

Le sentiment de cohérence et le processus physiologique de la naissance

Mémoire de fin d'étude Travail de Bachelor

BERARD Camille

Matricule : 06-411-870

BONNY Anaïs

Matricule : 14-586-689

Directrice de Mémoire :

Chantal Razurel, PhD, Professeure HES filière sage-femme

Experte enseignante :

Françoise Roy-Malis, MSc, Chargée d'enseignement HES filière sage-femme

Experte de terrain :

Emanuela Gerhard, Sage-femme MSc – SFCUS Hôpital Riviera Chablais à Vevey

Haute Ecole de Santé de Genève (heds), le 10 août 2017

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

«Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques».

Le 10 août 2017

Bérard Camille & Bonny Anaïs

RÉSUMÉ

Cadre de référence : Le respect du processus physiologique de la naissance est devenu de plus en plus rare dans la société actuelle alors qu'il participe à diminuer de nombreuses morbidités pour la femme et le nouveau-né. Parmi les éléments qui peuvent influencer ce processus naturel, la femme elle-même semble jouer un rôle essentiel. Plus précisément, l'intensité de son sentiment de cohérence (SOC) pourrait influencer le déroulement de sa grossesse, de son accouchement, du post-partum et éventuellement la protéger de certaines complications obstétricales et psychologiques.

But : Effectuer une revue de littérature pour déterminer dans quelle mesure un SOC élevé chez la femme enceinte peut favoriser la physiologie de la naissance.

Méthode : À travers des bases de données d'articles scientifiques, 5 études récentes (<10 ans) ont été sélectionnées en fonction de leur pertinence avec la question de recherche. Elles ont fait l'objet d'une description, d'une analyse critique et d'une discussion en fonction de cinq thèmes définis.

Résultats : Les résultats montrent qu'un SOC prénatal élevé chez la femme enceinte diminuerait significativement le risque d'accouchement par césarienne et qu'un SOC prénatal bas serait significativement corrélé avec un traitement pour menace d'accouchement prématuré (MAP) pendant la grossesse. Concernant la péridurale, son utilisation ne serait pas en lien direct avec le SOC de la femme. Les études montrent des résultats contradictoires sur la relation du SOC avec l'instrumentation et la provocation de l'accouchement. Par ailleurs, le stress perçu par les femmes et la peur de l'accouchement seraient significativement plus bas chez celles qui ont un SOC élevé. Enfin, un SOC prénatal élevé serait associé à une perception positive par la femme de son soutien social mais pas à la satisfaction de l'accouchement.

Conclusion : Un SOC élevé chez la femme enceinte pourrait contribuer à favoriser la physiologie de la naissance en influençant de manière positive certains affects liés à des issues non physiologiques. Concernant les issues obstétricales en particulier, il semble que le SOC soit un facteur protecteur de la césarienne et du traitement pour MAP. Néanmoins, d'autres investigations sont encore nécessaires pour démontrer son impact sur différentes interventions médicales telles que la péridurale, l'instrumentation et la provocation de l'accouchement.

Mots-clés : accouchement normal, physiologie, naissance, sentiment de cohérence, salutogénèse

ABSTRACT

Background: The respect of the processus of birth physiology has become increasingly rare in actual society, even though it contributes to the decrease in women's and newborn's morbidity. Among elements which can influence this natural process, women seem to play a crucial role. In particular, the intensity of her sense of coherence (SOC) could influence the course of the pregnancy, the delivery and the postpartum, and might even prevent obstetrical and psychological complications.

Aim: Conduct a literature review to determine to what extent a pregnant woman's high SOC could promote birth physiology.

Methods: Five recent articles (< 10 years old) were selected from a scientific database according to their relevance to the research question. These articles have been described, critically analysed and discussed in relation to five defined topics.

Results: Results demonstrate that a high prenatal SOC for pregnant women significantly reduces the risk of caesarean delivery. Results also show that a low prenatal SOC significantly correlates with the treatment for threatened premature birth during pregnancy. SOC does not seem directly related to the use of epidural. Studies indicate contradictory results in regards to the relation between SOC with instrumentation and induction of labour. Furthermore, perceived stress and fear of childbirth (FOC) seem significantly reduced for a patient with a high SOC. Finally, a high prenatal SOC seems connected to a positive perception of social support, but not to the satisfaction of delivery.

Conclusion: A high SOC for pregnant women seems to contribute to fostering birth physiology by positively impacting certain emotions related to non-physiological issues. In regards to obstetrical issues in particular, SOC seems to be a protective factor against caesarean births and treatment of threatened premature birth. However, further investigation remains necessary to demonstrate its impact on various medical interventions such as epidural, instrumentation and induction of labour.

Key words: normal birth, physiology, birth, sense of coherence, salutogenesis

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont été présentes et qui nous ont apporté leur aide durant l'élaboration de notre travail de Bachelor.

Nous adressons un merci particulier à :

Chantal Razurel pour son accompagnement tout le long de notre travail, pour sa grande disponibilité, ses précieux commentaires ainsi que ses aiguillages précis et encourageants.

Françoise Roy-Malis pour sa participation à la lecture et à l'évaluation de notre travail.

Emanuela Gerhard pour avoir accepté d'être notre experte de terrain et pour sa disponibilité lors d'un entretien au sujet des possibilités de retour dans la pratique sage-femme de notre sujet, avec l'aide d'**Isabelle Junod** (sage-femme, infirmière et clinicienne du service de gynécologie-obstétrique, site d'Aigle et de Vevey)

La bibliothécaire de la Haute école de santé de Genève (heds) pour son aide concernant la recherche de littérature ainsi que pour les questions de référence bibliographique.

Emilien Jeannot, adjoint scientifique HES et chargé de cours à la heds, pour ses précieux éclairages sur les données statistiques des articles sélectionnés pour le travail.

Françoise Bonny, Laurence Pellaumail, Claudia Gasser, Clémence Aymon, Nolan Stauffer ainsi que **Cédric Ducommun** pour la relecture intégrale de notre travail.

Enfin, nous adressons un spécial remerciement à **nos familles, nos enfants et nos ami(e)s** pour leur soutien, leurs conseils et leur patience durant la réalisation de notre travail.

TABLE DES MATIÈRES

1. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL.....	8
2. CADRE THEORIQUE.....	11
2.1 La physiologie de la naissance : définitions.....	11
2.2 La physiologie de la naissance à travers l'histoire.....	13
2.3 La physiologie de la naissance : impacts et enjeux.....	15
2.4 Les facteurs influençant la physiologie de la naissance	16
2.5 La physiologie de la naissance et la promotion de la santé.....	22
2.6 Salutogenèse : le sentiment de cohérence (SOC).....	22
2.7 La problématique	28
3. ÉTHIQUE	30
3.1 Définition.....	30
3.2 Ethique et pratique sage-femme	31
3.3 Ethique dans la présente revue de littérature	31
4. MÉTHODOLOGIE	33
4.1 Sélection et traduction des mots clés.....	33
4.2 Les bases de données utilisées	34
4.3 Les articles retenus.....	34
4.4 Limites et contraintes de la recherche de littérature	35
4.5 Recherche de littérature de référence.....	36
5. ANALYSE DESCRIPTIVE DES ÉTUDES.....	37
6. ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES PAR THEMATIQUE	42
6.1 Les différentes échelles du SOC.....	42
6.2 La variabilité du score du SOC et les design des études.....	44
6.3 Le SOC et les caractéristiques sociodémographiques	47
6.4 Les issues obstétricales en lien avec le SOC.....	50
6.5 Les issues psychologiques en lien avec le SOC	53
7. DISCUSSION.....	55
7.1 Les échelles du SOC en périnatalité	55
7.2 La stabilité du score du SOC en lien avec l'accouchement	56
7.3 L'influence du SOC dans la formation de l'échantillon.....	59
7.4 Profil sociodémographique et SOC	60
7.5 Parité, satisfaction de l'accouchement et SOC.....	61
7.6 SOC et issues obstétricales	63
7.7 SOC et issues psychologiques.....	66
7.8 Etat des lieux des interventions permettant de favoriser le SOC.....	71
8. RETOUR DANS LA PRATIQUE	72

8.1 Le dépistage du SOC.....	72
8.2 Les types d'interventions périnatales favorisant le SOC.....	73
8.3 L'information et la formation pour les sages-femmes	77
8.4 Les perspectives de recherches.....	78
9. FORCES ET LIMITES DE LA REVUE DE LITTÉRATURE.....	80
10. CONCLUSION	82
11. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	86
12. ANNEXES	104
<u>Annexe 1</u> : Tableaux des recherches de littérature et bibliographie des articles retenus.	104
<u>Annexe 2</u> : Le questionnaire SOC-13.....	109

1. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL

La philosophie de soin sage-femme considère que la grossesse et l'accouchement sont généralement des processus physiologiques. Leur modèle de soin encourage et défend la non-intervention pendant un accouchement normal, basé sur la confiance dans les capacités des femmes à accoucher (International Confederation of Midwives, 2005).

Le respect du processus physiologique de la naissance semble particulièrement important car l'accouchement par voie basse spontané, la voie d'accouchement physiologique par définition, est associé à de meilleures issues de santé pour la mère et l'enfant (Subtil et al., 2000). Or, l'obstétrique a vécu des changements importants depuis les années 1950 avec l'augmentation des accouchements en milieu hospitalier et le développement de la médicalisation de la naissance (Luisier, 2006). Cette évolution a eu des effets bénéfiques, comme une diminution significative des taux de morbidité et/ou mortalité maternelles et fœtales en cas de complication de la naissance (Office fédéral de la statistique [OFS], 2016) mais semble également entraver le respect du processus physiologique de la naissance. La césarienne par exemple, bien que pouvant s'avérer salvatrice lors de situations complexes, ne semble toutefois pas sans conséquence puisqu'elle entraîne subséquentement d'autres morbidités (risques thromboemboliques au post-partum et pathologies placentaires lors des prochaines grossesses notamment (Grivelli & Dodd, 2011; Palova, Redecha, Malova, Hammerova, & Kosibova, 2016; Tepper et al., 2014). En effet, l'OMS estime que pour réduire le risque de mortalité maternel et/ou néonatal et pour limiter les effets délétères pour la santé, la césarienne ne devrait pas dépasser 10-15% des naissances (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2015). Or, en Suisse, on constate que depuis 2010, un tiers des naissances se fait par césarienne (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2013; Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2015). En regard du modèle de soins sage-femme visant la promotion de la santé de la femme et de l'enfant, la raison de ce pourcentage important pose question tout comme les actions qui pourraient être mises en place pour réduire ce taux et ainsi favoriser une naissance davantage physiologique.

Une partie de ce pourcentage élevé peut être expliquée par l'augmentation de l'âge des femmes enceintes, ainsi que par l'augmentation du recours à la PMA (procréation médicalement assistée) qui engendre fréquemment des grossesses multiples (Office

fédéral de la santé publique [OFSP], 2013). Quels sont toutefois les autres motifs, outre les indications médicales strictes, de ce taux important?

