérience plutôt négative.**
 3. Séjour à l'hôpital : Pour les femmes qui n'avaient initialement pas prévu d'être ou de rester à l'hôpital après l'accouchement, l'expérience n'a pas été positive. Le facteur commun des différentes situations est le **changement drastique de leur projet de naissance initial.**

Pour résumer, l'existence d'un projet de naissance, bien qu'utile, ne semble pas essentielle pour les participantes. Les femmes ayant un projet de naissance flexible ont ressenti avoir une plus grande place à la négociation durant le travail et l'accouchement. Les femmes se sentant soutenues dans les prises de décision et qui ont ressenti de la confiance envers les soignants montrent une expérience de l'accouchement plus positive. Deux facteurs sont reliés à l'impact d'un changement au projet de naissance : le degré de changement qui a lieu, le sens du contrôle que la femme peut garder.
- 9- Oui : Chaque citation d'entretien apporte le reflet du vécu de la femme. Les citations sont diverses, autant positivement que négativement.

La discussion

10- Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices

11- Les limites de l'étude sont présentées (ex : transférabilité).

10- Oui : Les **résultats** montrent que :

- Les femmes comptent sur l'expertise de professionnels de confiance pour planifier et négocier les points de leur projet de naissance afin de prendre des décisions.
- L'existence d'un projet de naissance, bien qu'utile, ne semble pas essentielle pour les participantes.
- Les femmes ayant un projet de naissance flexible ont ressenti avoir une plus grande place à la négociation durant le travail et l'accouchement.
- La théorie de Wittmann-Price suggère que les femmes ont besoin de connaissances personnelles pour leur choix pour l'accouchement et qu'une des ressources pour cela est le soignant. Ce modèle met aussi l'accent sur l'importance d'un environnement flexible. C'est également ce qui est apparu dans cette étude. Les femmes qui étaient dans un environnement structuré et protocolaire ont ressenti une perte de contrôle et ne se sentent pas soutenues.
- Deux facteurs sont reliés à l'impact du changement au projet de naissance initial : le degré de changements qui a lieu, et le sens du contrôle que la femme peut garder sur ces changements. Cela ajoute une nouvelle dimension à une précédente étude sur le sujet.
- Les changements les plus drastiques aux projets initiaux (transferts de soignant ou de lieu, utilisation de médicament dans la gestion de la douleur, les interventions médicales, et le séjour inattendu à la maternité) entraînent une expérience négative pour les femmes, surtout lorsqu'elles n'ont eu aucun contrôle sur ces changements.
- Les femmes qui se sentent bien soutenues dans leur prise de décision et qui ont confiance en les soignants dans leur prise de décision montrent une expérience de la naissance plus positive. Par exemple, lorsque le suivi de grossesse est transféré à un obstétricien mais que la femme peut continuer de voir sa sage-femme et lui demander son avis quant aux décisions, elle présente une meilleure satisfaction car elle se sent encore en contrôle.

11- Oui : Une des **limitations** est la nature de l'échantillon. Il comprend 15 femmes volontaires qui ont contacté le centre de recherche. En conséquence, la représentation démographique de la région n'est pas complète.

De plus, cette étude ne montre pas de manière très égale la diversité des choix d'accouchement pour les femmes en terme de lieu ou de soignant. Et les conséquences d'un changement de projet initial ne sont pas les mêmes pour une femme ayant choisi d'être suivie par une sage-femme ou un obstétricien. Finalement, cette étude est spécifique à la région de Waterloo et aux options offertes aux femmes de cette région. Le soutien et les informations disponibles pour les femmes varient suivant les lieux.

	Le contexte spécifique de cette étude doit être considéré avant toute transférabilité des résultats.
<p>La conclusion</p>	<p>12- <u>Oui</u> : Cette étude montre un aperçu de l'expérience de la naissance dans la région de Waterloo au Canada entre 2009 et 2010. Les résultats de cette étude ont le potentiel d'impacter le niveau et le type de soin qui est offert aux femmes de cette région.</p> <p>Il est clair dans cette étude que le type de suivi que la femme choisit n'est pas nécessairement corrélé à sa capacité de garder le sens du contrôle sur son processus d'accouchement.</p> <p>Dans cette étude, les récits positifs ou négatifs des femmes étaient plutôt corrélés à leur expérience en terme de choix et de contrôle, qu'à la présence de certaines personnes dans la salle ou à certaines interventions.</p> <p>La recommandation la plus claire est que chaque personne accompagnant une femme en travail doit la soutenir dans sa prise de décision éclairée. Cela peut être fait déjà en consultation durant la grossesse et continue au long du postpartum.</p> <p>Il est important que la femme reste au centre de la prise en charge, et qu'elle soit bien soutenue dans sa prise de décision. Plus de recherche est nécessaire pour comprendre mieux les moyens que les soignants utilisent pour inclure ces concepts dans leur pratique.</p> <p>Les soins donnés par les sages-femmes durant cette étude prennent en compte les concepts : du choix éclairé, de la flexibilité, et du soutien. Cela suggère qu'il faut augmenter les soins avec une approche sage-femme pour assurer aux femmes d'avoir une expérience de la naissance non seulement saine mais aussi positive. Ces soins font partie du système d'assurance en Ontario mais pas dans d'autres provinces. Rendre les soins sages-femmes gratuits et accessibles seraient un premier pas.</p> <p>Sur son site, la Société des Gynécologues et Obstétriciens du Canada (SOGC) ont statué sur leur croyance là-dessus.</p> <p>Les statuts de la SOGC sont les mêmes buts que ceux évoqués par cette étude. D'autres études pourraient mettre à la lumière sur les moyens qu'auraient les praticiens à implanter ces valeurs.</p> <p>L'implantation de ces valeurs lors de l'éducation de la médecine obstétricale serait une étape importante.</p> <p>De plus, l'Agence de Santé Publique du Canada a publié des guidelines de soins centrés sur la famille à l'attention de tout professionnels de santé, notamment les sages-femmes et obstétriciens. Ces guidelines contiennent par exemple le choix éclairé dans un modèle de soins centrés sur la femme. La présente étude</p>

	<p>démontre que ces concepts devraient être plus introduits dans la pratique et dans l'éducation.</p> <p>Cette étude est un tremplin vers de futures recherches dans le but de mieux comprendre le rôle du choix et du contrôle durant la naissance pour la femme.</p> <p>De plus, cette étude offre aux soignants un cadre sur lequel se baser dans leurs soins aux femmes enceintes et qui accouchent.</p> <p>Finalement, cette étude offre des informations significatives et utiles pour les futurs parents lorsqu'ils choisissent le type de soins qu'ils souhaitent durant la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum.</p>
<p>L'éthique*</p>	
<p>13- Comment les auteurs ont-ils respectés les critères éthiques ?</p>	<p>13- +/- : Cette étude a été validée par le comité d'éthique de l'Université Wilfrid Laurier à Waterloo, Ontario, Canada.</p> <p>Les prénoms des femmes ont été changés afin de respecter leur anonymat.</p>

Annexe II. Grille de lecture de l'article n°2

Perspectives of Expectant Women and Health Care Providers on Birth Plans

Le journal*	
Nom du journal, paramètres de qualité, impact factor, peer-reviewed, objectifs du journal, pays de publication	<p>Le Journal d'Obstétrique et de Gynécologie du Canada est le journal officiel de la société des gynécologues obstétriciens du Canada. Il contient des articles peer-reviewed.</p> <p>Il sort mensuellement des articles sur le thème de la santé reproductive. Il contient des recommandations EBM, des rapports de comités, des états des lieux, etc...</p> <p>Pays de publication : Canada</p> <p>Impact factor : 0.00 : inconnu</p>
Les auteurs*	
Profession, titres académiques	<p>Melissa Aragon travaille dans le département de médecine familiale à l'Université de Colombie-Britannique au Canada. Les auteurs étaient étudiantes en faculté de médecine lorsque l'étude a été réalisée.</p> <p>Melissa Aragon : Master Erica Chhoa : Master of Public Health Riki Dayan : Bachelor of Science Amy Kluffinger : Bachelor of Science Zoe Lohn : Master of Science Karen Buhler : Medical Doctor</p>

Titre et résumé	
<p>1a. Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés</p> <p>1b. Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé</p>	<p><u>1a.</u> Le type d'étude est indiqué dans le résumé : il s'agit d'une étude transversale, réalisée avec des questionnaires.</p> <p><u>1b.</u> Le résumé est fait de manière complète. Il comprend les catégories nécessaires (objectif, méthode, résultats, conclusion).</p>
L'introduction	
<p>2. Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question</p> <p>3. Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i></p>	<p><u>2.</u> Le contexte est bien décrit : Les projets de naissance ont été créés dans les années 1970 dans les pays occidentaux pour améliorer l'autonomie des femmes durant l'accouchement.</p> <p>Le projet de naissance tel qu'elles le définissent est un document détaillant les préférences et attentes de la femme concernant le management, les soins du nouveau-né, la conduite en cas d'urgence, et les considérations culturelles autour de son accouchement. Son but est d'améliorer la satisfaction des femmes (travail et accouchement) en promouvant leur participation, l'information éclairée, et l'empowerment.</p> <p>Cependant les projets de naissance ont été critiqués pour être rigides et non réalistes et contribuant à une expérience négative.</p> <p>Les études précédentes ont démontré des résultats divers. Certaines études ont démontré un effet positif sur l'expérience globale.</p> <p>D'autres études ont démontré un effet médiocre, voire pas d'effet, voire un effet négatif.</p> <p>De manière générale, cela montre qu'il n'est pas clair s'il existe des bénéfices ou non à utiliser un projet de naissance.</p> <p>De plus, il s'agissait d'études de petite cohorte.</p> <p>Aucune étude n'a étudié les avantages et inconvénients d'utiliser un projet de naissance pour les femmes, les soignants et les personnes de soutien au Canada.</p> <p><u>3.</u> L'étude vise à explorer les attitudes et perceptions des femmes enceintes ou ayant accouché, et de leur</p>

	soignant, en regard de l'utilisation des projets de naissance. Elle vise également à souligner les points les plus importants que devrait contenir un projet de naissance selon les participants.
Les méthodes	
<p>4. Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document</p> <p>5. Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données</p> <p>6. Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants</p> <p>7. Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant</p> <p>8. Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe</p> <p>9. Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais</p> <p>10. Expliquer comment a été déterminé le</p>	<p>4: Les chercheurs ont développé leur questionnaire après une revue de littérature. Le questionnaire se trouvait en ligne, était anonyme. Le questionnaire pour les soignants et les personnes de soutien contient des questions sur leur profession, les avantages, les inconvénients et les aspects principaux que doit contenir un projet. Le questionnaire pour les femmes contient des questions ouvertes et fermées sur leur suivi, leur opinion des projets de naissance, les aspects les plus importants, leur choix de lieu d'accouchement etc...</p> <p>Le questionnaire transversal a été distribué entre janvier et mars 2012 à un échantillon de 122 femmes enceintes ou ayant accouché, de 110 soignants et de « personnes de soutien » au travers de réseaux sociaux sur le thème de la naissance. Les questionnaires ont été mis à disposition en ligne et étaient ensuite récoltés via Google Docs. Les données ont alors été regroupées par les chercheurs et classifiées selon les thèmes principaux d'un commun accord entre les auteurs.</p> <p>5: Concernant le contexte, au Canada les futures mamans peuvent choisir d'être suivies par des médecins de famille, des obstétriciens ou des sages-femmes. Les femmes peuvent aussi choisir d'être accompagnée par une doula. Les projets de naissance sont parfois distribués par les soignants ou la future maman peut les trouver sur internet.</p> <p>Les questionnaires ont été distribués entre janvier et mars 2012.</p> <p>Le lieu précis de l'étude n'est pas décrit. On sait tout de même qu'il s'agit de la région Colombie-Britannique au Canada.</p> <p>6: Les critères d'éligibilité ne sont pas décrits dans la méthode. On sait uniquement que les participants sont soit des femmes enceintes, des femmes ayant accouché, des soignants ou des personnes de soutien.</p> <p>7: Voici les résultats recherchés au travers des questionnaires : - Profession</p>

<p>nombre de sujets à inclure</p> <p>11. Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi</p> <p>12a. Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion</p> <p>12b. Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions</p> <p>12c. Expliquer comment les données manquantes ont été traitées</p> <p>12d. Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage</p> <p>12e. Décrire toutes les analyses de sensibilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avantages ou inconvénients à l'utilisation du projet de naissance - Thèmes les plus importants qui devraient figurer dans un projet de naissance - Femme ayant ou non déjà accouché - Femme ayant ou non déjà utilisé un projet de naissance - Femme ayant ou non eu une doula - Soignant principal choisi par la femme - Lieu d'accouchement planifié <p>Aucun facteur de prédiction ni de confusion ni d'influence ne sont cités.</p> <p><u>8.</u>: Concernant les données quantitatives, elles ont été analysées de manière descriptive. Concernant les aspects qualitatifs, les réponses ont été résumées et classifiées par les chercheurs, et chaque phrase a été discutée pour identifier les thèmes principaux.</p> <p><u>9.</u>: Pas d'indication à ce sujet</p> <p><u>10.</u>: Pas d'indication à ce sujet. Nous pouvons voir dans la partie discussion qu'il y a eu 122 femmes et 110 soignants et accompagnants qui ont participé à l'étude.</p> <p><u>11.</u>: Pas d'indication sur les outils d'analyse des données quantitatives. Les regroupements se sont probablement fait par les chercheurs en comptant le nombre de caractéristiques. Les données plus qualitatives ont été rassemblées et des thèmes principaux ont été créés.</p> <p><u>12a.</u>: Aucune analyse statistique décrite. Uniquement un calcul de pourcentage</p> <p><u>12b.</u>: Pas d'indication à ce sujet</p> <p><u>12c.</u>: Pas d'indication à ce sujet</p> <p><u>12d.</u>: Pas d'indication à ce sujet</p> <p><u>12e.</u>: Pas d'indication à ce sujet</p>
<p>Les résultats</p>	

<p>13a. Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés</p> <p>13b. Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape</p> <p>13c. Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux</p> <p>14a. Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels</p> <p>14b. Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt</p> <p>15. Rapporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés</p> <p>16a. Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus</p>	<p><u>13a.</u> Très peu d'indication à ce sujet. 122 femmes et 110 soignants ou accompagnants ont participé à l'étude.</p> <p><u>13b.</u> Pas d'indication à ce sujet</p> <p><u>13c.</u> Aucun diagramme de flux n'est présent</p> <p><u>14a.</u> Les caractéristiques des participants sont décrites ainsi que celles des soignants. Les caractéristiques des femmes comprennent la personne qui a suivi la grossesse (majoritairement une sage-femme), l'utilisation d'un projet de naissance (majoritairement oui), le lieu d'accouchement (majoritairement à l'hôpital). Les caractéristiques des soignants ou accompagnants sont leur profession (majoritairement infirmière ou médecin de famille).</p> <p><u>14b.</u> 122 femmes et 110 soignants ou accompagnant.</p> <p><u>15.</u> Les auteurs ont classé les réponses en 14 thèmes les plus importants concernant le contenu du projet de naissance. Les résultats expriment en pourcentage le nombre de femmes ou de soignants qui pensent que c'est un sujet important à inclure dans le projet. Les réponses concernant les avantages ou inconvénients d'un projet de naissance ne sont pas présentées sous forme de tableau. Les auteurs citent les résultats principaux uniquement.</p> <p><u>16a.</u> Aucune estimation ni ajustement n'a été réalisé. Aucun intervalle de confiance n'est calculé.</p> <p><u>16b.</u> Pas applicable</p> <p><u>16c.</u> Pas applicable</p> <p><u>17.</u> Pas applicable</p>
---	--

<p>16b. Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées</p> <p>16c. Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable</p> <p>17. Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité</p>	
<p>La discussion</p>	
<p>18. Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude</p> <p>19. Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel</p> <p>20. Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent</p>	<p><u>18</u> : Les résultats présentés sont variés. Deux bénéfices majeurs des projets de naissance ont été reportés. 53% des femmes et 57% des soignants ont décrit qu'il s'agissait d'un outil de communication, permettant à chacun de comprendre les attentes des femmes.</p> <p>Deuxièmement, 47% des femmes et 41% des soignants ont indiqué que c'était un outil utile durant la préparation à la naissance. Les femmes peuvent en retirer des connaissances afin de les aider à considérer des options.</p> <p>Ensuite, 53% des femmes et 47% des soignants ont rapporté que le principal désavantage serait la déception lorsque cela ne se passe pas comme prévu. 30% des femmes et 26% des soignants ont exprimé que le projet de naissance pourrait amener à une inflexibilité et une rigidité, qui peuvent être potentiellement mauvais.</p> <p>Concernant la composition des projets de naissance, l'item principal concernait la gestion de la douleur (présent dans 59% des projets), suivi du choix du soignant (présent dans 42%).</p> <p>D'autres résultats additionnels ont été reportés : 18% des femmes et 20% des soignants soulignent que cela améliore l'autonomie et l'information éclairée.</p>

21. Discuter la « généralisation» (validité externe) des résultats de l'étude

20% des femmes et 4% des soignants soulèvent que le projet aide les futures mamans à avoir une vision positive de l'accouchement.

19% des femmes et 9% des soignants soulèvent que cela aide les femmes à se sentir en contrôle. Mais 29% des femmes et 14% des soignants pensent le contraire.

Seulement 4% des soignants ont déclaré ne pas trouver d'utilité à l'utilisation d'un projet de naissance

En conclusion : les femmes enceintes et les soignants voient des bénéfices à l'utilisation d'un projet de naissance. Il s'agit d'un outil éducationnel et leur permet un certain empowerment. Malgré les aspects positifs, les participants ont soulevé l'aspect de la déception amené par le projet de naissance, le faux sens du contrôle et une rigidité.

La gestion de la douleur est l'aspect principal des projets de naissance.

Le résultat de cette étude montre que l'utilisation d'un projet de naissance peut améliorer l'expérience du travail et de l'accouchement si la femme peut comprendre que certaines circonstances sont inconnues et que le projet peut ne pas être respecté en entier.

De plus, le succès d'un projet de naissance dépend de la communication ouverte entre le soignant et la femme, et de l'environnement qui est propice à une information éclairée.

Les auteurs suggèrent que le projet de naissance pourrait être un outil utilisé pour améliorer la continuité des soins, informer la femme de l'imprévisibilité de l'accouchement. Cet outil devrait être évolutif dans le temps.

Les auteurs suggèrent que le terme « projet de naissance » pourrait être remplacé par le terme « guide de naissance ».

19 : Plusieurs limites sont soulevées.

Premièrement le recrutement s'est centré sur les femmes d'une région. Les résultats ne sont donc pas représentatifs.

Des biais peuvent avoir eu lieu car dans le recrutement, 50% des femmes recevaient des soins sage-femme, alors qu'entre 2007 et 2008 seulement 6% des femmes étaient suivies par une sage-femme.

	<p>Le questionnaire était disponible en anglais, alors les résultats peuvent être limités à cet aspect culturel.</p> <p>Le manque de variable démographique empêche une généralisation de cette étude.</p> <p>Finalement, le terme « projet de naissance » n'a pas été défini dans les questionnaire et donc une interprétation personnelle a pu avoir lieu.</p> <p><u>20</u> : Leur méthodologie n'est pas décrite de manière complète. Cette étude ne semble pas avoir été réalisée de manière scientifique.</p> <p>L'interprétation des résultats est complexe. Les femmes enceintes et en post-partum sont regroupées dans le même groupe, mais comment est-ce possible si elles n'ont pas accouché de donner leur avis sur un projet de naissance ?</p> <p>Il n'y a pas non plus d'indication sur les issues obstétricales. Une césarienne diffère d'un AVB.</p> <p><u>21</u>. Le manque de variable démographique empêche une généralisation de cette étude. De plus il n'est pas possible de reproduire l'étude de manière correcte</p>
<p>Information complémentaires</p> <p>22. Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté</p> <p>23. Les critères éthiques ont été respectés</p>	<p><u>22</u> : L'étude a été soutenue par le <i>Family Practice Initiative Fund</i>.</p> <p><u>23</u> : Les questionnaires étaient anonymes. Pas d'autre information.</p>

Annexe III : Grille de lecture de l'article n°3

Is the childbirth experience improved by a birth plan?

Le journal*

Nom du journal, paramètres de qualité, *impact factor*, *peer-reviewed*, objectifs et pays de publication

Le *Journal of Midwifery and Women's Health* est le journal officiel de l'*American College of Nurse-Midwife* aux Etats-Unis.

Ce journal présente les nouvelles recherches et les connaissances actuelles au sujet de différents sujets interdisciplinaires notamment les soins sage-femme, la gynécologie, les soins primaires materno-infantiles et la santé publique.

Avec un focus principal sur l'EBP, ce journal a pour objectif d'améliorer les soins de santé des femmes et promouvoir l'excellence des soins sage-femme.

Impact factor : 1.067

Pays et année de publication : **USA, 2003**

Les auteurs*

Profession, titres académiques

La première auteure, Ingela Lundgren est infirmière-sage-femme (doctorat), elle est professeur associée à la faculté des sages-femmes à l'Université de Göteborg en Suède. Elle a collaboré avec une autre infirmière sage-femme et une obstétricienne.

Les domaines de recherche des autres auteures sont, pour l'une, le vécu de l'accouchement pour les femmes ayant des grossesses à risque et pour l'autre, le management de la santé materno-infantile en Suède et dans les pays en voie de développement.