La césarienne de convenance (ou césarienne élective) serait un exemple d'indication non stricte dans le sens où l'intervention chirurgicale est demandée par la femme sans raison médicale apparente. Il est alors intéressant de se demander ce qui motive certaines femmes à demander un tel mode d'accouchement? Une hypothèse envisageable serait que les personnes qui font cette demande ne se sentent pas dotées des ressources nécessaires pour gérer l'inconnu de l'accouchement par voie basse ainsi que la douleur de l'accouchement (Akintayo et al., 2014). L'indication de ces césariennes électives serait donc la peur et le stress de l'accouchement (Stjernholm, Petersson & Eneroth, 2010). Ainsi, il y aurait peut-être une dimension chez la femme, en lien avec son vécu et son histoire, qui l'amènerait à agir de cette manière face à une situation inconnue telle que l'accouchement. Comment les professionnels peuvent agir face à cela? Accéder directement à leur requête en répondant à la peur par de la chirurgie, connaissant les risques de complications et les morbidités associées? Ou accompagner les femmes durant la grossesse pour qu'elles appréhendent l'accouchement avec plus d'outils et de sérénité, leur permettant ainsi de vivre une naissance avec un processus et des issues physiologiques?

Un autre exemple d'enjeu entre la médicalisation et la physiologie de la naissance est la péridurale. Accessible en Europe depuis les années 1960, l'analgésie péridurale durant l'accouchement constitue également une avancée remarquable dans le champ de l'obstétrique. A tel point que dans certaines régions de Suisse, 80% des femmes ont recours à cette technologie lors de leur accouchement (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], s. d.). Néanmoins, son utilisation n'est pas non plus sans conséquences. En effet, on relève une augmentation de l'utilisation de l'ocytocine pour accélérer le travail, une augmentation des accouchements instrumentés et une faiblesse musculaire du bas du corps limitant l'aptitude à se mouvoir ou à pousser (Alfirevic, Devane & Gyte, 2006). Par ailleurs, elle engendre indirectement un risque accru de césarienne, de par son association aux interventions telles que la provocation, la stimulation et la surveillance du travail (Anim-Somuah et al., 2011; Nguyen UDT et al., 2010). Lorsque la femme demande la péridurale, le motif est-il toujours d'atténuer la sensation douloureuse ou existe-il des motifs latents? Par exemple, est-ce qu'une représentation négative ou l'appréhension angoissante de la

douleur de l'accouchement pourraient motiver ce choix ? Cela signifierait que dans certains cas la péridurale est utilisée à des fins d'apaisement de la peur de la douleur ou de l'accouchement et non pas à des fins analgésiques (Hall, Stoll, Hutton & Brown, 2012). Quelle est alors l'efficacité de la péridurale ? La douleur est traitée mais qu'en est-il de la peur ? La péridurale constitue-t-elle toujours une réponse adaptée à ces femmes ?

Ne serait-il pas, dans un certains cas, préférable d'amener les femmes à aborder différemment la douleur de l'accouchement plutôt que de leur apporter une solution médicamenteuse ? Par exemple, adopter une attitude positive pendant le travail semble diminuer l'utilisation de méthodes médicamenteuses par les parturientes (Christiaens, Verhaeghe & Bracke, 2010). En ce sens, est-il possible que d'autres attitudes de la femme aient une influence sur le recours à la péridurale ?

A travers ces deux exemples, différentes questions se posent sur les rôles des femmes et leur accompagnement par les professionnels dans le respect de la naissance comme processus physiologique.

Du côté des professionnels, est-ce que la systématisation des interventions n'entrave pas une prise en soin en adéquation avec les besoins des femmes ? Ainsi, l'indication à une péridurale ou à une césarienne est-elle réellement adaptée dans le cas où la femme a peur d'avoir mal ? N'est-ce pas au contraire un facteur de risque de provoquer des morbidités et un mauvais vécu en créant un écart entre l'attente et la réalité ? (Guittier, Cedraschi, Jamei, Boulvain & Guillemin, 2014).

Quelles autres réponses qu'un geste médical seraient envisageables et adéquates ? Comment les professionnels de la périnatalité peuvent accompagner les femmes afin de leur permettre de s'adapter et d'adopter une attitude qui favorise la physiologie de la naissance ?

Quels éléments expliquent que certaines femmes se sentent capables de faire face à l'accouchement naturel alors que d'autres œuvrent pour ne laisser aucune place à l'imprévu ? Est-ce que certaines d'entre elles ont une prédisposition qui leur permet de percevoir l'accouchement comme surmontable et les aide à vivre une naissance selon un processus physiologique ? Si oui laquelle ? Quel serait l'impact de cette prédisposition sur la physiologie de la naissance et comment la développer ?

2. CADRE THEORIQUE

2.1 La physiologie de la naissance : définitions

2.1.1 La physiologie

Le terme *physiologie* vient du latin phusis (la nature) et logos (l'étude, la science) et peut donc s'apparenter à l'étude de la nature (Wikipédia, s. d.-b). Elle est définie dans le Petit Larousse illustré (2017) comme « La partie de la biologie qui étudie les fonctions et les propriétés des organes et des tissus des êtres vivants ».

En obstétrique, la physiologie se rapporte au champ de la grossesse et de l'accouchement. La littérature francophone emploie le terme « physiologie de la naissance » alors que la littérature anglophone utilise plutôt le concept d'accouchement normal ou « normal birth » (Downe, 2008). Chacun de ces termes ont leurs avantages et leurs inconvénients. L'aspect « physiologique » d'une grossesse ou d'un accouchement, renvoyant de prime abord à la biologie, n'est pas assigné au sens commun et est, de ce fait, peu familier pour les parents. De son côté, la « normalité », associée à la déviance à la norme, peut insinuer que tout autre type d'accouchement est considéré comme anormal (Beverley A. Lawrence Beech & Belinda Phipps, 2008).

Il est également possible d'employer le terme d'eutocie qui fait directement référence au déroulement normal de l'accouchement (*Le Petit Larousse illustré*, 2017).

Selon (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 1997), un accouchement physiologique est considéré comme tel s'il a eu lieu entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée (SA), si le déclenchement et la naissance sont spontanés et si le fœtus se présente en position céphalique.

Selon Downe (2008), l'accouchement est considéré comme normal si le processus naturel des événements peut se faire sans les interventions technologiques ou médicales suivantes : accouchement instrumenté, césarienne, provocation de l'accouchement ou stimulation du travail et anesthésie péridurale. Downe (2008) étend la définition au fait que dans un accouchement normal, la femme est soutenue, respectée et bénéficie de soins qui favorisent sa santé physique et psychique. Son estime de soi est également valorisée. Il précise que cette prise en soin influencera le bon développement de la relation mère-enfant et donnera des bases solides à la future famille. Ainsi, dans cette optique, la physiologie de l'accouchement ne correspond pas

uniquement à l'absence d'interventions médicales mais dépend également de la manière dont les femmes sont accompagnées durant cette période et la vivent.

La physiologie de la naissance ne prend ainsi pas uniquement en compte des dimensions physiques mais également des dimensions émotionnelles. En effet, la période périnatale est une période particulière du point de vue psychologique pour la femme. Selon Monique Bydlowski, la grossesse est une phase de crise maturative « qui contribue au processus de formation d'une identité nouvelle ». Elle a proposé le concept de transparence psychique pour décrire les caractéristiques du psychisme maternel pendant la grossesse, qu'elle décrit comme « un état particulier, un état de susceptibilité ou de transparence psychique où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience » (Bydlowski, 2008, pp. 92-93).

Ces remaniements du psychisme de la femme sont considérés comme physiologiques, même s'ils peuvent parfois provoquer des modifications comportementales mineures et transitoires comme de l'anxiété ou des problèmes de sommeil (Bydlowski, 2008).

2.1.2 La naissance

Selon le Petit Larousse Illustré (2017), chez l'Homme, la naissance est « l'instant où l'enfant sort du ventre de sa mère. C'est le début de son existence. La naissance intervient après une période de gestation de neuf mois appelée grossesse. Au terme de l'acte d'accouchement, le nouveau-né doit être capable de respirer de manière autonome ».

La grossesse, c'est-à-dire l'état d'une femme enceinte, s'accompagne de modifications importantes, tant sur le plan physique que psychologique, parfois associées à la survenue de pathologies spécifiques susceptibles de provoquer des morbidités maternelles et/ou fœtales/néonatales (Gouyon et al., 2010; Grote et al., 2010; Saxena, Bava & Nandanwar, 2017; Wikipédia, s. d.-a). Afin de préserver la mère et l'enfant de ces morbidités avec des prises en charge adaptées, différents modèles de soins existent. Le paradigme technocratique, dominant dans l'approche médicale en périnatalité, considère la grossesse comme potentiellement pathologique (Davis-Floyd, 2001). A l'inverse, le paradigme holistique, faisant partie de la philosophie sage-femme, considère la grossesse et l'accouchement comme un processus généralement physiologique (International Confederation of Midwives, 2005).

2.2 La physiologie de la naissance à travers l'histoire

A l'origine, la naissance est de prime abord physiologique dans le sens où il n'y a pas d'interventions technologiques qui interfèrent avec le processus naturel des événements. Cependant, elle pouvait dévier de la norme si l'on se réfère à la définition de l'OMS (1996), c'est-à-dire que des naissances avant terme pouvaient survenir ainsi que des naissances par le siège.

A partir des années 50, les femmes commencent à se rendre à l'hôpital pour accoucher. Les complications graves de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum étant encore fréquentes (Luisier, 2006), il est préconisé d'accoucher à l'hôpital pour diminuer le risque de mortalité et de morbidité. La naissance devient assistée par des moyens technologiques tels que le monitoring qui permet d'écouter le rythme cardiaque fœtal en continu (Alfirevic et al., 2006). Le modèle de soins en vigueur est technocratique ; le corps et l'esprit sont séparés, le corps est perçu comme un machine, la femme est passive, soumise aux décisions médicales et la naissance est potentiellement pathologique (Davis-Floyd).

Jusque dans les années 70, l'accouchement en milieu hospitalier se généralise. L'expansion de la technologie est justifiée par la sécurité. Arrive alors le terme de la « médicalisation », inventé par le sociologue Irving Zola, qui signifie qu'il y a une tendance croissante à recourir à la médecine dans des phénomènes à priori naturels (Saillant & O'Neill, 1987). En obstétrique, l'accouchement est redéfini comme un processus potentiellement pathologique, nécessitant des interventions et un contrôle médical toujours plus élevé (Page, 2004). Face à cette médicalisation, un mouvement de Libération des Femmes en Suisse (MLF) éclot en Suisse (Luisier, 2006). Cette révolution culturelle pousse certaines femmes et sages-femmes à trouver des moyens pour renforcer la physiologie de la naissance (Carricaburu 2005). Le gynécologue-obstétricien Frédérick Leboyer participe également à cette réintroduction en apportant des connaissances sur le vécu du fœtus et en insistant sur la nécessité d'accueillir le nouveau-né en douceur (Leboyer, 1974). Ces mouvements permettent d'introduire de la physiologie à l'hôpital, dans le sens d'un accompagnement du processus naturel de la naissance (Odent, 1976; Carricaburu 2005).