Ingela Lundgren : Registered Nurse-Midwife, Master Nursing Science, Master Public Health, Doctor of Philosophy

Marie Berg : Registered Nurse-Midwife, Master Nursing Science, Master Public Health, Doctor of Philosophy

Gunilla Lindmark : Doctor of Medicine, Doctor of Philosophy	
Titre et résumé	
<p>1a. Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés</p> <p>1b. Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé</p>	<p><u>1a</u> : Non il n'est rien indiqué dans le titre ou dans le résumé quant au type d'étude</p> <p><u>1b</u> : Le résumé est présent. Il contient les informations principales (méthode, résultat, conclusion) mais sans les titres. Il est cependant peu développé.</p>
L'introduction	
<p>2. Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question</p> <p>3. Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i></p>	<p><u>2</u> : L'introduction commence par l'expérience de la naissance d'un enfant dans la vie d'une femme. Les impacts dans sa vie sont multiples. Un des facteurs principaux pour améliorer cette expérience est la qualité de la relation entre la femme et la sage-femme. Les projets de naissance sont apparus dès les années 1980 pour améliorer cette expérience. Le projet de naissance tel que décrit par les auteurs se centre sur la relation entre la femme et la sage-femme, et a pour but d'offrir un sentiment de contrôle pour la femme envers les événements et les pratiques durant l'accouchement. Le projet leur offre des options à considérer au préalable de l'accouchement, et des choix qu'elles pourraient avoir.</p> <p>Le format peut être variable, entre une check-list ou format plus ouvert avec thèmes principaux.</p> <p>Le résultat d'une étude précédente est présenté : le projet de naissance n'affecte pas le niveau de contrôle mais c'est le processus de rédaction du projet que les femmes ont jugé utile.</p> <p>Une autre étude est citée pour expliquer que pour certaines femmes il est du rôle de la sage-femme de prendre les décisions et d'être au contrôle.</p> <p>D'autres études montrent que la naissance est influencée par le niveau socio-économique des femmes. Avant la naissance, les femmes d'un haut niveau seraient plus à même de vouloir du contrôle et de l'autonomie. Un projet de naissance pourrait donc être plus utile pour les femmes de ce niveau.</p> <p>Une autre étude démontre que l'efficacité du projet de naissance dépend de la communication, de l'hygiène de vie, de l'environnement et de la structure démographique.</p> <p>Le nombre d'études qui analysent le résultat des effets du projet de naissance est limité.</p> <p><u>3</u> : L'étude vise à évaluer les effets de la création et de l'utilisation d'un projet de naissance durant la fin de la</p>

	<p>grossesse sur l'impact global de l'expérience de la naissance. Les auteures se sont également demandées si les améliorations de l'expérience grâce au projet de naissance seraient dépendantes de la classe socioéconomique des femmes.</p>
<p>Les méthodes</p> <p>4. Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document</p> <p>5. Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données</p> <p>6. Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants</p> <p>7. Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant</p> <p>8. Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe</p> <p>9. Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais</p>	<p>4. Le groupe contrôle a été recruté en premier, il s'agissait de femmes ayant accouché de manière standard dans un des sept hôpitaux. Le recrutement du groupe d'intervention s'est fait par la suite. Il s'agissait de femmes enceintes dans les mêmes hôpitaux.</p> <p>Dans chacun des groupes, des sous-groupes selon la classe sociale ont été définis.</p> <p>Dans le groupe standard les femmes ont reçu un questionnaire à remplir.</p> <p>Dans le groupe d'intervention les femmes reçoivent par une sage-femme un questionnaire avant l'accouchement qu'elles remplissent à la maison, créent un projet de naissance avec la sage-femme sur la base de leur questionnaire. A l'admission à l'hôpital, le projet de naissance est donné en salle d'accouchement à la sage-femme qui a été formée pour utiliser un projet de naissance.</p> <p>Après une semaine postpartum, les femmes reçoivent un autre questionnaire.</p> <p>5. Les soins anténataux en maternité en Suède ont été introduits dans les années 1940 dans la politique « Welfare » et sont aujourd'hui intégrés dans le système de santé général.</p> <p>D'un point de vue international, les soins de maternité suédois sont un exemple unique d'un projet de santé publique offrant la gratuité des soins pour chaque femme. Ce programme offre des soins durant la grossesse et jusqu'à 12 semaines post-partum, et offre aussi la possibilité de l'éducation prénatale.</p> <p>Lorsque la situation est physiologique, les sages-femmes prennent en charge les soins anténataux et l'accouchement. L'obstétricien prend le relai lors de pathologie ou de complication mais la sage-femme reste présente.</p> <p>Les sages-femmes hospitalières ou dans les cliniques de santé primaires ont des employeurs différents. Cela peut mener à briser la continuité des soins durant la grossesse et ceux pour l'accouchement. Les sages-femmes hospitalières ont des tournus. De plus, elles ne connaissent pas les patientes avant qu'elles arrivent. Dans ce contexte, le projet de naissance pourrait apporter une compensation pour ce manque de continuité au passage de la grossesse à l'accouchement. Il s'agit là d'une hypothèse d'un but du projet de naissance amené par les auteurs.</p> <p>A Göteborg il n'y a qu'une seule grande maternité divisée en deux régions. Elle comporte quatre salles</p>

<p>10. Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure</p> <p>11. Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi</p> <p>12a. Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion</p> <p>12b. Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions</p> <p>12c. Expliquer comment les données manquantes ont été traitées</p> <p>12d. Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage</p> <p>12e. Décrire toutes les analyses de sensibilité</p>	<p>d'accouchement.</p> <p>Cette étude a été réalisée dans une des deux régions. Il y a une salle pour les grossesses physiologiques et une salle pour les grossesses compliquées.</p> <p>Concernant les soins anténataux, à Göteborg il y a 17 unités publiques et une unité privée (gérée par des sages-femmes).</p> <p>Les femmes de cette étude ont été sélectionnées dans sept unités anténatales différentes : cinq pour les grossesses physiologiques, une pour les grossesses compliquées et une privée. La localisation des unités est diverse.</p> <p>Le recrutement a eu lieu entre 2000 et 2001. Les dates de l'intervention ne sont pas connues, ni la durée de l'étude.</p> <p><u>6</u> : Les participantes ont été sélectionnées selon ces critères : dès 33 semaines de grossesse, ne doivent pas avoir de césarienne programmée, doivent avoir un bon niveau de compréhension et d'écriture du suédois.</p> <p>Les participantes du groupe contrôle devaient avoir accouché dans une des sept maternités et avoir eu des soins standards.</p> <p><u>7</u> : Les auteurs ont pris en compte les résultats des questionnaires notés entre 1 et 2, et entre 5 et 6. Ils n'ont pas pris en compte tous les résultats plutôt moyens.</p> <p>Les premiers critères sont les caractéristiques des participantes : âge, classe socioéconomique, parité, statut de la grossesse.</p> <p>Cependant il n'y a aucun ajustement réalisé en fonction de ces critères.</p> <p>Pour le questionnaire avant l'accouchement : cinq catégories ont été créées :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) relation à la sage-femme, médecin, ou partenaire, 2) peur de l'accouchement, 3) douleur durant l'accouchement, 4) sens du contrôle, 5) inquiétudes pour l'enfant. <p>Pour le questionnaire après l'accouchement : les cinq mêmes catégories + sur l'expérience globale + 2 questions ouvertes sur la peur de l'accouchement, et l'expérience de l'accouchement</p> <p>Dans chacun des groupes, des sous-groupes selon la classe sociale ont été défini.</p>
--	--

Un tableau résume les **issues obstétricales** : hospitalisation unité à risque, présentation, Apgar, pertes sanguines, déchirures périnéales, jumeaux, provocation, instrumentation, délivrance artificielle, épisiotomie, accouchement du siège, césarienne en urgence, néonatalogie, intervention du pédiatre, perfusion d'ocytocine. Cependant il n'y a aucun ajustement réalisé en fonction de ces critères.

8: Toutes les données proviennent de questionnaires distribués à certains moments de l'étude. Ces questionnaires ont été créés sur la base de cinq études qualitatives sur l'expérience des femmes durant leur grossesse et leur accouchement.

L'échelle va de 1 à 6, de « totalement d'accord » à « totalement en désaccord ».

Les phrases sont des déclarations comme p. ex « j'ai peur d'accoucher » et les femmes doivent donner le score de 1 à 6.

Le questionnaire avant l'accouchement contient 28 phrases + 3 questions ouvertes
Le questionnaire après l'accouchement contient 61 phrases + 4 questions ouvertes

Il n'est pas possible d'accéder aux questionnaires.

9 : Aucune information sur les changements pour éviter les biais.

10 : L'échantillon nécessaire a été calculé (271 dans chaque groupe) mais il n'est pas indiqué de quelle manière.

11 : Les variables quantitatives provenaient directement des catégories des questionnaires. Concernant les questions ouvertes qui apparaissent dans les questionnaires, il n'y a aucune information sur la manière dont ces données ont été utilisées ou catégorisées par les chercheurs. On ne sait pas non plus les réponses de ces questions ouvertes.

12a : L'analyse a été faite avec un programme SPSS. Les calculs du chi2 et du p ont été utilisés pour le calcul de la signification.

12b : Concernant les sous-groupes de classe sociale, aucune information sur la méthode pour examiner les résultats.

12c : Il est dit que le taux de réponse dans le groupe contrôle fut de 91% et de 98% dans le groupe d'intervention. Cependant aucune information n'est donnée sur les informations manquantes.

	<p><u>12d</u> : Pas applicable</p> <p><u>12e</u>: Pas applicable</p>
<p>Les résultats</p> <p>13a. Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés</p> <p>13b. Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape</p> <p>13c. Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux</p> <p>14a. Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels</p> <p>14b. Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt</p> <p>15. Reporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés</p> <p>16a. Indiquer les estimations non</p>	<p><u>13a</u>: Un grand nombre de femmes étaient potentiellement éligibles à l'étude (nombre non indiqué) 41 femmes n'ont pas été intégrées au recrutement car les sages-femmes n'avaient pas le temps de donner les informations en anténatal. 45 femmes ont refusé la participation à l'étude 49 femmes ont été perdues dans le recrutement pour modification du lieu de suivi anténatal. 2 femmes ont eu un bébé mort-né.</p> <p>Dès qu'ils ont obtenu 271 femmes sûres pour le groupe d'intervention, ils ont arrêté le recrutement afin d'avoir le même nombre que pour le groupe contrôle. Il s'agit donc d'un total de 542 femmes participant à l'étude.</p> <p><u>13b</u> : Une fois intégrées à l'étude, il n'y a pas d'information concernant des pertes de participantes.</p> <p><u>13c</u> : Un diagramme de flux présente uniquement le recrutement et le déroulement de l'étude de manière simple. Seul le nombre total de participante apparaît.</p> <p><u>14a</u>: Les participantes ont en moyenne 30 ans, sont majoritairement salariées (classe haute et moyenne assez égale), autant de primipare que de multipare, et plutôt avec des grossesses à bas risque. La majorité ont eu une hospitalisation à bas risque, ont eu un accouchement par voie basse normale, avec un bon Apgar à la naissance. La moitié ont tout de même reçu de l'ocytocine durant le travail. Un tableau résume les issues obstétricales. Aucun facteur de confusion n'est exposé.</p> <p><u>14b</u> : 271 femmes dans chaque groupe. 140 multipares et 131 nullipares dans le groupe contrôle et idem dans le groupe intervention.</p>

<p>ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus</p> <p>16b. Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées</p> <p>16c. Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable</p> <p>17. Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité</p>	<p>106 femmes de bas niveau social et 165 femmes de haut niveau social dans le groupe contrôle. 113 femmes de bas niveau social et 158 femmes de haut niveau social dans le groupe contrôle.</p> <p><u>15</u> : A part les caractéristiques sociodémographiques et les issues obstétricales déjà exposées ci-dessus. Voici les indicateurs mesurés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relation avec la sage-femme (écoute, attention, soutien, guidance, respect, temps passé, compétence, confiance, soutien pour la douleur) - Peur de l'accouchement - Peur de la douleur - Peur de l'accouchement positive ? - Inquiétude pour l'enfant - Sens du contrôle - Expérience globale <p><u>16a</u> : Il semble qu'aucun facteur de confusion n'ait été pris en compte. Il n'y a aucun ajustement des résultats.</p> <p><u>16b</u> : Les valeurs bornes des intervalles ne sont pas indiquées.</p> <p><u>16c</u> : Pas applicable</p> <p><u>17</u> : Une analyse des sous-groupe en fonction de la classe socioéconomique a été réalisées.</p>
<p>La discussion</p>	
<p>18. Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude</p> <p>19. Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel</p>	<p><u>18</u> : L'hypothèse concernant l'amélioration de l'expérience par les femmes qui ont réalisé un projet de naissance est rejetée. Concernant la relation avec la sage-femme, les femmes du groupe d'intervention ont des scores moins élevés pour 4 des 7 items (écoute et attention aux besoins $p=0.023$, soutien $p=0.016$, guidance $p=0.007$, et respect $p=0.043$).</p> <p>Plus de 90% des femmes du groupe contrôle ont donné un haut score concernant tous les aspects du contact avec la sage-femme sauf un peu moins pour la question du temps et de la gestion de la douleur.</p>