A partir des années 90, même s'il est reconnu depuis les années 50 que la médicalisation permet de réduire la morbidité et la mortalité en traitant la majorité des pathologies, il semble qu'elle incite à effectuer des actions superflues, qui peuvent engendrer d'autres désagréments pour la mère et le nouveau-né (Davis-Floyd, 2003; mondiale de la Santé, 2015; Stock et al., 2012). La césarienne par exemple entraînerait une augmentation des besoins en antalgique en post-partum, des difficultés d'allaitement, une augmentation du risque d'infection puerpérale, une moins bonne adaptation néonatale avec plus d'hospitalisation du nouveau-né (Grivelli & Dodd, 2011). Pour la péridurale comme antalgie lors d'accouchement voie basse, les morbidités associées sont notamment un risque augmenté d'instrumentation et un prolongement de la deuxième phase de l'accouchement avec un recours accru à la stimulation ocytotique (Anim-Somuah et al., 2011; Anwar, Anwar & Ahmad, 2015). La provocation du travail ainsi que l'utilisation continue du cardiocotographe (CTG) augmenteraient le risque de césarienne et d'accouchement instrumenté (Alfirevic et al., 2006; Glantz, 2005). Par ailleurs, toutes ces interventions médicales, si elles sont imprévues, comme l'instrumentation ou la césarienne en urgence, sont associées à un mauvais vécu de l'accouchement (Fair & Morrison, 2012; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad, 2004). A son tour, une expérience négative de l'accouchement pourrait engendrer un état d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique (Fair & Morrison, 2012; Soet, Brack & Dilorio, 2003; Waldenström et al., 2004), altérant le fonctionnement maternel et la qualité du lien d'attachement (Fair & Morrison, 2012; Soet et al., 2003; Waldenström et al., 2004; Walsh, 2008).

La tendance internationale actuelle est à l'augmentation des interventions médicales durant la grossesse et l'accouchement (Crabtree, 2008), parallèlement à une diminution du taux d'accouchement normal dans certains pays comme en Angleterre, où le taux a diminué de 57.2% en 1990 à 38.7% en 2013 (BirthChoiceUK Professional, s. d.; Downe, 2008). En Suisse, le taux de césarienne (30%), supérieur au taux recommandé par l'OMS (<10-15%) est également révélateur de cette tendance (Office fédéral de la santé publique, 2013) tout comme la proportion de péridurale de 80% dans certains cantons de Suisse (HUG, s. d.). Ce phénomène pourrait être expliqué par le fait que si la santé est perçue comme un risque potentiel de maladie, cela augmenterait le processus de médicalisation par le recours accru aux dépistages, aux diagnostics et aux mesures préventives et thérapeutiques (Clarke, Fishman, Fosket,

Mamo & Shim, 2000). Cette tendance participerait au fait d'appréhender la grossesse et l'accouchement en termes de risque (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 1997) et à faire de la physiologie de la naissance un phénomène de plus en plus méconnu par la population (Cartwright & Thomas, 2001).

2.3 La physiologie de la naissance : impacts et enjeux

Le processus physiologique de la naissance, selon les définitions citées précédemment, est caractérisé entre autres par l'absence d'intervention médicale (Susan Downe, 2008; Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 1997). Etant donné que ces dernières peuvent induire des morbidités, il paraît possible d'avancer que l'accouchement physiologique permet de préserver la femme et l'enfant de ces complications iatrogènes. En plus de cette protection, il semble exister d'autres bénéfices directs au déroulement physiologique d'une naissance.

Au niveau des issues maternelles, l'accouchement par voie basse (la voie d'accouchement « physiologique » par définition) est associé au taux le plus faible de morbidités graves et de mortalité (Subtil et al., 2000). Pour les issues néonatales immédiates, l'accouchement par voie basse est également protecteur, notamment des complications respiratoires et d'hospitalisation en néonatalogie (Hansen, Wisborg, Uldbjerg & Henriksen, 2008; Villar et al., 2007). Les interactions mère-enfant sont de meilleure qualité en cas d'accouchement par voie basse et la probabilité d'allaiter plus grande (DiMatteo et al., 1996). Par ailleurs, il semble que le fait d'avoir peu d'interventions pendant le travail favorise la satisfaction de l'accouchement (Berentson-Shaw, Scott & Jose, 2009; DiMatteo et al., 1996). De plus, la satisfaction de l'accouchement facilite une relation mère-enfant de qualité, avec une perception plus positive de l'enfant par sa mère (Reisz, Jacobvitz & George, 2015).

En outre, d'un point de vue économique, un accouchement physiologique est moins onéreux qu'un accouchement nécessitant des interventions médicales comme la césarienne, qui entraînent souvent des hospitalisations plus longues ou des ré-hospitalisations, augmentant de surcroît les coûts obstétricaux (Allen, O'Connell, Farrell & Baskett, 2005; Declercq et al., 2007; Henderson, McCandlish, Kumiega & Petrou, 2001).

L'absence ou la réduction des interventions médicales entraînent, de ce fait, certains bénéfices. Cependant, ces dernières sont-elles, pour autant, systématiquement synonymes d'une naissance physiologique ? En effet, bien que potentiellement source

de morbidités iatrogènes, quelques-unes de ces interventions semblent favoriser certaines issues de santé positives. Des études révèlent, par exemple, que l'utilisation du CTG en continu pendant le travail permet une meilleure détection de l'hypoxie fœtale et que la césarienne électorale réduit le risque de mortalité fœtale intrapartum (Alfirevic et al., 2006; Villar et al., 2007). Par ailleurs, la naissance avec une péridurale, qui constitue un moyen efficace de gestion de la douleur de l'accouchement (Anim-Somuah et al., 2011), peut-elle réellement être considérée comme anormale ou déviant d'un processus physiologique ? Dans la définition de Downe (2008), il apparaît effectivement que la physiologie de la naissance ne se limite pas à une quantité d'interventions, mais comprend également un accompagnement respectueux et soutenant de la femme et de ses besoins. Ainsi, outre les actes médicaux, la qualité de l'accompagnement de la femme semble aussi importante pour qualifier une naissance de physiologique (Michels, Kruske & Thompson, 2013).

2.4 Les facteurs influençant la physiologie de la naissance

Voici quelques exemples de facteurs influençant le processus physiologique de la naissance en lien avec la thématique de la présente revue de littérature.

2.4.1 L'influence du modèle de soins et des professionnels

Des études ont tenté de mettre en avant les facteurs contribuant à favoriser la physiologie de la naissance et à diminuer les interventions médicales. Il ressort que la continuité dans les soins, la présence d'une sage-femme comme soignant principal et un soutien continu durant le travail sont des facteurs dominants (Walsh, El-Nemer & Downe, 2008).

Le suivi de la grossesse et de l'accouchement peut être effectué par un gynécologue, par une sage-femme ou conjointement par les deux. Lorsque le suivi est réalisé par une sage-femme uniquement (du premier contrôle au suivi post-partum) il s'agit d'un modèle de soin appelé « modèle de soin continu dispensé par une sage-femme » (Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2016). Ce modèle de soin, continu et centré sur la patiente et ses besoins, semble favoriser l'accouchement physiologique et diminuer certaines interventions (Hodnett, Downe & Walsh, 2012; Sandall et al., 2016). Les effets de ce type d'accompagnement génèrent une légère diminution du temps de travail, d'avantage d'accouchements par voie basse spontanée, moins d'anesthésie péridurale, moins d'instrumentation, moins de prématurité et moins

d'insatisfaction de l'expérience de l'accouchement (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2007; Sandall et al., 2016). Ainsi, la continuité dans les soins permet de favoriser le processus normal de la naissance (Enkin, Keirse, Renfrew & Neilson, 1995).

Par ailleurs, le nombre d'intervenants présents lors de l'accouchement, souvent important en Suisse lors de situations considérées comme à hauts risques, semble également influencer la physiologie de la naissance. En effet, il a été démontré que plus le nombre d'intervenants pendant l'accouchement est élevé, plus le risque de césarienne augmente (Gagnon, Meier & Waghorn, 2007).

2.4.2 L'influence de la femme

Il semble que l'état de santé général de la femme influence l'évolution physiologique de la naissance. En effet, des études ont démontré que l'obésité, l'hypertension artérielle chronique ou le diabète augmentent le risque de complications et de morbidités de la naissance (Bramham et al., 2014; Evers, de Valk & Visser, 2004; Sebire et al., 2001). Le comportement de santé et l'hygiène de vie peuvent également avoir des conséquences sur le processus de la naissance et les issues de santé, comme la consommation de tabac pendant la grossesse ou l'absence d'activité physique associées à une augmentation des complications et des issues de santé défavorables (Cnattingius, 2004, Barbara Kaiser, communication personnel [support de cours], 2014).

Sur le plan psychologique, la période allant de la grossesse au post-partum est une période à risque de vulnérabilité psychique, susceptible, elle aussi, de nuire au processus physiologique de la naissance. « Au point de vue identitaire, la maternité ferait passer la femme d'une posture d'experte confiante et en contrôle sur sa vie à une posture de novice qui éprouve confusion et doute sur elle-même » (Wilkins, 2006, p.1 cité par Hamelin-Brabant et al., 2015, p.31). En outre, l'accès à la parentalité, à travers ses réaménagements psychiques et affectifs s'apparente à un processus de transition, susceptible de compromettre la santé (Hamelin-Brabant et al., 2015). Voici quelques exemples significatifs non exhaustifs de ces vulnérabilités.

Le stress

Le stress peut être défini comme « une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être » (Lazarus et Folkman, 1984). Le stress en lien avec la naissance est présent chez toutes les femmes sans aucune distinction (Razurel, Kaiser, Sellenet & Epiney, 2013).

Les exemples d'impacts du stress périnatal sur les issues de santé sont nombreux et vastes. Au niveau des issues obstétricales, le stress augmente notamment le risque de rupture prématurée des membranes, d'accouchement prématuré et d'utilisation de la péridurale (Roy-Matton, Moutquin, Brown, Carrier & Bell, 2011). En outre, une faible capacité d'adaptation au stress en prénatal augmente le risque de césarienne en urgence (Ryding, Wijma, Wijma & Rydhström, 1998). Le stress semble également influencer les issues psychologiques, avec notamment un lien entre le stress perçu élevé pendant la grossesse et l'augmentation du risque de dépression après la naissance (Razurel et al., 2013). Concernant les issues néonatales, le stress perçu maternel élevé en prénatal semble impacter de manière négative les issues de santé de son enfant, augmentant le risque de maladies infantiles respiratoires et dermatologiques notamment (Beijers, Jansen, Riksen-Walraven & de Weerth, 2010).

La peur de l'accouchement

La peur de l'accouchement, regroupant des préoccupations autour du bien-être du bébé, de la douleur, de la perte de contrôle et des interventions médicales (Melender, 2002), peut être ressentie de manière plus ou moins intense par la femme enceinte. Cette peur peut être influencée par les antécédents obstétricaux. En effet, la césarienne en urgence, l'accouchement instrumenté et une expérience antérieure négative de l'accouchement augmentent le risque de développer un sentiment de peur lors d'une grossesse ultérieure (C. Nilsson, Lundgren, Karlström & Hildingsson, 2012; Rouhe, Salmela-Aro, Halmesmäki & Saisto, 2009).

Cette peur, si elle n'est pas prise en charge de manière adéquate, peut avoir des répercussions sur les issues obstétricales. Des études montrent que la peur élevée de l'accouchement augmente le risque de césarienne (Akintayo et al., 2014; Ryding et al., 1998). Au niveau des issues psychologiques, la peur sévère de l'accouchement

est un facteur de risque du développement d'un stress post-traumatique à un mois post-partum (Söderquist, Wijma, Thorbert & Wijma, 2009).

L'anxiété et la dépression

L'anxiété, définie comme « inquiétude pénible, tension nerveuse, causée par l'incertitude, l'attente ; angoisse » (Larousse, s. d.-a) est une manifestation des remaniements psychiques que la femme vit dans le processus de la maternité. L'anxiété, en tant que manifestation clinique et non pas diagnostic psychiatrique de « trouble anxieux », est également un symptôme de la dépression (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

La dépression est beaucoup plus fréquente autour d'une grossesse qu'à d'autres périodes de la vie d'une femme, avec une symptomatologie légèrement différente. En effet, la tristesse et le ralentissement semblent moins marqués dans la dépression périnatale (DPN), alors que la culpabilité, la nervosité et la dévalorisation sont au premier plan (N. Nanzer, communication personnelle [support de cours], 9 décembre 2015).

Au niveau des issues obstétricales, l'anxiété et la dépression semblent être des facteurs de risque notamment de travail pré-terme (Alder, Fink, Bitzer, Hösli & Holzgreve, 2007), de pré-éclampsie (Kurki, Hiilesmaa, Raitasalo, Mattila & Ylikorkala, 2000) et de césarienne en urgence (Ryding et al., 1998). Concernant les issues psychologiques, il apparaît que la dépression et l'anxiété prénatale augmentent le risque de développer un stress post-traumatique (Söderquist et al., 2009) et une dépression en période post-partum (Alipour, Lamyian & Hajizadeh, 2012; Larsson, Sydsjö & Josefsson, 2004). Finalement, la dépression prénatale semble entraîner des issues néonatales défavorables telles qu'un faible poids de naissance, un retard de croissance intra-utérin et une admission en unité de soins de néonatalogie (Chung, Lau, Yip, Chiu & Lee, 2001; Grote et al., 2010).

Si certains affects peuvent influencer de manière négative les issues de santé en obstétrique, comme c'est le cas pour le stress, la peur de l'accouchement, la dépression et l'anxiété, d'autres peuvent avoir l'effet inverse et fonctionner comme facteur protecteur du processus physiologique de la naissance et des issues de santé. En voici quelques exemples :

Le sentiment d'auto-efficacité

Le sentiment d'auto-efficacité, comprenant la notion de contrôle, constitue la croyance qu'a un individu en sa capacité de réaliser une tâche (Bandura, 1982). Le sentiment d'auto-efficacité semble favoriser la physiologie de la naissance, particulièrement en ce qui concerne les issues psychologiques. En effet, un sentiment d'auto-efficacité élevé chez la femme enceinte est associé à une anxiété réduite, à une perception plus faible de la douleur de l'accouchement et à une plus grande performance du comportement d'adaptation pendant le travail (Ip W, Tang CSK & Goggins WB, 2009). Il semble également protéger de la dépression du post-partum (Leahy-Warren, McCarthy & Corcoran, 2012) et favoriser la satisfaction de l'accouchement (Berentson-Shaw et al., 2009). En outre, en améliorant le sentiment d'auto-efficacité il serait possible d'atténuer la peur de l'accouchement (Salomonsson, Gullberg, Alehagen & Wijma, 2013).

Le sentiment de contrôle

Il existe divers concepts analysant en détail le sentiment de contrôle, dont le contrôle perçu, défini par la conviction qu'a un individu de posséder les ressources nécessaires pour faire face et maîtriser un événement (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014) Il s'agit d'un processus évaluatif, transitoire, en interaction avec le stress perçu qui révèle avoir un rôle protecteur sur les issues de santé (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Le sentiment de contrôle expérimenté pendant l'accouchement semble favoriser la physiologie des issues de santé maternelle et néonatale ainsi que la satisfaction de l'accouchement (Fair & Morrison, 2012; Goodman, Mackey & Tavakoli, 2004). Or, l'arrivée de la médicalisation et l'augmentation des interventions intra-partum a entraîné une diminution du sentiment de contrôle de la parturiente (Johanson, Newburn & Macfarlane, 2002).

Le soutien social

Le soutien social correspond aux ressources sociales d'un individu, c'est-à-dire à l'aide fournie par autrui pour faire face à un événement éprouvant, en plus des ressources personnelles. Ce soutien social est composé de trois aspects différents, à savoir le réseau social, le soutien social reçu et le soutien social perçu (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014). Le réseau social est défini par le nombre de relations sociales qu'un individu a établies avec autrui, la fréquence des contacts sociaux effectifs avec ces

personnes et l'intensité de ce lien (Barrera, 1986). Le soutien social reçu correspond à l'aide effective apportée à un individu par son entourage, divisé en quatre catégories de fonctions, à savoir le soutien émotionnel, d'estime, informatif et matériel (Winnubst, Buunk & Marcelissen, 1988). Enfin, le soutien social perçu concerne l'évaluation subjective que l'individu porte sur sa satisfaction du soutien reçu, selon ses besoins et ses attentes (Procidano & Heller, 1983). Selon certaines études, un soutien social perçu comme approprié par l'individu pourrait avoir des effets positifs sur la santé mentale et physique (Barrera, 1986). Plus particulièrement, le soutien social semble jouer un rôle de modérateur entre le stress et les issues de santé (Razurel, Kaiser, Sellenet, et al., 2013).

D'une manière générale, le soutien social semble protecteur de la dépression maternelle du post-partum (Heh, Coombes & Bartlett, 2004). Plus spécifiquement, tous les types de soutiens apportés par le conjoint, à tous les stades de la naissance auraient la capacité de protéger la femme du risque de dépression et d'anxiété. Le soutien d'estime des professionnels pendant la période postnatale semble avoir des impacts sur la dépression, l'anxiété et le sentiment d'auto-efficacité parental. Il existe également un impact du soutien professionnel sur le stress en post-natal, en particulier pour les soutiens d'estime et émotionnels (Razurel, 2014).

Ces effets du soutien social sur la promotion de la santé forment un cycle positif, les personnes en bonne santé et disposant de ressources sociales paraissant plus susceptibles d'obtenir un soutien social (Page, 2004). En effet, une étude sur le soutien social pendant la grossesse a révélé qu'une femme enceinte qui reçoit du soutien augmente ses capacités à recourir et à obtenir d'autres sources potentielles de soutien (Oakley, Hickey, Rajan & Rigby, 1996).

Ainsi, le soutien social périnatal, en plus de protéger de certaines issues de santé à court terme en lien avec la naissance, serait un facteur important de la promotion de la santé de la mère et l'enfant à plus long terme (Oakley et al., 1996).

Le soutien perçu en particulier semble associé à la santé future, par leurs déterminants communs. En effet, des aspects de la personnalité salutogènes, c'est-à-dire favorisant la santé, tels que l'estime de soi, le sentiment de contrôle et l'optimisme, favorisent également la probabilité pour l'individu de chercher et recevoir du soutien social (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

2.5 La physiologie de la naissance et la promotion de la santé

Ces différents exemples de facteurs psychologiques en lien avec la physiologie de la naissance révèlent la complexité, pour la femme, de s'adapter au bouleversement de la maternité, afin de favoriser des issues de santé pour elle-même et son/ses enfant(s). Cette adaptation nécessite d'être encouragée, soutenue et parfois développée par les professionnels de la périnatalité (Gibbins & Thomson, 2001; Green & Baston, 2003; Hauck et al., 2007; Oakley et al., 1996).

En tant que professionnelles spécialistes de la périnatalité, les sages-femmes ont un rôle à jouer dans cet accompagnement au vu de leur philosophie notamment. Dans le document fondamental de la confédération internationale des sages-femmes, il est mentionné entre autre que : « les soins prodigués par la sage-femme sont émancipateurs puisqu'ils protègent et améliorent le statut sanitaire et social des femmes et renforcent leur confiance en soi et leur capacité à faire face à l'accouchement ... les sages-femmes favorisent et protègent la santé et les droits des femmes et des nouveau-nés ... les sages-femmes donnent aux femmes les moyens d'assumer la responsabilité de leur propre santé » (International Confederation of Midwives, 2005, pp. 2-3).

La promotion de la santé est le processus attribuant à un individu les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur sa propre santé et de l'améliorer (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 1986). Se baser sur cette vision de la santé permettrait de favoriser le processus physiologique de la naissance, en donnant les moyens aux femmes d'exploiter le potentiel maturatif de la crise identitaire qu'elles traversent, et de privilégier des issues de santé positives.

2.6 Salutogenèse : le sentiment de cohérence (SOC)

Il y a une trentaine d'année, le modèle biomédical dominait dans le milieu de la santé. Cela impliquait de voir la santé uniquement en termes d'absence de maladie physique. A cette époque, le sociologue Aaron Antonovsky s'est questionné par rapport à cette vision et s'est posé une question fondamentale, à savoir « qu'est-ce qui crée la santé ? » (Antonovsky, 1987). Il souhaitait changer l'angle de vue. La question du stress était primordiale pour ce chercheur, et notamment la manière dont les individus y font face. Lors de l'élaboration d'une de ses recherches, Antonovsky a interrogé des femmes ayant subi l'Holocauste. Il s'est intéressé à leur capacité à vivre, à aimer et à entretenir des relations interpersonnelles malgré le vécu d'un stress si intense. Il a été

surpris de voir que même si la majorité était perturbée dans leurs capacités fonctionnelles, une petite partie vivait de manière tout à fait ordinaire. C'est sur la base de ces données qu'il s'est interrogé sur l'origine de la santé en lien avec la capacité des individus à faire face à des situations de vie extrêmes. En 1970, Antonovsky a alors développé une théorie qu'il nomma « salutogène ».

2.6.1 Définitions

Le terme salutogène vient du latin, il signifie l'origine de la santé (« salus » = santé et « genesis » = origine). La théorie de la salutogène telle que conceptualisée par Antonovsky est définie comme le « mouvement vers le pôle santé d'un continuum santé-maladie » (Lindström et Eriksson, 2012, p.15). Elle est illustrée dans la Figure 1. La motivation de ce chercheur est d'identifier ce qui permet aux individus de rester en bonne santé alors qu'ils sont confrontés à des situations stressantes. Selon certains auteurs, il s'agit d'une théorie orientée sur le stress qui s'intéresse également aux ressources de l'individu pour y faire face et rester en bonne santé (Lindström & Eriksson, 2012).

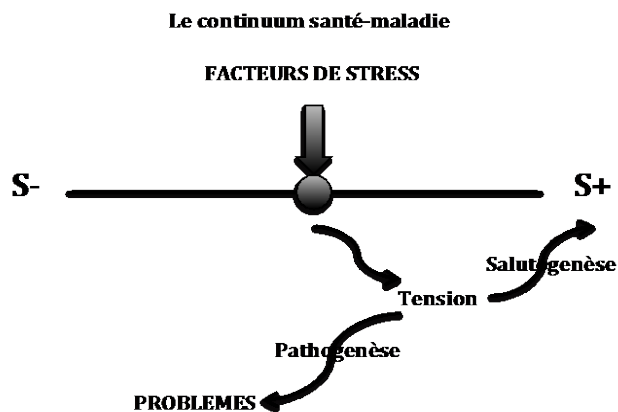


Figure 1

Tiré de : Lindström et al., 2012, p. 7

En 1987, Antonovsky a développé le concept de sentiment de cohérence ou SOC pour déterminer l'attitude de l'individu face à la vie qui lui permet de tendre vers le pôle santé du continuum santé-maladie (Aune et al., 2015). La définition du SOC telle que donnée par Antonovsky est la suivante :

Une prédisposition générale exprimant le degré selon lequel un individu a un sentiment de confiance durable et dynamique (1) que tout au long de sa vie les stimuli de son environnement interne et externe seront structurés, prévisibles et explicables ; (2) que des ressources seront disponibles pour satisfaire aux exigences posées par ces stimuli ; et (3) que ces exigences seront des défis dignes d'investissement et d'engagement. (Antonovsky, 1987, p.19, dans Lindström & Eriksson, 2012, p. 16).