<p>20. Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent</p> <p>21. Discuter la « généralisation » (validité externe) des résultats de l'étude</p>	<p>Il n'y a pas de différence significative entre les groupes pour ces catégories : peur de l'accouchement, douleur, sens du contrôle, inquiétudes concernant l'enfant, et l'expérience globale.</p> <p>L'hypothèse que le projet de naissance serait plus utile pour les femmes de haut niveau socio-économique est aussi rejetée.</p> <p>Il n'y a pas de différence significative entre les groupes socio-économiques. Cependant, les résultats indiquent que certains des aspects comme la peur, la douleur et les inquiétudes pour l'enfant étaient améliorés pour certains sous-groupes. Les femmes de niveau élevé soulèvent moins d'inquiétudes concernant la difficulté de l'accouchement pour l'enfant ($p=0.019$)</p> <p>Dans le groupe d'intervention, les femmes primipares ($p=0.005$) et celles de niveau bas niveau socio-économique ($p=0.033$) ont eu une expérience positive concernant la douleur de l'accouchement.</p> <p>Les multipares du groupe d'intervention ont eu moins de peur de donner naissance ($p=0.039$) et moins de peur de la douleur de l'accouchement ($p=0.048$) que les multipares du groupe contrôle.</p> <p><u>19</u> : Premièrement, le questionnaire n'a pas été validé statistiquement auparavant. Cependant, toutes les phrases ont été validées par les résultats des études qualitatives utilisées.</p> <p>Deuxièmement, aucune randomisation n'a été possible, car le design était trop complexe.</p> <p>Troisièmement, le niveau général de satisfaction des soins est haut même avec des soins standards.</p> <p>Finalement, la sélection du groupe contrôle a été faite avant que l'intervention n'ait commencé dans les cliniques.</p> <p><u>20</u> : Les résultats indiquent que remplir un questionnaire à la fin de la grossesse et créer un projet de naissance n'améliorent pas l'expérience de la naissance.</p> <p>A la place, il a été découvert que certains aspects de la relation avec la sage-femme ont été moins satisfaisant pour le groupe intervention.</p> <p>Il n'y a pas de différence significative entre les groupes socio-économiques.</p> <p>Cependant, certains aspects sont améliorés pour certaines catégories du groupe d'intervention. Cela devrait amener à d'autres études.</p> <p>Les multipares du groupe d'intervention ont eu moins de peur de donner naissance et moins de peur de la</p>
--	---

<p>douleur de l'accouchement que les multipares du groupe contrôle.</p> <p>Dans le groupe d'intervention, les femmes primipares et celles de niveau bas niveau socio-économique ont eu une expérience plus positive concernant la douleur de l'accouchement.</p> <p>Les auteurs font l'hypothèse que les sages-femmes prodiguent déjà des soins de très haute qualité et qu'elles sont douées dans la relation avec les femmes. Cela expliquerait pourquoi l'intervention d'un projet de naissance ne paraît pas nécessaire.</p> <p>Les auteurs font une autre hypothèse : les projets de naissance amèneraient les femmes à répondre à des questions auxquelles elles ne sont pas préparées à répondre.</p> <p>Il serait aussi possible que le projet de naissance pourrait empêcher la sage-femme d'avoir une rencontre unique avec la femme. Si c'est le cas, le projet de naissance n'est qu'une feuille de papier de plus ce qui peut amener la sage-femme à se concentrer plus sur ce papier que sur la rencontre avec la femme.</p> <p>Une autre hypothèse est amenée : avoir de trop grandes attentes pourrait amener à de moins bons résultats. Des autres études sont citées mais il en existe que peu.</p> <p>Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes concernant le sens du contrôle durant l'accouchement. Les auteurs suggèrent qu'il peut y avoir des malentendus concernant la notion de contrôle.</p> <p><u>21</u>: Il n'y a pas d'indication concernant l'application de l'étude. Les auteurs suggèrent qu'il faudrait plus de recherches concernant l'utilisation d'un projet de naissance dans d'autres contextes.</p>	
<p>Informations complémentaires</p>	
<p><u>22</u>: Pas d'information à ce sujet.</p> <p><u>23</u>: Le consentement éclairé a été obtenu de chaque participante. La confidentialité a été respectée. Une validation par le comité d'éthique de l'hôpital a été obtenue.</p>	<p>22. La source de financement et le rôle des financeurs sont indiqués.</p> <p>23. Les principes éthiques sont respectés.</p>

Annexe IV : Grille de lecture de l'article n°4

Birth Plans : What Matters for Birth Experience Satisfaction

<p>Le journal*</p>	<p>Nom, paramètres de qualité, <i>impact factor</i>, <i>peer-reviewed</i>, objectifs, pays et année de publication</p> <p>Le journal <i>Birth : Issues in Perinatal Care</i> présente des recherches cliniques dans le domaine de la médecine périnatale, des soins infirmiers périnataux, des soins sage-femme, de la santé publique et des sciences sociales. Il contient des articles <i>peer-reviewed</i>. Il s'agit d'un journal indépendant, international et multidisciplinaire qui analyse les problèmes autour du processus de l'accouchement, et ceux corrélés au bien-être maternel et fœtal. L'objectif du journal est d'améliorer l'expérience de l'accouchement pour la majorité des femmes à bas risque de complications obstétricales.</p> <p>Impact factor : 1.264</p> <p>Pays et année de publication : USA, 2016</p>
<p>Les auteurs*</p> <p>Profession, titres académiques</p>	<p>Jenny Y. Mei est étudiante en médecine à l'Université de Californie. Yalda Adshar est résidente en médecine en obstétrique et gynécologie, Kimberly Gregory est professeur et vice-présidente du département pour l'amélioration des soins de la santé des femmes, Sarah Kilpatrick est présidente du département de Gynécologie-Obstétrique du centre médical Cedars-Sinai, et Tania Eskoff est professeure assistante du département d'obstétrique et gynécologie du centre médical Cedars-Sinai.</p> <p>Jenny Y. Mei : Bachelor of Science, Medical student Yalda Afshar : Doctor of Medicine in Obstetrics and Gynecology Kimberly D. Gregory : Doctor of Medicine, Professor and Vice Chair of Women's Healthcare and Performance Improvement in the Department of Obstetrics and Gynecology, Master of Public Health Sarah J. Kilpatrick : Doctor of Medicine, Chair of the Department of Obstetrics and Gynecology</p>

Tania F. Esakoff : Doctor of Medicine, Assistant Professor in the Department Obstetrics and Gynecology	
Le titre et le résumé	
<p>1a. Le type d'étude réalisée est indiqué dans le titre ou dans le résumé en termes couramment utilisés</p> <p>1b. Le résumé donne une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé</p>	<p><u>1a.</u> Non, le type d'étude n'est pas indiqué dans le titre, il est indiqué dans le résumé mais de manière non explicite.</p> <p><u>1b.</u> Le résumé est détaillé et complet, il contient les catégories nécessaires pour comprendre l'étude rapidement (contexte, méthode, résultats et conclusion).</p> <p>L'objectif principal est décrit : catégoriser les demandes des projets de naissance et déterminer si le nombre de demande et le nombre de demandes réalisées sont corrélés à la satisfaction de l'expérience de l'accouchement.</p>
L'introduction	
<p>2. Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude</p> <p>3. Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i></p>	<p><u>2.</u> Le projet de naissance est défini : il s'agit d'un document créé avant ou durant la grossesse, parfois durant les cours de préparation à la naissance, qui aide la mère à déterminer ses valeurs concernant l'accouchement, à être informée des options disponibles pour le travail, et à développer une liste de critères pour aménager un environnement soutenant pour elle. Le projet de naissance est destiné à être partagé avec les soignants dans le but d'augmenter le contrôle par la femme et de faciliter la communication avec les soignants.</p> <p>La question du « flou » au sujet de la structure du projet de naissance est expliquée : il n'y a pas de processus clairement décrit pour créer le projet de naissance. Il y a une forte hétérogénéité dans les projets. Certains proviennent d'internet et n'ont pas un contenu très actuel ni approprié. Cela peut créer des tensions avec le soignant au lieu de faciliter la communication.</p> <p>Le contexte actuel des études précédemment réalisées amène plusieurs éléments-clés.</p> <p>La simple discussion pour créer le projet de naissance semblerait offrir aux femmes de la satisfaction, même si au final ses souhaits n'aient pas été réalisés.</p> <p>Une étude soulève que la mise en œuvre d'un projet de naissance améliorerait l'expérience de la naissance,</p>

	<p>permettrait de combler des attentes et d'améliorer le sentiment de participation.</p> <p>D'autres études soulèvent que si les femmes ne restent pas flexibles concernant le projet de naissance risquent d'être déçues. C'est une des préoccupations des soignants, car l'accouchement est souvent un processus qui ne peut pas être maîtrisé.</p> <p>Selon une étude, 33 % des femmes et 26% des soignants auraient indiqué que le projet de naissance amènerait une rigidité qui peut entraîner de mauvaises issues.</p> <p>La notion de « faux sentiment de contrôle » amené par le projet de naissance est soulevée par 29% de femmes et 14% de soignants dans une autre étude.</p> <p>Particulièrement pour les femmes à haut risque, le projet pourrait intensifier les sentiments négatifs concernant l'expérience de l'accouchement.</p> <p>Il n'existe que peu de preuve concernant l'effet sur la satisfaction lors de l'utilisation de projet de naissance.</p> <p><u>3</u> : L'objectif principal de cette étude est de catégoriser chaque item qui apparaît dans les projets de naissance, de calculer leur fréquence, de compter le nombre d'item par projet, et de décrire lesquels sont réalisés.</p> <p>Le deuxième objectif est de déterminer si le nombre d'item et le nombre de demande réalisée sont corrélés à la satisfaction de l'expérience de l'accouchement.</p> <p>La première hypothèse est que l'expérience de l'accouchement est positivement influencée par un nombre élevé de demandes réalisées.</p> <p>La deuxième hypothèse est que l'expérience de l'accouchement est négativement influencée par un nombre total important de demandes.</p>
<p>La méthode</p> <p>4. Présente les éléments-clés de la conception de l'étude en tout début de document</p> <p>5. Décrit le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de</p>	<p><u>4</u> : Il s'agit d'une sub-analyse qualitative transversale issue d'une étude de cohorte prospective réalisée antérieurement.</p> <p>Le but de l'étude primaire est d'analyser les effets des projets de naissance sur les issues obstétricales et l'expérience de l'accouchement.</p> <p>Le but de cette sub-analyse est de quantifier et d'analyser qualitativement la satisfaction de l'accouchement en prenant de la distance quant aux résultats binaires trouvés dans l'étude primaire.</p>