Cette définition fait ressortir trois habiletés qui composent le SOC (Lindström & Eriksson, 2005) :

- (1) **Intelligibilité** : évaluer et comprendre les situations dans lesquelles l'individu se trouve (terme anglophone : *comprehensive*)
- (2) **Signification** : donner du sens à ces situations (terme anglophone : *meaningful*)
- (3) **Capacité à gérer** : gérer ces situations (terme anglophone : *manageable*)

Antonovsky a défini un autre concept dans sa théorie de la salutogenèse, qui vient compléter celui du SOC, il s'agit des ressources de résistance générales (RRG). Ces dernières correspondent à des ressources internes et externes, matérielles ou non auxquelles l'individu a accès. Elles sont préexistantes au SOC. L'argent, le logement, l'estime de soi et la connaissance sont des exemples de RRG.

Le SOC n'est pas une stratégie d'adaptation mais plutôt une manière de percevoir la vie et les défis qu'elle contient. Antonovsky parle d'une *orientation à la vie*. La personne se sent confiante par rapport aux événements qui peuvent lui arriver, dans le sens où elle se sent dotée de ressources internes et externes pour y faire face. Un individu a besoin de quatre RRG minimales pour avoir un SOC élevé : activités significatives, repères existentiels, contact avec ses sentiments et relations sociales.

2.6.2 Salutogénèse et santé publique

En 1986, dans le contexte de la défense des droits de l'homme et de l'intérêt pour la santé de la population, l'Organisation mondiale de la santé a organisé une conférence internationale sur le thème de la promotion de la santé. Il en a découlé la rédaction de la Charte d'Ottawa qui édicte des principes et des valeurs pour promouvoir la santé ainsi que des stratégies individuelles et publiques pour améliorer la qualité de vie (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 1986). Plus précisément, la Charte énonce que la société doit créer un milieu favorable pour que l'Humain puisse exercer un contrôle sur les ressources à sa disposition pour favoriser sa santé et avoir une vie active et productive.

Les principes de la Charte d'Ottawa et la théorie salutogénique de Antonovsky sont proches dans les concepts utilisés. Tous deux partent du principe que la santé est un processus dans lequel l'individu est acteur et doit puiser dans ses ressources pour viser une qualité de vie améliorée. Cependant, la promotion de la santé manque de théorie à sa base. Il est alors difficile d'appliquer ses principes et valeurs dans le quotidien des individus et dans la population générale. La perspective salutogénique permettrait à la promotion de la santé de se déployer de manière efficace en utilisant les concepts qui lui sont propres, à savoir les RRG et le SOC, regroupant l'intelligibilité, la capacité à gérer et la signification.

2.6.3 Les spécificités du SOC

La recherche sur la salutogénèse est une préoccupation croissante à l'échelle internationale. De nombreux champs d'investigation sont touchés. En 2010, un inventaire a été effectué remontant jusqu'à 1985 et a permis de répertorier 1060 études parlant de ce sujet. Toutes ces études ont employé un questionnaire évaluant le SOC des individus (Lindström et Eriksson, 2012, p.10).

Les résultats de ces études sont encourageants pour la promotion de la santé. En effet, ils ont démontré qu'un SOC élevé est associé à une bonne santé mentale et physique. Il favorise une bonne qualité de vie (Eriksson, Lindström & Lilja, 2007) et peut même la prédire (Eriksson & Lindström, 2006). Au niveau psychique, le sentiment de cohérence protège contre l'anxiété, la dépression et l'épuisement professionnel. Il confère également aux individus certaines caractéristiques comme l'optimisme, le contrôle sur la vie et la capacité d'adaptation. Au niveau comportemental, plus le SOC est fort, moins les individus consomment de l'alcool, du tabac et de la drogue, plus ils

pratiquent une activité physique et mangent sainement. Le niveau du SOC a également une influence sur le travail car il permet de mieux gérer le stress et d'améliorer sa capacité d'organisation (Albertsen, Nielsen & Borg, 2001; Cilliers, 2003).

Au niveau physique, les personnes avec un SOC élevé résistent mieux aux maladies chroniques telles que le diabète (Leksell, Wikblad & Sandberg, 2005), le cancer (Bruscia, Shultis, Dennery & Dileo, 2008) et les maladies cardiovasculaires (Surtees et al., 2007). Ces personnes vivent plus longtemps et font moins appel aux soins de santé (Lindström & Eriksson, 2012).

Enfin, le SOC permet aux individus de mieux gérer des événements de vie extrême tels qu'un divorce (Richardson & Ratner, 2005), la guerre (Ebina & Yamazaki, 2008 dans Lindström & Eriksson, 2012) ou l'agression sexuelle (Renck & Rahm, 2005).

Les recherches ont également porté sur la stabilité dans le temps du concept du SOC. Selon Antonovsky, le sentiment de cohérence se formait jusqu'à l'âge de 30 ans puis restait stable. Des recherches ultérieures ont montré que cette prédisposition était stable à travers les âges. Selon Downe et McCourt (2008), le SOC n'est pas figé au début de l'âge adulte mais peut être modulé par des événements de vie importants tels que l'accouchement.

2.6.4 L'évaluation du SOC

Antonovsky a développé un questionnaire nommé « le questionnaire d'orientation devant la vie » pour évaluer le SOC des individus. L'échelle initiale est composée de 29 items, c'est la SOC-29. Plus tard, Antonovsky (1987) a créé une version plus courte à 13 items, le SOC-13 (cf. Annexe 2). Les deux versions sont des échelles sémantiques différentielles. Les items sont évalués sur une échelle de Lickert à 7 points. Les scores du SOC-29 vont de 29 à 203 et ceux du SOC-13 se répartissent entre 13 et 91. L'échelle évalue les trois variables du SOC (Figure 2) :

- L'intelligibilité (comprehensivity). Exemple d'item : « Avez-vous des sentiments et idées mélangées ? »
- La capacité à gérer (manageability). Exemple d'item : « Est-ce que vous avez le sentiment d'être traité de manière injuste ? »
- La signification (meaningfulness). Exemple d'item : « A quelle fréquence avez-vous le sentiment qu'il y a peu de sens aux choses que vous faites dans votre quotidien ? »

Les études qui utilisent l'échelle SOC-29 obtiennent des moyennes de scores allant de 100.50 (SD=28.50) à 164.50 (SD=17.10). Celles utilisant l'échelle à 13 items trouvent des moyennes s'étendant de 35.39 (SD=0.10) à 77.60 (SD=13.80) (Eriksson & Lindström, 2005).

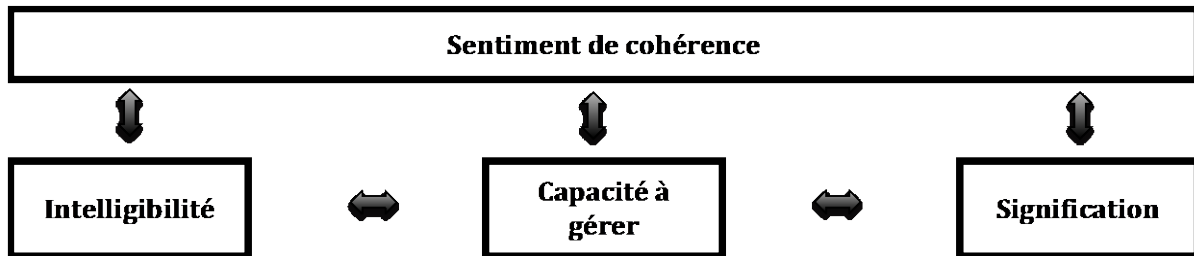


Figure 2

Tiré de : Lindström et al., 2012, p. 20

L'interprétation des résultats de l'échelle permet de faire ressortir que les personnes avec un score au SOC élevé sont moins enclines à évaluer une situation comme stressante et sont plus à même d'y faire face. Une personne avec un score au SOC faible se sentira plus anxieuse face à une situation stressante et aura moins d'aptitude à gérer cette situation (Eriksson & Lindström, 2006).

Les études qui s'intéressent au SOC utilisent également d'autres versions de cette échelle, souvent raccourcies. L'échelle la plus fréquemment utilisée est la SOC-13 (Eriksson & Lindström, 2005). En 2010, il est ressorti que deux tiers de la population mondiale pouvait utiliser un questionnaire du SOC dans sa langue pour évaluer le sentiment de cohérence (Lindström & Eriksson, 2012).

2.6.5 Le SOC dans le champ de l'obstétrique

Le système actuel de santé prend ses racines dans la pathologie. L'accent est mis sur l'origine de la maladie et son étiologie plutôt que sur l'origine de la santé et comment la promouvoir. Dans le secteur de l'obstétrique, la plupart des recherches s'intéressent à la morbidité. Le constat dominant est que la santé est produite par l'élimination des risques de maladie (Downe, 2008).

Dans l'ouvrage « Normal Childbirth : Evidence and Debate » de Downe et al. (2008), il est question d'appliquer le concept de la salutogenèse dans la pratique, la recherche et l'élaboration des politiques (Downe & McCourt, 2008). Dans ce sens, la théorie salutogénique semble avoir un fort potentiel dans le milieu de la périnatalité. Cette

approche aurait un impact sur la promotion de la physiologie de l'accouchement et donnerait un nouveau cadre pour comprendre l'expérience des femmes lors de la naissance. Ainsi, au début du XXI^{ème} siècle, des chercheurs vont employer le concept du SOC en obstétrique. Ils émettent l'hypothèse que les femmes avec un SOC élevé sont plus susceptibles de comprendre les stimuli environnants en lien avec la grossesse et l'accouchement, de les évaluer comme non stressants. Elles seront plus à même de puiser dans leurs ressources pour y faire face et verront ces expériences comme une opportunité pour être actrices de leur santé. Ainsi, il en résulterait une réduction du risque de complications obstétricales. Le SOC serait donc un facteur protecteur et prédictif d'un accouchement physiologique (Oz et al., 2009).

Enfin, la théorie salutogénique de manière générale et le concept du SOC en particulier seraient des outils pour guider l'accompagnement des femmes enceintes. D'une part, ils donneraient des pistes de recherches pour promouvoir le bien-être et d'autre part, ils inciteraient à traiter la pathologie seulement si elle se présente plutôt que de la voir comme le concept qui guide les pratiques (Downe & McCourt, 2008).

2.7 La problématique

Le respect du processus physiologique de la naissance, permet de favoriser des issues de santé positives pour la mère et l'enfant et de prévenir des morbidités physiques et psychiques induites par les interventions médicales. En effet, bien que la médicalisation de l'accouchement ait permis de réduire de manière importante la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale, son utilisation accrue et parfois superflue entraîne des morbidités iatrogènes.