<p>recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données</p> <p>6. Indique les critères d'éligibilité, les sources et les méthodes de sélection des participants</p>	<p><u>5</u> : Les participantes ont été recrutées par les chercheurs de l'étude à leur arrivée dans l'unité de naissance d'un centre hospitalier urbain de niveau tertiaire. Après une explication orale détaillée et l'obtention d'un consentement éclairé, les chercheurs ont copié les projets de naissance et ont obtenu l'autorisation de consulter les dossiers médicaux. La gestion de l'accouchement était ensuite laissée entre les mains du soignant. Il s'agit d'une méthode d'échantillonnage non probabiliste par convenance.</p>
<p>7. Définit clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, les facteurs d'influence et les critères diagnostiques</p>	<p>Les chercheurs ont lu et étudié chaque projet. Ils ont fait une liste de chaque élément et l'ont entré dans une base de donnée. Chaque item était soit positif (ex : je veux un clampage tardif) soit négatif (ex : je ne veux pas que mon bébé ait d'onguent pour les yeux). Le nombre total d'item a été comptabilisé. La réalisation de seulement 8 des 23 items ont pu être vérifiés au travers des dossiers médicaux. Il s'agit par conséquent uniquement de procédures obstétricales.</p>
<p>8. Pour chaque variable d'intérêt, indique les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrit la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe</p>	<p><u>6</u> : Les participantes doivent avoir une grossesse unique, être au moins à 34 semaines de grossesse, enceinte d'un unique fœtus en présentation céphalique, accoucher par voie basse et avoir rédigé un projet de naissance auparavant. Il n'y a pas d'indication concernant la parité. Les critères d'exclusion sont : un AVAC, une présentation fœtale complexe, une mort in-utero, une malformation utérine connue, une suspicion de décollement placentaire ou une contre-indication à un accouchement voie basse.</p>
<p>9. Décrit toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais</p>	<p><u>7</u> : Voici les critères de résultats qui ont été recherchés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'item apparaissant dans les projets de naissance - Fréquence d'apparition d'un item dans le total des projets de naissance - La fréquence d'une intervention médicale lorsque elle était mentionnée ne pas vouloir être faite - Satisfaction globale de l'accouchement - Attente comblée concernant leur accouchement - Sentiment de contrôle durant l'accouchement
<p>10. Explique comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure</p>	<p>Il n'y a pas d'indication de facteurs de confusion, de prédiction ni d'influence.</p>
<p>11. Explique comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrit quels regroupements ont été effectués et pourquoi</p>	<p><u>8</u> : Ils ont calculé le nombre de fois que chaque item apparaissait et le pourcentage de projet de naissance dans lequel cet item apparaît. En utilisant un outil de régression logistique, ils ont calculé un odd ratio, l'intervalle de confiance de 95%, et le p pour chaque item.</p>
<p>12a. Décrit toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion</p>	<p>Il n'y a pas d'indication de facteurs de confusion, de prédiction ni d'influence.</p>

<p>12b. Décrit toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions</p> <p>12c. Explique comment les données manquantes ont été traitées</p> <p>12d. Le cas échéant, décrit les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage</p> <p>12e. Décrit toutes les analyses de sensibilité</p>	<p>Après l'accouchement, chaque femme a rempli un questionnaire de satisfaction à l'hôpital qui leur demande d'évaluer leur expérience à 3 niveaux : +) sentiment de satisfaction général 2) si ses attentes ont été comblées et 3) si elles se sont senties en contrôle.</p> <p>Les phrases ont été écrites de manière affirmative, et les participantes devaient indiquer si elles étaient en accord ou non avec chaque phrase, sur une échelle de 1 à 5.</p> <p><u>9</u> : Aucune mesure ne semble avoir été prise pour limiter les biais.</p> <p><u>10</u> : La taille de l'échantillon n'est pas justifiée. Aucune indication quant à une éventuelle saturation des données.</p> <p><u>11</u> : Ils ont ensuite utilisé une corrélation de rang Spearman à 2 niveaux pour évaluer comment le nombre total d'item et leur réalisation sont corrélés aux trois mesures de satisfaction de l'accouchement.</p> <p>Ils ont ensuite appliqué les scores de Likert (satisfait/non-satisfait) pour chacune des trois mesures de satisfaction. La régression logistique a été utilisée pour comparer ensuite le risque relatif d'être satisfait de l'accouchement.</p> <p>La signification a été définie à $p < 0.05$.</p> <p><u>12a</u> : L'analyse statistique a été faite avec le logiciel SPSS et le SAS. Cette étude a obtenu l'accord IRB.</p> <p><u>12b</u> : Pas applicable</p> <p><u>12c</u> : Il n'y a pas d'indication concernant les données manquantes.</p> <p><u>12d</u> : Pas applicable</p> <p><u>12e</u> : Pas applicable</p>
Les résultats	
<p>13a. Rapporte le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple :</p>	<p><u>13a</u> : Il y a eu 148 femmes qui correspondaient aux critères. Cinq ont refusé la participation à l'étude. Seulement 109 avait leur projet de naissance à leur arrivée en salle d'accouchement et ont été incluses. Il y en a</p>

<p>potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés</p>	<p>94 qui ont rempli le questionnaire postpartum.</p> <p><u>13b</u> : Comme cité précédemment. Certaines ont refusé, certaines n'avaient pas pris de projet de naissance, et certaines n'avaient pas rempli le questionnaire postpartum.</p>
<p>13b. Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape</p> <p>13c. Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux</p>	<p><u>13c</u> : Pas de diagramme de flux présent.</p> <p><u>14a</u> : Il manque toute indication sociodémographique de la population étudiée. Les caractéristiques cliniques sont présentées dans la méthodologie dans les critères d'inclusion. Nous savons que durant l'accouchement, c'est le soignant qui prend en charge la situation et non les chercheurs. Aucun facteur de confusion n'est évoqué.</p>
<p>14a. Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels</p> <p>14b. Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt</p>	<p><u>14b</u> : Pour chaque variable ils ont inclus toutes les participantes. Il n'y a pas d'indication spécifique concernant des données manquantes. La seule information est que seulement 94 des 109 femmes ont rempli le questionnaire post-partum. Dans les projets de naissance, les participantes n'ont pas parlé toutes des mêmes items. Celles n'ayant pas nommé certains items sont indiquées dans les tableaux.</p>
<p>15. Rapporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps</p> <p>16a. Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus</p>	<p><u>15</u> : Le premier indicateur mesuré est le nombre total d'items décrits dans les projets de naissance (23 au total). Ensuite ils ont calculé la fréquence de tous les items dans les projets de naissance (en moyenne 10 par projet).</p> <p>Un odd ratio a ensuite été calculé pour savoir quelle était la chance d'avoir une des interventions pour les celles qui avait précisément spécifié ne pas la vouloir, par rapport à celles qui n'en avait pas parlé. Pour l'administration de vitamine K et d'onguent chez le nouveau-né, les femmes ayant indiqué leur refus ont significativement moins de chance d'en recevoir. Idem pour la péridurale ou l'ocytocine.</p> <p>Ensuite, un autre indicateur a pu être calculé. Il s'agissait de savoir si le nombre d'item comblés est corrélé à une meilleure satisfaction de l'expérience de naissance. Il semble que lorsque les femmes ont plus de 33% de leurs items comblés, les femmes sont 4x plus satisfaites.</p>
<p>16b. Indiquer les valeurs bornes des</p>	<p>Ensuite, le dernier indicateur a mesuré l'impact du nombre total d'item dans les projets de naissance en lien avec la satisfaction globale de l'accouchement. Lorsque les femmes présentaient plus de 15 items dans leurs projets, elle avait 80% de moins bonne satisfaction globale.</p>

<p>intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées</p> <p>16c. Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable</p> <p>17. Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité</p>	<p><u>16a</u> : Les auteurs n'ont pas indiqué d'ajustement ni de facteur de confusion.</p> <p><u>16b</u> : Pour chaque OR calculé, l'intervalle des valeurs bornes est indiqué entre parenthèses dans les tableaux.</p> <p><u>16c</u> : Il n'y a aucun RR indiqué</p> <p><u>17</u> : Chaque indicateur mesuré est nommé au numéro 15</p>
<p>La discussion</p>	
<p>18. Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude</p> <p>19. Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel</p> <p>20. Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent</p> <p>21. Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude</p>	<p><u>18</u> : Au total, 23 items avaient été identifiés dans les projets de naissance, avec une moyenne de 10 items par projet. Au vu des limitations dans les dossiers médicaux, seulement huit des vingt-trois items ont été analysés dans cette étude.</p> <p>Les recherches ont validé leur hypothèse qu'un haut pourcentage d'items comblés impacterait positivement la satisfaction de l'expérience de l'accouchement ($p=0.03$), le sentiment que leurs attentes sont comblées ($p<0.01$) et leur sentiment d'être en contrôle ($p<0.01$).</p> <p>Il semblerait que l'indication de ne pas vouloir une intervention diminuerait significativement la chance de l'avoir tout de même, comme pour l'érythromycine ($OR=0.02$, $p=0.00$) ou la vitamine K ($OR=0.05$, $p=0.00$). Finalement, avoir un nombre élevé d'attente est associé à 80% de réduction de la satisfaction globale de l'accouchement ($p<0.01$).</p> <p><u>19</u> : Les auteurs nomment plusieurs limites à leur étude.</p> <p>Premièrement, l'échantillon est plutôt petit et provient uniquement d'un seul lieu. Cela peut limiter la généralisation à d'autres groupes de mères. Cependant, il s'agit d'un grand hôpital qui reçoit toutes sortes de population diverses.</p>

Etant donné que les femmes à risque obstétricaux ont été exclues de l'étude, les chercheurs ne peuvent pas analyser l'utilité des projets de naissance dans leur satisfaction globale.

Le manque d'accès aux données médicales a été une limitation pour certaines procédures obstétricales. Cela aurait peut-être permis d'avoir plus que 23 items.

Les auteurs indiquent plusieurs forces de leur étude.

Le fait que les femmes arrivaient avec leur projet de naissance déjà écrit leur avait permis de s'affirmer dans leurs valeurs et souhaits en arrivant à la maternité.

Etant donné qu'il s'agit d'une sub-analyse d'une cohorte précédente, il y a moins de risque d'erreur et de biais.

20: Concernant le nombre d'items comblés et le lien avec la satisfaction globale, une **interprétation** serait que la femme se sent prise en considération dans son unicité par le soignant. L'application des soins centrés sur la femme ont démontré dans le passé un lien avec la satisfaction de l'expérience.

Le fait d'écrire trop d'items dans son projet de naissance pourrait démontrer une anxiété de lâcher-prise de la part de la femme. Lister des envies serait peut-être un moyen d'essayer d'avoir le maximum de contrôle.

Le fait que la satisfaction globale n'est pas améliorée par un nombre trop élevé d'items pourrait laisser à penser que les soignants n'apprécient pas que les femmes veulent avoir le contrôle et non le laisser à la sage-femme

Les soignants peuvent alors voir ces femmes comme non flexibles et cela peut amener à une perte de communication. Cela entraîne alors une baisse de satisfaction.

Il est très intéressant de réaliser les risques d'avoir une procédure lorsque la femme a expressément déclaré ne pas la vouloir. Cela nous démontre que la communication concernant chaque intervention que le soignant pourrait faire serait nécessaire afin qu'elle puisse dire ce qu'elle en pense au préalable. Cela diminuerait le risque d'avoir cette procédure selon les résultats de cette étude.

21: Comme décrit dans l'étude, il peut être difficile d'appliquer les résultats à d'autres populations étant donné que l'étude provient d'un seul hôpital. Cependant celui-ci comporte une diversité de la population très importante.

Informations complémentaires

22. La source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude sont indiqués.

23*. Les principes éthiques de la recherche sont respectés.

22 : Les auteurs indiquent ne pas avoir reçu de soutien financier.

23 : Pour participer à l'étude, les sujets ont signé un consentement éclairé écrit après avoir reçu une explication orale détaillée de l'étude. Les auteurs assurent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Annexe V : Grille de lecture de l'article n°5

Birth planning — is it beneficial to pregnant women ?

Le journal*	
Nom, paramètres de qualité, impact factor, <i>peer-reviewed</i> , objectifs et pays de publication	L' <i>Australian Midwifery Journal</i> est le journal officiel du Collège Australien des Sages-Femmes. Il n'y a pas d'information plus précise sur le journal concernant son contenu ou ses objectifs. Impact factor : 0.00 : inconnu Pays et année de publication : Australie, 2004
Les auteurs*	
Profession, titres académiques	Kerry Peart est sage-femme et membre honoraire de l'Université de Ballarat en Australie.
L'introduction	
1- La problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances.	1- +/- : La problématique commence en décrivant le contexte historique en Australie. Dans les années 1990, une série d'étude s'est réalisée dans diverses maternités à la suite du nombre élevé de femmes non satisfaites du système de santé périnatal. Cela a permis d'identifier les points à améliorer et de suggérer des actions pour y remédier. Cela a également permis de clarifier les différentes positions des soignants travaillant en maternité ceci dans le but de créer des guidelines.
2- La question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative (ex : processus de prise de décision, relation médecin-patient, expérience de soins).	De diverses manières, les femmes ont pu exprimer leur non satisfaction quant au manque de choix de soignants, de lieu d'accouchement, de pratiques et leur manque d'implication dans le processus de naissance, car tout est géré par les hôpitaux. Cela a permis de réaliser que pour de nombreux lieux, c'est l'approche biomédicale qui est développée principalement et qu'ils n'ont que peu conscience de l'incidence sur la mère et

2 bis* - Le projet de naissance est défini et justifié.

l'enfant. Une des recommandations faites par plusieurs études serait de réaliser un projet de naissance pour augmenter la satisfaction des femmes.

Le concept du projet de naissance est décrit dans son historique : introduit en 1970 en Europe et en Amérique en réponse à la médicalisation de l'accouchement. Recommandée pour son usage dans les maternités dans de nombreux pays industrialisés, son but est décrit de manière très variée et son application reste controversée.

Les projets de naissance écrits ont été utilisés en Australie depuis 10 ans mais avec peu d'analyse sur leur application ou leur valeur en pratique. Deux études australiennes ont tenté d'identifier si les femmes bénéficiaient ou non des projets de naissance, mais pas de résultat significatif n'en est ressorti. En d'autres termes, les projets de naissance n'ont pas démontré de contribution à l'amélioration de l'expérience de la naissance des femmes.

2-Non : La question de recherche n'est pas décrite dans l'introduction.

Cependant, le but très large de l'étude est décrit dans l'introduction : Investiguer l'expérience des femmes enceintes quant aux projets de naissance.

Le but de l'étude est précisé dans la discussion : le but de cette étude est d'évaluer le degré de contrôle que les femmes étaient capables d'avoir durant leur grossesse et leur accouchement en analysant leur utilisation du projet de naissance et les connaissances des soignants.

2bis- non : L'auteure ne donne pas de définition du projet de naissance dans son introduction. Elle le décrit comme étant créé dans les années 1970 en réponse à la médicalisation de l'accouchement. Elle souligne que son utilisation, et sa valeur sont encore très controversés.

La méthode

<p>3- Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits (ex : milieu dans lequel se déroule l'étude, biais).</p> <p>4- La méthode est appropriée à la question de recherche (ex : phénoménologique, théorisation ancrée, ethnographique).</p> <p>5- La sélection des participants est justifiée (ex : informateurs-clés, cas déviant).</p> <p>6- Le processus de recueil des informations est clair et pertinent (ex : entrevue, groupe de discussion, saturation).</p> <p>7- L'analyse des données est crédible (ex : triangulation, vérification auprès des participants).</p>	<p>3- +/- : La profession de la chercheuse est précisée : elle est sage-femme et travaille également en santé familiale. C'est elle qui a sélectionné les lieux de distribution des questionnaires pour sélectionner les participants. Les questionnaires ont été donnés à 2 éducateurs en périnatalité, 4 sages-femmes et 5 infirmières en santé materno-infantile dans la région de Victoria en Australie afin qu'ils les distribuent à des femmes ayant accouché récemment.</p> <p>Les entretiens qui suivaient le questionnaire se déroulaient aux domiciles des participants, par la chercheuse elle-même.</p> <p>4- <u>Qui</u> : Il s'agit d'une étude phénoménologique. Le but est d'évaluer l'expérience des femmes.</p> <p>5- +/- : Des questionnaires ont été distribués à des professionnels de la maternité afin de les distribuer à des femmes ayant eu leur premier enfant, entre six semaines et six mois post-partum. Quarante-deux femmes ont accepté de remplir le questionnaire et d'être interviewées. Environ la moitié avait fait un projet de naissance et l'autre moitié avait verbalisé ses souhaits à son entourage ou au soignant. Uniquement deux femmes n'avaient pas du tout préparé de projet.</p> <p>Les questionnaires contenaient des questions démographiques, mais également des questions concernant leur accouchement et leur degré de satisfaction. L'auteur les a ensuite interviewées à leur domicile durant en moyenne une heure.</p> <p>La moitié des femmes avaient utilisé un projet de naissance et l'autre moitié avait verbalisé leurs souhaits à leur entourage et au soignant.</p> <p>6- +/- : Les participantes ont premièrement rempli un questionnaire contenant des questions démographiques, ainsi que le récit et le degré de satisfaction concernant leur accouchement et les soins. 42 femmes ont accepté de remplir le questionnaire et d'être interviewées à leur domicile par la chercheuse. Chaque entretien a duré en moyenne une heure. Il s'agissait d'entretien entre six semaines et six mois postpartum.</p> <p>7- <u>Non</u> : Aucune information relative à l'analyse de donnée n'est fournie. Il semble que la chercheuse était seule pour recueillir les données et les analyser.</p>
<p>Les résultats</p>	

<p>8- Les principaux résultats sont présentés de façon claire.</p> <p>9- Les citations favorisent la compréhension des résultats.</p>	<p>8- +/- : Les principales caractéristiques des participantes sont exposées dans la partie méthode, sous forme de texte. Aucun tableau n'est présenté.</p> <p>La plupart des hôpitaux fournissent un projet de naissance standard. Douze participantes ont décidé d'utiliser celui-là. Dix participantes ont écrit leur propre projet de naissance.</p> <p>Le projet de naissance a été identifié par les femmes comme un outil important de préparation à la grossesse et à l'accouchement. Les participantes ont exprimé penser être capable de changer ses projets en cas d'imprévu, ce que les soignants eux ne trouvaient pas possible avec un projet de naissance. Certaines tensions sont apparues entre des soignants et les perceptions des femmes quant au but du projet de naissance. Certains soignants ne l'ont même pas utilisé.</p> <p>Dix-huit femmes ont choisi d'uniquelement verbaliser leur souhait à leur famille et au soignant, en étant claires qu'elles ne pouvaient pas s'arrêter à leur choix uniquelement, ce qui leur semblait être le cas en remplissant le projet de naissance. Pour certaines il était plus facile de tout verbaliser sans écrire. Pour certains soignants il était plus intéressant de discuter plutôt que d'avoir le projet écrit.</p> <p>Une participante s'est vue encourager par son médecin à ne pas donner son projet de naissance écrit à l'hôpital en argumentant qu'ils n'y prêteraient pas attention.</p> <p>Le langage utilisé dans les projets de naissance fut problématique pour certaines femmes, car il s'agissait de jargon médical.</p> <p>Deux femmes n'ont pas réalisé de projet de naissance, car elles n'en avaient pratiquement jamais entendu parler et ne souhaitaient pas s'y intéresser. Une participante a d'ailleurs souligné le caractère imprévisible de l'accouchement et donc a préféré ne pas faire de projet.</p> <p>Plusieurs femmes ont exprimé le besoin d'avoir un sentiment de contrôle sur le travail et l'accouchement, et cela se ressent lorsque l'on voit que 40 des 42 participantes avaient prévu des points d'un projet de naissance, écrit ou non.</p> <p>Au cours des entretiens, les femmes ont pu exprimer leur confusion quant au fait qu'elles étaient encouragées à avoir des points en tête qu'elles souhaitaient, mais tout en devant rester ouvertes et préparées à autoriser le personnel médical à agir s'ils le jugeaient nécessaire. Elles devaient être en contrôle mais compliantes en même temps.</p> <p>La moitié des femmes (21) a trouvé inutile d'avoir un projet de naissance et disent même vouloir être prudente à ce sujet quant à un futur accouchement.</p> <p>Une partie s'est également sentie incapable de faire des choix utiles, et donc ne voyait pas le but de faire un</p>
---	--

	<p>projet à l'avance.</p> <p>L'autre partie de femmes a trouvé utile de réaliser un projet de naissance (40%). Une petite partie (8%) a exprimé vouloir renouveler l'expérience pour une future grossesse. Une femme a pu exprimer que de mettre sur papier et de le reprendre 3-4 fois l'a aidé à se projeter. Cela a aussi aidé son partenaire à savoir ce qu'elle voulait.</p> <p>9- +/- : Quelques citations sont présentes pour décrire les caractéristiques des populations et leurs avis sur le projet de naissance et sa forme. Il n'y a que deux citations sur l'expérience de l'accouchement en lien avec le projet de naissance.</p>
<p>La discussion</p>	
<p>10- Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices.</p> <p>11- Les limites de l'étude sont présentées.</p>	<p>10- +/- : Il semble qu'il y ait des arguments autant positifs que négatifs sur l'utilité du projet de naissance durant la grossesse et l'accouchement.</p> <p>La revue de littérature a démontré que l'expérience positive de la grossesse et de l'accouchement dépend de 4 dimensions : la sécurité, le sens contrôle, accéder à des informations utiles, et la continuité des soins.</p> <p>Selon cette étude, le projet de naissance pourrait être une solution possible pour élargir les choix des femmes et leur offrir du contrôle sur leur environnement d'accouchement.</p> <p>Les perceptions des femmes étaient très différentes. Il est rappelé que les femmes doivent être flexibles lorsqu'elles créent des projets de naissance.</p> <p>Les raisons entravantes à la réalisation d'un projet de naissance étaient : l'imprévisibilité de l'accouchement, le manque de connaissance, le manque de compréhension du processus « technique » durant l'accouchement et le manque de soutien des soignants pour identifier les besoins des femmes.</p> <p>Le projet de naissance a servi à plusieurs aspects pour d'autres femmes : le dialogue, la clarification des besoins, montrer les besoins de femmes aux soignants et le sentiment d'être préparée à l'accouchement.</p> <p>Les femmes avaient de la peine à réaliser que le problème de non-satisfaction quant à son accouchement est un problème répandu. Elles avaient tendance à penser que c'était dû à elles. Elles avaient aussi de la peine à lier leurs difficultés (d'attachement, de lien physique avec le bébé, etc...) à la nature interventionniste et médicalisée de l'accouchement.</p>

	<p>11- L' article de mentionne pas de limite à l'étude.</p>
La conclusion	
<p>12- La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées.</p>	<p>12- +/- : En conclusion, l'étude montre que le projet de naissance n'a pas de conséquence sur le résultat de l'expérience de l'accouchement. De plus, les femmes ont de la peine à faire le lien entre leurs difficultés et la nature médicalisée de l'accouchement. Elles n'ont pas la vision systémique. Planifier un projet de naissance permet de prendre conscience de ses besoins. Il permet d'avoir du contrôle sur les événements. Cependant, moins de la moitié des femmes de l'étude a pu le confirmer.</p>
L'éthique*	
<p>13- Les principes éthiques de la recherche sont respectés.</p>	<p>13- La recherche a été menée après une approbation éthique par l'Université de Deakin. Pas d'autre information.</p>

Annexe VI. Grille de lecture de l'article n°6

Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomised controlled trial.