En regard de la philosophie sage-femme centrée sur la personne, il semblerait que la femme elle-même puisse jouer un rôle essentiel dans le maintien du processus physiologique de la naissance et des impacts qu'il aura sur sa vie. En effet, la transition à la maternité étant un événement bouleversant et source de vulnérabilités, la manière dont la femme y fait face pourrait influencer la physiologie de la naissance et ses issues. Le concept du sentiment de cohérence, qui illustre comment une personne comprend, donne du sens et gère un événement stressant qui se produit dans sa vie, semble être une des clés pour comprendre l'influence de la femme sur les processus de la grossesse, de l'accouchement et de la transition vers la maternité. Jusqu'à maintenant, le SOC a été étudié dans différents domaines de la santé et il ressort qu'un SOC élevé est associé à une meilleure santé et à une qualité de vie améliorée.

Dans le champ de l'obstétrique, la relation entre le SOC des femmes et les issues de naissance commence seulement à être étudiée.

Ainsi, il est possible d'avancer l'hypothèse qu'un SOC élevé apporterait à la femme enceinte une capacité plus grande à comprendre, donner du sens et gérer sa grossesse, son accouchement et la transition vers la maternité, favorisant ainsi le processus physiologique de la naissance. Sur cette base, le travail qui suit émet également l'hypothèse qu'un SOC élevé protège la femme de certaines interventions obstétricales (telles que la césarienne, la péridurale, l'instrumentation et la provocation) et de certaines issues psychologiques (telles que le stress perçu, la dépression et l'insatisfaction de l'accouchement)

L'articulation de ces réflexions nous permet de formuler la question de recherche suivante : « **Un SOC élevé chez la femme enceinte favorise-t-il la physiologie de la naissance ?** »

La physiologie est analysée sur le plan obstétrical et psychologique. Le terme « naissance » est utilisé pour englober la grossesse, le processus de l'accouchement et le post-partum. L'intérêt est porté prioritairement à la femme mais l'enfant et la relation mère-enfant font également l'objet d'investigation.

3. ÉTHIQUE

3.1 Définition

L'éthique est définie par le Larousse (Larousse, s. d.-c) comme la « partie de la philosophie qui envisage les fondements de la morale ; ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un ». L'éthique protège et promeut les biens humains importants étant donné que quasiment tout acte humain a des conséquences (S. Romagnoli, communication personnelle [support de cours] 12 novembre 2013).

Dans le domaine de la médecine, l'éthique clinique tente d'avancer des opinions sur les questions éthiques posées dans la pratique, encadrée par des comités d'éthique, émettant des avis consultatifs ou proposant des recommandations consultatives (Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], s. d.).

Il existe quatre principes fondamentaux à l'éthique (Beauchamp & Childress, 2001) :

1. L'autonomie : le soignant, en fournissant les informations nécessaires, donne la capacité à la personne de penser et d'agir librement de son plein gré.
2. La bienfaisance : l'action entreprise par le professionnel doit chercher le bien d'autrui.
3. La non-malfaisance : cette notion met en avant le fait de ne pas nuire à autrui, d'éviter de causer le mal.
4. La justice : le devoir de traiter l'individu de manière équitable en considérant ses besoins, sa contribution et ses différences.

Outre l'éthique, d'autres systèmes normatifs définissent des règles dans la pratique professionnelle du domaine médical : il s'agit du droit et de la déontologie. La déontologie, du latin *deon* = devoir ; *logos* = science, est défini par « l'ensemble des règles et des devoirs qui régissent une profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et leurs clients et le public » (Larousse, s. d.-b). Le droit comprend l'ensemble des règles contraignantes que se donne une société, assorties de sanctions judiciaires (S. Romagnoli, Communication personnelle [support de cours] 12 novembre 2013).

Par exemple, dans le système normatif du droit, le principe éthique d'autonomie est formulé sous le principe du droit à l'autodétermination, et au consentement éclairé (S. Romagnoli, Communication personnelle [support de cours] 12 novembre 2013).

3.2 Ethique et pratique sage-femme

La pratique sage-femme s'appuie quotidiennement sur les quatre principes éthiques susmentionnés, puisque chaque décision de soin met en balance les bénéfices/risques pour la femme et/ou l'enfant, dans un souci d'équité pour chacun.

Du point de vue déontologique, différents documents fondamentaux et chartes cadrent la philosophie et les soins prodigués par la sage-femme :

- ❖ Philosophie et modèle de soins de la pratique sage-femme : document fondamental (International Confederation of Midwives, 2005)
- ❖ Code international de déontologie des sages-femmes (Fédération suisse des sages-femmes [FSSF], 1993)

Ces documents fondamentaux spécifiques à la philosophie et pratique sage-femme incluent également les principes plus larges du respect des droits de l'Homme (générale des Nations Unies, 1948). En effet, de nombreux exemples d'atteintes à la santé de la femme, en lien avec des violations des droits humains fondamentaux, révèlent la nécessité d'utiliser un cadre de défense des Droits de l'Homme pour les soins sage-femme, à travers des codes éthiques, un cadre de philosophie de soins sage-femme et des normes de pratique (Thompson, 2004).

Enfin, le travail des sages-femmes est également soumis au droit, avec pour la Suisse des lois cantonales et/ou fédérales réglementant notamment la pratique professionnelle et le droit des patients (Loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan), 2016; Loi sur la santé (LS), 2006).

3.3 Ethique dans la présente revue de littérature

Les auteures de la présente revue de littérature s'engagent à respecter et à appliquer de manière transversale et longitudinale ces différents principes éthiques et codes déontologiques lors de la réflexion et la construction de ce travail de Bachelor. L'éthique sera omniprésente notamment à travers le choix d'articles présentant des résultats contradictoires, la présentation objective des concepts théoriques, l'interprétation objective et prudente des résultats, la formulation de recommandations pour la pratique favorisant l'autonomie, la bienfaisance, la non malfaisance et la justice.

Les articles, dont la qualité éthique sera intégrée dans la partie descriptive des études, seront analysés à l'aide d'un outil de recherche valide, à savoir le Guide francophone

d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS) (Tétreault, Sorita, Ryan & Ledoux, 2013).

La question de recherche de ce travail paraît d'ailleurs elle-même en adéquation avec un des principes de la philosophie sage-femme : « Les soins prodigués par les sages-femmes encouragent, protègent et soutiennent la santé,... » (International Confederation of Midwives, 2005 p.2). De plus, la problématique respecte les quatre principes éthiques en s'intéressant à la bienfaisance et à la non-malfaisance des soins prodigués aux femmes enceintes, avec le souci de favoriser leur autonomie et de veiller à la justice lors de la naissance.

Finalement, la propriété intellectuelle et les droits d'auteurs mentionnés dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (art. 27, 1948) et cadrés par la loi Suisse (Loi sur le droit d'auteur (LDA), 1992) seront respectés en référencant chaque source utilisée pour la rédaction de la présente revue de littérature.

4. MÉTHODOLOGIE

4.1 Sélection et traduction des mots clés

Pour cibler la recherche de littérature en lien avec la question de recherche, des mots clés ont été sélectionnés, traduits en anglais, puis transformés en MeSH Terms sur CiMSeF et CINHAL, outils de traduction des différentes bases de données utilisées par la suite.

Les MeSH Terms forment le thésaurus de référence dans le domaine biomédical, pour uniformiser l'indexation et la recherche de littérature spécialisée. Etant donné que certains mots ne figurent pas dans les thésaurus, ils ont été utilisés dans leur version anglaise, en sélectionnant « All fields » (AF), signifiant une recherche dans tous les champs. Parfois, certains mots clés ont été utilisés volontairement dans la catégorie AF bien qu'ils existent en MeSH Terms, ceci dans le but d'élargir les résultats.

Les mots clés ont été définis dans le but d'englober tous les aspects de la problématique, à savoir, d'une part, le concept salutogénique du sentiment de cohérence et, d'autre part, les différents aspects en lien à la naissance et à la physiologie de son processus.

Français	Anglais	MeSH Terms CiMSeF HeTop	Mesh Terms CINHAL Headings
Accouchement	Delivery	Parturition	Vaginal birth
Accouchement normal	Normal birth	Normal childbirth	<i>N'existe pas</i>
Accouchement (procédure)	Delivery process	Delivery, obstetrics	Delivery, obstetrics
Césarienne	Caesarean	Cesarean section	Cesarean section
Complications du travail et de l'accouchement	Complications of labor and delivery	Obstetric labor complications	Labor complications / Obstetric emergencies /
Douleur de l'accouchement	Labor pain of childbirth	Labor pain	Labor pain
Femme enceinte	Pregnant woman	Pregnant women	Expectant mother
Grossesse	Pregnancy	Pregnancy	pregnancy
Issue	Outcome	<i>N'existe pas</i>	Pregnancy outcome
Naissance	Birth	Childbirth	Childbirth
Physiologie	Physiology	Physiology	Physiology
Préparation à l'accouchement	Childbirth preparation	Prenatal education	Childbirth education
Salutogenèse	Salutogenesis	<i>N'existe pas</i>	<i>N'existe pas</i>
Sentiment de cohérence	Sense of coherence	Sense of coherence	<i>N'existe pas</i>

4.2 Les bases de données utilisées

Les mots clés définis ci-dessus ont ensuite été combinés à l'aide des opérateurs booléens AND et/ou OR sur différents moteurs de recherches spécialisés, choisis pour leur pertinence avec la thématique de littérature. Ainsi les recherches ont été effectuées sur :

- Medline via PubMed : banque de données de couverture mondiale, qui comprend notamment les domaines de médecine, soins infirmiers et santé publique
- CINHAL : base de données dédiée aux disciplines des sciences infirmières paramédicales
- PsycINFO : base de données dédiée aux sciences sociales et comportementales
- MIDIRS : base de données dans les domaines sage-femme, obstétrique, périnatalogie et néonatalogie.

Il n'a pas été nécessaire d'utiliser de filtre pour affiner les résultats étant donné que le sujet sur le SOC en obstétrique est très récent et encore peu étudié. Les tableaux détaillant les combinaisons de mots clés utilisés et les résultats de recherches obtenus pour chacune des bases de données susmentionnées sont disponibles dans l'annexe 1. Les articles ont été retenus uniquement s'ils traitaient du sentiment de cohérence en lien direct avec un aspect du processus physiologique de la naissance (préparation, peur, douleur, issue, mode d'accouchement, complication, ...). Au final, seize articles ont été retenus en première intention sur les différentes bases de données (cf. Annexe 1).

4.3 Les articles retenus

Après la lecture des résumés des seize articles retenus ci-dessus, une sélection finale de cinq articles à analyser a été effectuée pour répondre à la question de recherche.

Critères d'inclusion des articles :

- Parution ultérieure à 2006
- Études quantitatives
- Pertinence du sujet de l'article par rapport à la question de recherche

- Mise en lien du SOC prénatal avec les issues de l'accouchement aussi bien obstétricales que psychologiques
- Variété des issues de naissance évaluées

Critères d'exclusion des articles :

- Parution ancienne (>10 ans)
- Etudes pour lesquelles la variable du SOC n'est pas assez explorée
- SOC évalué au niveau familial

Sélection finale par ordre chronologique :

1. Sense of coherence predicts uncomplicated delivery : a prospective observational study (Oz, Y., Sarid, O., Peleg, R. & Sheiner, E., 2009).
2. Identification of maternal characteristics associated with the use of epidural analgesia (Jeschke, E., Ostermann, T., Dippong, N., Brauer, D., Pompe, J., Meißner, S. & Matthes, H., 2012).
3. Antenatal fear of childbirth and sense of coherence among healthy women in Japan : a cross-sectional study (Takegata, M., Haruna, M., Matsuzaki, M., Shiraishi, M., Okano, T. & Severinsson, E., 2014).
4. Association between the sense of coherence 13-item version scale score of pregnant women in the second trimester of pregnancy and threatened premature birth (Sekizuka-Kagami, Shimada, Tabuchi & Nakamura, 2015).
5. Sense of coherence and women's birthing outcomes : a longitudinal survey (Ferguson, S., Browne, J., Taylor, J. & Davis, D., 2015).

4.4 Limites et contraintes de la recherche de littérature

- Le sujet étant récent, il existe peu d'études disponibles ce qui limite la comparaison des résultats
- Malgré l'existence d'une revue de littérature datant de 2014 centrée sur la question du SOC et la naissance, celle-ci a du être écartée car elle contient quatre des cinq articles retenus pour le présent travail.

4.5 Recherche de littérature de référence

Afin de valider et appuyer certains propos qui apparaissent dans l'ensemble du travail, une recherche de références littéraires a été nécessaire. Cette dernière s'est déroulée, pour une partie, au sein du centre de documentation de la Haute Ecole de Santé à Genève (heds), site de Champel.

Par la suite, des screenings de bibliographies ont permis de trouver d'autres références. Ainsi, les bibliographies des cinq articles de la présente revue de littérature, celles des ouvrages trouvés à la bibliothèque ainsi que des supports de cours théoriques dispensés à la filière sage-femme de la heds ont permis d'étoffer la littérature référentielle.

Enfin, des sites internet fiables ont également été consultés pour trouver des données officielles, telles que les sites de l'Office Fédéral de la Statistique (OFS), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou la Confédération Internationale des Sages-Femmes (ICM).

5. ANALYSE DESCRIPTIVE DES ÉTUDES

Sense of coherence predicts uncomplicated delivery: a prospective observational study Oz, Y., Sarid, O., Peleg, R. & Sheiner, E (2009). <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology</i>				
Objectif	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Investiguer l'existence de facteurs prédictifs d'accouchement sans complication. Plus spécifiquement, rechercher si le sentiment de cohérence (SOC) et le stress perçu peuvent prédire ces accouchements.</p>	<p><u>Design</u> : étude prospective observationnelle</p> <p><u>Population</u> : 145 femmes >18 ans qui présentent une grossesse unique, présentation céphalique.</p> <p><u>Variables</u> : Sentiment de cohérence, stress perçu, parité, complications obstétricales maternelles et/ou néonatales</p> <p><u>Outils</u> : SOC-13, PSS</p>	<p>Groupe unique</p> <p><u>1^{ère} phase</u> : Passation des questionnaires durant un contrôle obstétrical de routine</p> <p><u>2^{ème} phase</u> : Réculte des données concernant accouchement et post-partum dans le dossier médical des participantes</p> <p>Observation de la corrélation entre les variables</p> <p><u>Période et lieu de l'étude</u> : - Durée inconnue. - Centre médical universitaire de Soroka, Israël.</p>	<p>Corrélation significative entre score de SOC bas et complications maternelles ($p=0.014$).</p> <p>Le SOC (OR=1.042 ; 95%CI[1.004-1.08] ; $p=0.03$) et la nulliparité (OR 0.293 ; 95%CI[0.113-0.758] ; $p 0.011$) sont deux facteurs prédictifs indépendants, directs et inverses, d'un accouchement non compliqué.</p> <p>Pas de corrélation entre SOC et issues néonatales.</p> <p>Le stress perçu n'a pas démontré d'impact significatif sur les issues de naissance ($p=0.341$).</p> <p>Corrélation négative entre SOC et stress perçu ($p= <0.001$).</p>	<p><u>Forces</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Critères inclusion et exclusion nommés - Validité éthique - Intégration de variables de confusion <p><u>Limites</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taille de l'échantillon inférieure à la taille attendue pour une puissance statistique de 80% - Questionnaires pour lesquels il manque jusqu'à deux réponses complétés par les auteurs - Echantillon non représentatif de la population générale - Période de passation de la 1^{ère} phase inconnue - Pas de valeurs seuil pour interpréter les scores de SOC - Variables de confusions insuffisantes - Absence d'indication aux interventions médicales - Remise en questions de la validité de l'échelle PSS pour évaluer le stress perçu périnatal

Identification of maternal characteristics associated with the use of epidural analgesia Jeschke, E., Ostermann, T., Dippong, N., Brauer, D., Pumpe, J., Meissner, S. & Matthes, H (2012). <i>Journal of Obstetrics & Gynecology</i>				
Objectif	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Ré-investiguer des facteurs prédicteurs de l'utilisation de la péridurale pendant l'accouchement. Plus spécifiquement, identifier si l'utilisation antérieure de la péridurale ou un score de SOC faible constituent des facteurs prédicteurs indépendants de l'utilisation de la péridurale pendant l'accouchement.</p>	<p><u>Design</u> : Etude de cohorte</p> <p><u>Population</u> : 193 femmes recrutées vers 31 SA, tous les âges et toutes les parités</p> <p><u>Variables</u> : Utilisation de la péridurale, sentiment de cohérence, parité, antécédent d'utilisation de la péridurale</p> <p><u>Outils</u> : HQD, SOC-29, VAS</p>	<p>Groupe unique</p> <p><u>1^{ère} phase</u> : Passation des 3 questionnaires entre 36 SA et 40 SA</p> <p><u>2^{ème} phase</u> : Réculte des données dans le dossier médical en post-partum</p> <p>Observation des corrélations entre les variables</p> <p><u>Période et lieu de l'étude</u> : - Octobre 2007 à juin 2008 - Hôpital de médecine intégrative, Allemagne</p>	<p>Le SOC ne semble pas être un facteur prédicteur de l'utilisation de la péridurale ($p=0.652$)</p> <p>Par contre le SOC élevé est associé significativement avec le désir d'accoucher sans péridurale (p for trend=0.037), la confiance des femmes en leur accouchement ($r=0.349$, $p<0.001$), le fait de se sentir bien préparée pour l'accouchement ($r=0.343$, $p<0.001$) et l'attente de l'accouchement dans la joie ($r=0.312$, $p<0.001$).</p>	<p><u>Forces</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comparaisons de leurs résultats avec les statistiques régionales - Utilisation d'outils statistiques pour gérer les biais de confusion - Sur le plan éthique, le consentement éclairé des femmes semble avoir été obtenu. <p><u>Limites</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de critère d'inclusion/exclusion et de précision sur la méthode de recrutement - Pas de précision sur d'éventuelles situations où la péridurale est posée sur indication médicale - Etude subventionnée par Weleda AG, potentiel conflit d'intérêt - Pas de notion d'approbation de l'étude par un comité d'éthique - Le lieu de recrutement peut biaiser les résultats par un échantillon non représentatif de la population générale

Association between the sense of coherence 13-item version scale score of pregnant women in the second trimester of pregnancy and threatened premature birth Sekizuka-Kagami, N., Shimada, K., Tabuchi, N. & Nakamura, H (2014). <i>Environmental Health and Preventive Medicine</i>				
Objectif	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
Déterminer si le sentiment de cohérence (SOC) pendant le deuxième trimestre de la grossesse est associé au risque d'être traitée pour une menace d'accouchement prématuré (MAP).	<p><u>Design</u> : Etude de cohorte</p> <p><u>Population</u> : 151 femmes recrutées vers 18SA</p> <p><u>Variables</u> : Traitement pour MAP, sentiment de cohérence, stress perçu</p> <p><u>Outils</u> : SOC-13, SPS</p>	<p>Groupe unique</p> <p><u>1^{ère} Phase</u> : Avant 22 SA, passation des deux questionnaires + questionnaire sociodémographique et anamnestique</p> <p><u>2^{ème} Phase</u> : Vers 30 SA, récolte des données concernant l'évolution de la grossesse et plus particulièrement si le recours à un traitement pour MAP à eu lieu</p> <p>Recherche de corrélation entre les différentes variables</p> <p><u>Période et lieu de l'étude</u> : - Décembre 2007 à février 2010 - Japon</p>	<p>Corrélation entre score de SOC bas (<60) et traitement pour MAP ($p<0.001$).</p> <p>Pas de corrélation significative entre score de SPS et le traitement pour MAP ($p=0.052$).</p> <p>Corrélation négative entre score de SPS et SOC-13 ($r=-0.351$, $p<0.001$).</p> <p>Les primipares ($p=0.01$) et les femmes de <25ans ($p=0.05$) ont des score de SOC significativement plus bas.</p>	<p><u>Forces</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ethique : étude approuvée par un comité d'éthique, obtention du consentement écrit par les femmes <p><u>Limites</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de précision si le consentement était éclairé - Taille de l'échantillon petite par rapport à la durée de l'étude - Absence de critère d'inclusion et de méthode de recrutement - 2^{ème} et dernière phase d'évaluation du traitement pour MAP à 30 SA et pas à terme - Absence de précision sur la définition de MAP et le type de traitement pour MAP. - Absence d'explication sur la manière dont le seuil de catégorisation de SOC bas/élevé (60) a été fixé - Les résultats n'ont pas été ajustés à certains variables de confusion

Antenatal fear of childbirth and sense of coherence among healthy pregnant women in Japan: A cross-sectional study

Takegata, M., Haruna, M., Matsuzaki, M., Shiraishi, M., Okano, T. & Severinsson, E
(2014). *Archives of Women's Mental Health*

Objectif	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Investiguer la relation entre la peur de l'accouchement (FOC) en prénatal et le sentiment de cohérence (SOC) chez la femme enceinte au troisième trimestre de sa grossesse</p>	<p><u>Design</u> : Etude transversale, quasi-expérimentale ou corrélationnelle.</p> <p><u>Population</u> : 226 femmes enceintes en bonne santé recrutées lors d'un contrôle de routine dans une clinique à 37 SA</p> <p><u>Variables</u> : peur de l'accouchement, sentiment de cohérence</p> <p><u>Outils</u> : W-DEQ, SOC-13</p>	<p>Groupe unique</p> <p>Passation des deux questionnaires durant un contrôle de routine à 37 SA</p> <p>Observation de la corrélation entre les variables</p> <p><u>Période et lieu de l'étude</u>: - Juillet à novembre 2011 - Tokyo, Japon</p>	<p>Le SOC est corrélé négativement au FOC ($r=-0.44, p<0.01$).</p> <p>Le SOC est une cause directe du FOC ($\beta=-0.89, p<0.001$) et non pas un reflet du FOC.</p>	<p><u>Forces</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nouveauté des résultats du lien entre FOC et SOC - Critères d'exclusion nommés - Nombreuses données démographiques intégrées - Validité éthique (consentement éclairé des femmes et approbation par un comité d'éthique) - Exclusion des questionnaires pour lesquels il manque des réponses <p><u>Limites</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Critère d'inclusion « bonne santé » peu clair - Echantillon non représentatif de la population générale (notamment en raison du critère d'inclusion de « bonne santé » et d'un niveau d'éducation élevé dans l'échantillon) - Modèle statistique utilisé ne permet pas de généraliser les résultats