Le journal*

Nom du journal, paramètres de qualité, impact factor, peer-reviewed, objectifs du journal, pays de publication

Le « International Journal of Nursing Studies » fournit un forum pour des recherches originales et des savoirs sur le système de santé, l'organisation, la gestion, les forces de travail, les politiques, au sujet des soins infirmiers et de la midwifery, ainsi que d'autres professions médicales en lien.

L'objectif et de soutenir les preuves en publiant des recherches. Le journal aspire également à améliorer la qualité de la recherche en publiant des études méthodologiques.

Le journal contient des articles qui sont « peer-reviewed » dans la communauté des soins depuis 1963.

L'impact factor est de 2.901

Pays d'édition : USA

Les auteurs*

Profession, titres académiques

Su-Chen Kuo est infirmière sage-femme, et travaille à l'Institut des soins infirmiers et sages-femmes à Taipei, Taiwan.

Les autres auteurs travaillent à différents endroits : l'école des soins infirmiers de Taipei, l'hôpital Saint-Paul à Taiwan, l'hôpital Chang-Gun à Taipei, l'hôpital Ton Yen General à Taiwan, et l'hôpital général à Taiwan.

Su-Chen Kuo : Nurse Midwife, Teacher at the Institute of Nurse-Midwifery

Kuan-Chia Lin : Associate Professor National Taipei University of Nursing and Health Science

Chi-Ho Hsu : Nurse, Assistant Professor School of Nursing

Cherng-Chia Yang : Works in the Obstetrics and Gynecological Department

	<p>Min-Yu Chang : Works in the Nursing Department of Chang-Gun Hospital Chien-Ming Tsao : Works in the Obstetrics Department of Ton Yen General Hospital Lie-Chu Lin : Works in the Taichung Veterans General Hospital</p>
<p>Titre et résumé</p> <p>1a. Identification en tant qu' « essai randomisé » dans le titre</p> <p>1b. Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions</p>	<p>1a : Oui, l'essai est identifié dans le titre</p> <p>1b : Oui, le résumé contient les catégories nécessaires qui sont : contexte, objectif, devis, lieux, participants, méthodes, résultats, conclusion.</p>
<p>L'introduction</p> <p>2a. Contexte scientifique et explication du bien-fondé</p> <p>2b. Objectifs spécifiques et hypothèses</p> <p>2c. Contexte du système de maternité dans le pays de l'étude*</p>	<p>2a : L'introduction commence en mettant en lumière ce qui est déjà connu sur le sujet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le projet de naissance peut guider les femmes pour participer dans le processus d'accouchement - L'effet des projets de naissance sur le sens du contrôle durant l'accouchement et l'expérience positif est pour le moment incohérent selon les études <p>Et ce que cette étude ajoute :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les projets de naissance affectent le sens de l'accomplissement des femmes quant à leur expérience d'accouchement - Les projets de naissance augmentent le sentiment de contrôle des femmes sur leur processus d'accouchement, autant que sur leur expérience positive. <p>Le projet de naissance est défini dans son historique, ses buts, et sa forme. Il a été créé dès les années 1980 en Europe et en Amérique en réponse à la médicalisation de l'accouchement. Le projet de naissance est défini comme étant un outil de communication écrit préparé par une femme enceinte, qui comprend ses préférences pour la gestion de son accouchement. En général, le projet de naissance ouvre un canal de discussion entre la femme et son soignant. Ils ont des formats différents afin d'aider les femmes à acquérir une meilleure expérience de leur accouchement, en leur accordant un plus haut niveau de contrôle.</p> <p>Le contexte des naissances à Taiwan est ensuite décrit.</p>

Depuis quelques dizaines d'années, l'accouchement à Taiwan est devenu plus sécurisé, et les taux de mortalité materno-infantile ont nettement diminués, notamment grâce aux innovations techniques et à l'accès aux soins. 99.9% des femmes accouchent à l'hôpital. Il n'y a pas de sage-femme qui y travaillent, et les projets de naissance n'ont été que très rarement utilisés et évalués.

Une fois que la femme est accueillie en salle d'accouchement elle est soumise à une politique restrictive et doit passer au travers de procédures médicales de routine. De 1995 à 2007, un tiers des femmes accouchaient par césarienne, ce qui dépasse de 15% le taux que l'OMS définit.

Cependant, cette hausse de médicalisation a amené à une expérience plutôt négative des accouchements pour beaucoup de femmes à Taiwan. Dans ce contexte, chaque soignant ne traite pas forcément les femmes de manière individuelle et dans le respect de ses droits d'être impliquée dans les décisions, et sans être sensible à ses désirs et ses émotions. Les femmes à Taiwan sont plutôt passives dans leur prise en charge. Et donc beaucoup de femmes ont une expérience d'accouchement négative, de souffrance et de non respect de la part des soignants.

Les femmes en retirent des bénéfices lorsqu'elles peuvent bénéficier d'auto-détermination durant l'accouchement. Être informée et participer aux décisions sur les traitements augmentent les sentiments positifs des femmes, et cela peut même agir sur la relation d'attachement mère-enfant.

Les attentes prénatales concernant l'accouchement ont un impact sur l'expérience globale de la maternité. Si les attentes des femmes sont comblées, même partiellement, celles-ci ont plus de chance d'avoir une expérience positive. Leur expérience est aussi influencée par leur niveau de contrôle durant le processus.

Certaines études ont démontré que 93% des femmes qui ont été informées sur le processus et sur les choix qu'elles pouvaient faire ont eu une meilleure confiance et une meilleure communication avec la sage-femme ou le médecin.

Une autre étude a démontré que l'utilisation d'un projet de naissance a été satisfaisante, bien que l'accouchement ne se soit pas déroulé exactement comme elles l'avaient prévu.

Un auteur souligne que la capacité des projets de naissance d'encourager les femmes dépend de la communication ouverte, de compétences adéquates, d'un environnement et d'une structure idéale.

Jusqu'à aujourd'hui il n'y a eu aucune étude clinique randomisée sur l'efficacité des projets de naissance, et les études qui ont évalués les projets de naissance sont assez limitées. Celles-ci ont toujours été menées ailleurs qu'à Taiwan.

Le sentiment d'accomplissement des femmes et leur sentiment de contrôle durant l'accouchement n'ont pas

	<p>encore été investigués.</p> <p>Les auteurs ont été motivés par le manque critique d'améliorer la qualité des soins et la communication entre les soignants et les femmes dans les systèmes de santé à Taiwan. Ils ont pris des primipares afin qu'elles n'aient aucun point de comparaison et que cette expérience soit unique et nouvelle.</p> <p><u>2b</u>: Les auteurs ont été motivés par le manque critique d'améliorer la qualité des soins et la communication entre les soignants et les femmes dans les systèmes de santé à Taiwan. L'objectif de cette étude est de déterminer, pour les primipares, les effets du projet de naissance sur le sentiment d'achèvement des attentes des femmes, sur leur sentiment de contrôle et sur la qualité de leur expérience de la naissance. Un deuxième objectif concerne plus spécifiquement la manière avec laquelle les infirmières pourraient promouvoir les projets de naissance à Taiwan.</p>
<p>Les méthodes</p> <p>3a. Description du plan de l'essai (tel que : groupes parallèles, plan factoriel) en incluant les ratios d'allocation</p> <p>3b. Changements importants de méthode après le début de l'essai (tel que les critères d'éligibilité), en expliquer la raison</p> <p>4a. Critères d'éligibilité des participants</p> <p>4b. Structures et lieux de recueil des données</p> <p>5. Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites</p>	<p><u>3a</u>: Un paragraphe décrit le devis de l'étude : Il s'agit d'un essai contrôlé en semi-aveugle, randomisé. Une figure résume le plan de l'essai. 330 participantes sont éligibles, elles sont ensuite assignées de manière randomisée en deux groupes de 165 participantes. Le groupe d'intervention qui est soignée selon une intervention spécifique et le groupe contrôle qui est pris en charge de manière standard.</p> <p><u>3b</u>: Il n'y a pas eu de changement au niveau du devis de recherche durant l'étude.</p> <p><u>4a</u>: Pour participer à l'étude, les participantes devaient être des primipares d'au moins 32 semaines d'aménorrhées, âgées d'au moins 18 ans, ayant une grossesse harmonieuse, et sachant écrire et communiquer clairement en chinois.</p> <p>Un critère d'exclusion fut le mode d'accouchement par césarienne élective.</p> <p><u>4b</u>: Les participantes ont été recrutées dans sept hôpitaux dans la partie nord et centrale de Taiwan, et avec la participation de 10 obstétriciens. Ces hôpitaux avec des salles de travail et d'accouchement qui correspondaient aux critères standards médicaux.</p> <p>A Taiwan, les dépenses pour les contrôles prénataux et l'accouchement sont payés par le gouvernement. Les femmes enceintes vont en hôpital pour leur suivi. Les examens sont fait en premier lieu par des obstétriciens, et</p>

<p>6a. Critères "à priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués</p> <p>6b. Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essais, en expliquant la raison</p> <p>7a. Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminé ?</p> <p>7b. Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt</p>	<p>l'éducation thérapeutique est faite par des infirmières. Cependant aucun de ces professionnels ne parle des projets de naissance avec les femmes. De manière générale, les hôpitaux fournissent l'éducation prénatale. Lorsqu'une femme arrive à l'hôpital, elle est prise en charge par une infirmière. Elle suit une routine hospitalière assez précise. L'accouchement est réalisé par l'obstétricien. Les pères sont autorisés à assister à l'accouchement.</p> <p><u>5</u>: L'étude s'est déroulée de mars à octobre 2007.</p> <p>L'étude s'est déroulée entre mars et octobre 2007 dans sept hôpitaux de la partie nord-centrale de Taiwan, avec la participation de 10 obstétriciens. L'étude a inclus 330 femmes primipares d'au moins 18 ans, enceintes d'au moins 32 semaines d'aménorrhées avec une grossesse sans complication, et provenant de sept maternités de la région. Les femmes ayant une césarienne programmée ont été exclues.</p> <p>Les obstétriciens et les infirmières participantes ont été informées sur la notion de « friendly childbirth », sur les projets de naissance, sur les preuves de ces pratiques et sur l'étude qui allait être réalisée.</p> <p>Les 330 femmes éligibles ont reçu à domicile un questionnaire personnel d'informations sociodémographiques, ainsi qu'un questionnaire sur leurs attentes concernant l'accouchement. L'allocation s'est ensuite faite de manière randomisée. Un total de 296 femmes ont participé à l'entier de l'étude</p> <p>Le projet de naissance qui a été utilisé a été créé à la suite d'une revue de littérature et de l'expérience des auteurs. Il s'agit d'un formulaire, consistant en une liste d'options que la femme pouvait choisir. Cette liste contenait les procédures qui sont généralement pratiquées. Elle contenait également la notion de position d'accouchement. Une question ouverte permettait d'exprimer d'autres attentes. Le projet de naissance ne comprenait aucun item concernant le nouveau-né ou le postpartum.</p> <p>Le groupe d'intervention (159 femmes) a ensuite reçu des informations concernant le projet de naissance, par des infirmières. Ces femmes avaient ensuite une discussion avec l'obstétricien et ils ont écrit et signé un projet de naissance individualisé ensemble après un consensus. Chaque projet de naissance était placé dans son dossier. A son arrivée en salle d'accouchement, l'infirmière en charge d'elle prenait son projet de naissance et devait l'appliquer.</p> <p>Les 151 femmes du groupe contrôle étaient prises en charge de manière standard.</p> <p>Par la suite, chaque participante, à 1 jour post-partum, a rempli un questionnaire sur l'achèvement des attentes de l'accouchement, une échelle sur le contrôle durant l'accouchement, et un questionnaire sur l'expérience de l'accouchement.</p>
---	--

<p><u>6a</u> : Les premiers critères sont les données sociodémographiques (âge, éducation, profession, salaire mensuel et grossesse planifiée ou non).</p> <p>Les deuxièmes critères concernent les attentes pour l'accouchement. Les sous-catégories incluaient l'environnement de soin, le soutien du conjoint, la participation active, les attentes pour la douleur, et le soutien médical. Il y a 37 questions, et les participantes doivent répondre sur une échelle de 1 à 5 leur niveau d'attente.</p> <p>Les critères suivants sont l'achèvement des attentes de l'accouchement. Le questionnaire utilisé est le même qu'au prénatal.</p> <p>L'échelle de niveau de contrôle est une échelle pour mesurer des attentes et les expériences au sujet du niveau de contrôle durant l'accouchement.</p> <p>Enfin, le questionnaire concernant l'expérience de l'accouchement fut distribué. Il comprenait une échelle de 1 à 5, avec 29 questions.</p> <p><u>6b</u> : Aucun changement de critère n'est mentionné.</p> <p><u>7a</u> : La taille de l'échantillon s'est faite grâce à une analyse statistique.</p> <p>Afin d'avoir 80% de chance de détecter une différence significative de 4.5 points entre les deux groupes sur le score de l'expérience de l'accouchement, et en autorisant une perte de 20% de participantes, 165 femmes étaient nécessaires par groupe, et donc 330 au total.</p> <p><u>7b</u> : Pas applicable</p>	
Randomisation	
<p><u>8a</u> : Méthode de randomisation par blocs</p> <p><u>8b</u> : Méthode de randomisation par blocs, blocs de 6 sujets</p> <p><u>9</u> : Une procédure a été suivie :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Choix de la taille du bloc de 6 2) Calculs des combinaisons avec 6 sujets C (contrôle) 6 sujets T (traitement) 	<p>8a. Méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation par tirage au sort</p> <p>8b. Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction (comme par ex. : par blocs, avec la taille des blocs)</p>

<p>9. Mécanisme utilisé pour mettre en œuvre la séquence d'allocation randomisée (comme par exemple : l'utilisation d'enveloppes numérotées séquentiellement), en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions.</p> <p>10. Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes</p>	<p>3) Les blocs sont choisis de manière randomisée par un logiciel pour l'assignation des 330 participants.</p> <p>4) Après avoir préparé la séquence de randomisation, les sujets ont été affilé par une personne externe de l'étude.</p> <p>5) Durant le processus d'allocation, chaque sujet avait un numéro d'identification unique.</p> <p>6) La procédure a mené à 165 participants dans chaque groupe</p> <p><u>10</u> : La séquence a été générée par un logiciel. C'est une infirmière qui a informé les femmes durant les consultations prénatales, puis elles ont reçu des documents directement. Les participants ont été assignés par une personne externe de l'étude.</p> <p><u>11a</u> : Il n'y a pas d'indication concernant qui était aveugle après l'assignation.</p>
<p>11a. Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions (par exemple, les participants, les administrateurs de traitement, ceux qui évaluent les résultats) et comment ont-ils été empêchés de savoir</p>	<p><u>11b</u> : Pas applicable</p> <p><u>12a</u> : Le logiciel SPSS a été utilisé pour l'analyse statistique. Le t-test et le chi2 ont été aussi utilisés, pour analyser les différences dans les groupes.</p> <p><u>12b</u> : Pour analyser les effets du projet de naissance, ils ont utilisé un modèle de randomisation intercepté comprenant deux variables : variance au niveau étudiant // variance au niveau macro.</p>
<p>11b. Si approprié, description de la similitude des interventions</p> <p>12a. Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires</p>	<p><u>11b</u> : Pas applicable</p> <p><u>12a</u> : Le logiciel SPSS a été utilisé pour l'analyse statistique. Le t-test et le chi2 ont été aussi utilisés, pour analyser les différences dans les groupes.</p> <p><u>12b</u> : Pour analyser les effets du projet de naissance, ils ont utilisé un modèle de randomisation intercepté comprenant deux variables : variance au niveau étudiant // variance au niveau macro.</p>
<p>12b. Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sous-groupes ou des analyses ajustées</p>	<p><u>11b</u> : Pas applicable</p> <p><u>12a</u> : Le logiciel SPSS a été utilisé pour l'analyse statistique. Le t-test et le chi2 ont été aussi utilisés, pour analyser les différences dans les groupes.</p> <p><u>12b</u> : Pour analyser les effets du projet de naissance, ils ont utilisé un modèle de randomisation intercepté comprenant deux variables : variance au niveau étudiant // variance au niveau macro.</p>

Les résultats	
<p>13a. Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal</p> <p>13b. Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons</p> <p>14a. Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi</p> <p>14b. Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu</p> <p>15. Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe</p> <p>16. Nombre de participants (dénominateur) inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine</p> <p>17a. Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (comme par ex. : intervalles de</p>	<p><u>13a</u> : 330 participantes éligibles, aucune exclue. Assignment en deux groupes de 165. Finalement 296 participantes à l'étude.</p> <p><u>13b</u> : 330 participantes éligibles, aucune exclue. Assignment en deux groupes de 165. Finalement 296 participantes à l'étude.</p> <p>Perdus durant le suivi : groupe intervention 159, groupe contrôle 151 Exclus de l'analyse pour données manquantes : Groupe intervention 155, groupe contrôle 141 Total de 296 participantes à l'étude.</p> <p><u>14a</u> : L'étude a duré de mars à octobre 2007</p> <p><u>14b</u> : Le recrutement des informations terminait le jour après que la dernière femme ait accouché. Il n'y a pas d'indication sur la durée de l'analyse de l'étude.</p> <p><u>15</u> : Il y a un tableau décrivant les caractéristiques basiques personnelles des participantes (âge, éducation, occupation, salaire mensuel, grossesse planifiée ou non)</p> <p><u>16</u> : Un tableau résume le nombre de participant pour chaque variable, pour les deux groupes.</p> <p><u>17a</u> : Le groupe expérimental a une expérience positive de l'accouchement significativement plus haut que le groupe contrôle (t=2.48, p=0.01).</p> <p>Le groupe expérimental a aussi montré un degré plus élevé du sens du contrôle durant l'accouchement (t=9.60, p=<0.001).</p> <p>Pas de différence significative entre les groupes au niveau des attentes vis à vis de l'accouchement. Mais il y a eu une différence significative dans le groupe d'intervention qui reporte un plus haut taux</p>

<p>confiance à 95%)</p> <p>17b. Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives est recommandée</p> <p>18. Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées à priori des analyses exploratoires</p> <p>19. Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe</p>	<p>d'accomplissement de leurs attentes vis à vis de l'accouchement ($t=2.63$, $p=0.01$).</p> <p>Concernant l'implication durant l'accouchement, il y a eu une différence significative dans le groupe intervention ($t=3.74$, $p<0.001$).</p> <p><u>17b</u> : Il n'y a pas eu de comparaison binaire</p> <p><u>18</u> : Aucune analyse auxiliaire n'a été réalisée.</p> <p><u>19</u> : Aucun effet indésirable provoqué par l'intervention n'a été mentionné par les auteurs.</p>
<p>La discussion</p>	
<p>20. Limitations de l'essais, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses</p> <p>21. "Généralité" (validité externe, applicabilité) des résultats de l'essai</p> <p>22. Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents</p>	<p><u>20</u> : La première limitation fut que les participants provenaient uniquement des 10 cabinets d'obstétriciens et des sept hôpitaux, dans la partie nord et centrale de Taiwan.</p> <p>Deuxièmement, les chercheurs n'étaient pas au clair concernant l'opinion et l'influence de l'entourage sur la femme enceinte.</p> <p>Troisièmement, les émotions apparaissant plus tard dans le post-partum n'ont pas été prises en compte, car l'étude s'arrêtait un jour après l'accouchement.</p> <p>Quatrièmement, le projet de naissance était focalisé sur les soins intrapartum des primipares, et donc n'inclut pas le post-partum ni la relation mère-enfant.</p> <p>Finalement, l'effet « Hawthorne » devrait être considéré. Il est possible que les résultats soient le résultat du</p>

contact fréquent et rapproché.

21 : les chercheurs stipulent que les résultats de l'étude ne devraient pas être généralisés en dehors des caractéristiques de la population étudiée

22 : Cette étude démontre que l'utilisation d'un projet de naissance augmente l'expérience positive des femmes de leur accouchement, leur sens du contrôle, et le sens de l'accomplissement de leurs attentes.

L'influence semble se faire à plusieurs niveaux : le projet de naissance aide la femme à avoir des attentes réalistes quant à son accouchement, la stimule à penser à comment garder le contrôle durant le travail, et pourrait l'aider à se projeter dans la gestion de la douleur.

Les projets de naissance permettent aux femmes de se sentir impliquées dans la prise de décisions. Cette implication est associée à une meilleure expérience de la naissance et une satisfaction générale plus élevée.

Les femmes qui ont réalisé un projet de naissance ont du prendre le temps de communiquer avec les soignants. En utilisant des projets de naissance, les femmes engagent une discussion en prénatal, et cela améliorant leurs connaissances de l'obstétrique, la manière de collaborer avec les soignants, et en participant aux prises de décisions.

Les projets de naissance seraient comme des protocoles que les femmes créeraient pour développer des moyens de réduire la peur et l'anxiété en regard des circonstances qui peuvent être imprévisibles durant l'accouchement.

La spécificité des projets de naissance réalisés dans cette étude, c'est qu'ils ont été écrits plusieurs semaines avant l'accouchement. Cela a donc permis suffisamment de temps pour communiquer et pour le personnel soignant de prendre connaissance des attentes pour les accepter. Le succès du projet de naissance semble dépendre de la communication entre la femme et le soignant.

De plus, les soignants doivent se montrer flexibles durant l'accouchement, et favoriser les moments où la femme se sent en contrôle.

Il est du rôle du soignant de faire accepter à la femme que certaines attentes ne seront pas comblées, que ce n'est pas de sa faute, et qu'elle doit accepter aussi l'aspect « incontrôlable » d'un accouchement.

Les projets de naissances devraient exister dans les hôpitaux qui sont très peu flexibles, comme à Taiwan.

Un projet de naissance est un bon moyen pour les infirmières d'offrir des meilleurs soins pour satisfaire les

	<p>attentes de la femme.</p> <p>L'utilisation de pratique « evidence-based » devrait être standardisée dans tous les lieux de soin. Le but des prises en charge doit être le bien-être de la mère et de l'enfant avec le moins d'intervention médicale possible.</p> <p>L'utilisation de pratique routinières n'apporte pas plus de sécurité et augmentent l'inconfort de la femme et son sentiment de manque de contrôle.</p>
Information complémentaires	
<p>23. Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé</p> <p>24. Où le protocole complet de l'essai peut-il être consulté, si possible</p> <p>25. Sources de financement et autres ressources (par ex. : fourniture de médicaments), rôle des donateurs</p> <p>26. Respect de l'éthique</p>	<p><u>23</u> : Pas indiqué</p> <p><u>24</u> : Pas indiqué</p> <p><u>25</u> : Pas indiqué</p> <p><u>26</u> : L'étude a reçu l'approbation de l'université nationale en soins infirmiers de Taipei, Taiwan. Chaque participante a également donné son consentement écrit</p>