<p align="center">Sense of coherence and women's birthing outcomes : a longitudinal survey Ferguson, S., Browne, J., Taylor, J. & Davis, D (2015). <i>Midwifery</i></p>				
Objectif	Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Explorer l'association entre le SOC des femmes enceintes et les issues de l'accouchement.</p> <p>Identifier des facteurs influençant la modification du score de SOC entre les périodes pré et post-natales.</p>	<p><u>Design</u> : Etude de cohorte</p> <p><u>Population</u> : 753 femmes (grossesse unique), recrutées par méthode de boule de neige et convenance, <30 SA et ayant accouché >37 SA d'un enfant n'ayant pas nécessité d'hospitalisation en néonatalogie</p> <p><u>Variables</u> : Sentiment de cohérence, dépression, soutien social perçu, issues de l'accouchement (provocation, instrumentation, péridurale, AVB, césarienne, satisfaction de l'accouchement)</p> <p><u>Outils</u> : SOC-9, EPDS, SBI</p>	<p>Groupe unique</p> <p><u>1^{ère} phase</u> : 30 SA : passation des trois questionnaires + données grossesse et sociodémographiques durant un contrôle obstétrical de routine</p> <p><u>2^{ème} phase</u> : 2 mois post-partum: récolte des données concernant déroulement et issues de l'accouchement. Nouvelle passation des questionnaires SOC et EPDS.</p> <p>Observation de la corrélation entre les variables.</p> <p><u>Période et lieu</u> de l'étude: - Septembre 2013 à septembre 2014 - Australie</p>	<p>Un SOC anténatal élevé semble protéger de la césarienne (OR= 0.437 ; 95% CI[0.209-0.915]) et augmenter le risque d'instrumentation (OR= 3.108 ; 95% CI[1.557-6.203]) .</p> <p>Pas de lien significatif entre le score de SOC anténatal et les autres issues de l'accouchement.</p> <p>De manière générale, le score de SOC augmente de manière significative entre les périodes prénatale (M=48.05, SD 7.582) et postnatales (M=49.85, SD7.861) ($p<0.001$).</p> <p>En particulier, l'augmentation du score de SOC est favorisée par la satisfaction de l'accouchement un score de SOC anténatal bas et un score de EPDS anténatal >13 qui diminue en postnatal. Diminution du score de SOC en lien avec : instrumentation, utilisation de la péridurale et insatisfaction de l'accouchement.</p>	<p><u>Forces</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nouveauté des résultats de modification du SOC après l'accouchement. - Taille de l'échantillon dépassant la taille calculée pour obtenir la puissance statistique déterminée - Critères inclusion et exclusions précis et complets - Etude approuvée par 3 comités d'éthique. - Catégorisation précises des résultats des différentes échelles facilitant l'interprétation <p><u>Limites</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Echantillon non représentatif de la population générale en raison principalement de la méthode et du lieu de recrutement - Ethique : pas de notion de consentement éclairé écrit - Absence de précision sur la manière dont les catégories de SOC bas/élevé ont été déterminés - Pas de précision sur les indications aux interventions (médicale ou de convenance ?)

6. ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES PAR THEMATIQUE

6.1 Les différentes échelles du SOC

Les cinq études retenues pour ce travail utilisent une échelle pour évaluer le sentiment de cohérence des femmes. Comme cela a été décrit précédemment dans le travail, il existe plusieurs échelles pour évaluer cette variable. Une seule des cinq études emploie la version originale à 29 items (SOC-29) développée par Antonovsky (Antonovsky, 1987). Trois études utilisent la version raccourcie de l'échelle originale, à 13 items (SOC-13). Enfin, une étude utilise une version encore plus courte, à 9 items (SOC-9) (cf. Annexe 2). Dans ces trois versions, le score du SOC est obtenu en additionnant le score de chacun des items. Plus le total est élevé, plus le SOC l'est également.

Dans l'étude de Jeschke et al. (2012), l'échelle SOC-29 utilisée ne fait pas l'objet d'une description détaillée. Il est mentionné que les trois composantes du SOC sont évaluées (intelligibilité, signification et capacité à gérer) mais il n'y a pas d'indication sur la répartition du score du SOC entre elles ni sur le seuil différenciant un SOC élevé d'un SOC faible. L'étude ne parle pas non plus de la validité ni de la fiabilité de cette échelle dans la population des femmes enceintes. Cependant, c'est la seule étude sur les cinq à donner un exemple d'item pour chacune des trois composantes mesurées. Malgré cela, les analyses statistiques ne s'intéressent pas à ces trois dimensions de manière séparée mais intègre le SOC uniquement comme un score total, ce dernier s'étend de 29 à 203.

L'étude de Oz et al. (2009) utilise la version hébraïque de l'échelle SOC-13 alors que les études de Sekizuka et al. (2015) et Takegata et al. (2014) utilisent une version japonaise. Dans les deux premières, il n'est pas mentionné si la validité et la fiabilité de l'échelle traduite correspondent à la version originale. Dans celle de Takegata et al. (2014), les critères de validité et de fiabilité sont confirmés. Les trois variables de l'échelle retrouvées (intelligibilité, capacité à gérer et signification) sont cohérentes avec celles de l'échelle originale (alpha de Cronbach=0.85 pour le score total).

Dans l'étude de Oz et al. (2009), tout comme dans celle de Takegata et al. (2014), il est mentionné que les items sont évalués sur une échelle de Lickert à 7 points, les femmes devant déterminer à quel degré chacune des affirmations correspond à leur attitude. L'étude de Takegata et al (2014) rajoute que les items sont évalués entre

l'affirmation « Pas du tout » et « Extrêmement ». Les scores totaux vont de 13 à 91, ce qui diffère de l'étude de Sekizuka et al. (2015) qui indique une répartition des scores entre 7 et 91. Il est cependant étonnant de trouver un score minimum de 7 car l'échelle contient 13 items évalués sur une échelle de Lickert à 7 points (1 à 7). Il peut s'agir d'une erreur car dans l'étude de Ferguson et al. (2015), les scores se répartissent aussi de 13 et 91. Dans l'étude de Sekizuka et al. (2015), une analyse statistique a permis de diviser la population en deux groupes, celui avec un score au SOC faible (<60 points) et celui avec un score au SOC élevé (>60 points). L'article indique que le groupe avec un score de SOC faible représente 42% de l'échantillon et celui avec un score de SOC élevé 58%, sans expliquer toutefois comment le seuil de 60 points a été défini.

L'étude de Ferguson et al. (2015) utilise deux échelles pour évaluer le SOC des femmes enceintes, le SOC-13 et le SOC-9. Dans une étude précédente, les auteurs n'ont pas trouvé de validité et de fiabilité statistique à l'échelle à 13 items dans la population des femmes enceintes, raison pour laquelle ils ont créé une échelle à 9 items sur la base de leurs données statistiques (ils suppriment les items 2, 3, 7 et 9). L'échelle SOC-9 expliquerait une proportion significative de la variance des résultats dans cette population. Dans l'échelle SOC-13, il est décrit que le score peut aller de 13 à 91. Un SOC faible correspond au score entre 13 et 63 et un SOC élevé aux scores entre 80 et 91. L'étude n'explique pas sur quelle base ces scores ont été déterminés, elle mentionne uniquement l'étude à laquelle elle se réfère. Cette division des scores en deux catégories n'est pas tout à fait la même que dans l'étude de Sekizuka et al. (2015) qui place le curseur à 60.

Dans l'échelle SOC-9, les scores ont également été divisés en deux catégories sur la base des pourcentages retenus pour l'échelle SOC-13 : SOC faible de 9 à 44 et SOC élevé de 55 à 63. C'est la seule étude à diviser les scores de manière aussi précise. Le SOC-9 rapporte une meilleure validité et une fiabilité élevée, c'est pourquoi seuls les résultats de cette échelle ont été analysés par les auteurs.

Malgré les différentes échelles utilisées, les moyennes obtenues au SOC sont relativement similaires, notamment pour l'étude de Sekizuka et al. (2015) ($M=61.4$; $SD=11.1$) et pour celle de Takegata et al. (2014) ($M=62.52$; $SD=10.62$). L'étude de Oz et al. (2009), qui utilise aussi l'échelle SOC-13, a séparé les résultats du SOC selon

les issues obstétricales, avec un SOC significativement plus élevé dans la catégorie des accouchements non compliqués ($M=72.18$; $SD=1.32$) que dans la catégorie des accouchements compliqués ($M=67.4$; $SD=1.19$; $p=0.014$).

En s'appuyant sur la catégorisation des résultats pour l'échelle SOC-13, il ressort que les scores moyens des femmes sont bas dans les articles de Sekizuka et al. (2015) et de Takegata et al. (2014), et intermédiaires pour l'étude de Oz et al. (2009)

L'étude de Ferguson et al. (2015) utilisant l'échelle SOC-9 montre des moyennes de SOC anténatal ($M=48.05$; $SD=7.5$) et post natal ($M=49.85$; $SD=7.861$) intermédiaires. Finalement, l'échelle de SOC-29 utilisée dans l'étude de Jeschke et al. (2012) a révélé pour cette étude une moyenne au SOC qualifiée également d'intermédiaire ($M=151.2$; $SD=17.2$).

La diversité des échelles utilisées dans les études pour évaluer le SOC des femmes enceintes peut être à l'origine des divergences de certains résultats. En effet, il est possible d'observer que des études trouvent des résultats contradictoires pour la même issue en utilisant des échelles différentes pour évaluer le sentiment de cohérence (exemple de la provocation). Il serait alors intéressant de se demander si cette variation est due aux différentes versions d'échelles utilisées. Cependant, cette observation ne peut pas être généralisée car certaines études trouvent des résultats similaires alors que deux versions différentes de l'échelle sont utilisées (exemple de la césarienne et de la péridurale). Par contre, le fait que certaines études trouvent des résultats similaires et utilisent les mêmes échelles pourrait renforcer la fiabilité des résultats (exemple du stress).

6.2 La variabilité du score du SOC et les design des études

Ce chapitre vise à analyser les articles en lien avec la variabilité du score du SOC à travers le temps. Le design des différentes études y est également analysé.

Dans les cinq études retenues, le moment de passation des échelles est chaque fois différent en fonction de l'objectif de l'étude. Les études de Oz et al. (2009), Ferguson et al. (2015) et Sekizuka et al. (2014) récoltent les données entre le premier et le deuxième trimestre de grossesse et les études de Jeschke et al. (2012) et Takegata et al. (2014) se concentrent sur le troisième trimestre de grossesse. Il n'y a pas de mesure du SOC à des temps différents durant la grossesse (entre le premier et le troisième trimestre par exemple) ni après l'accouchement, excepté dans l'étude de

Ferguson et al. (2015) qui évalue le SOC en pré et postnatal, et analyse ensuite la différence des scores obtenus.

L'étude de Ferguson et al. (2015) est une étude longitudinale. Elle est la seule à s'intéresser à la variabilité du score de SOC à travers le temps et plus spécifiquement suite à un accouchement. Les deux temps d'analyses sont indiqués de manière précise (avant 30 SA et à 8 semaines post-partum).

Le recrutement de l'échantillon a été réalisé dans plusieurs types de maternités au sein de la juridiction australienne. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont mentionnés pour les deux phases. La méthode d'échantillonnage par convenance et boule de neige ne permet pas d'obtenir un échantillon représentatif de la population générale mais aide à recruter un nombre de participants élevé ce qui améliore la puissance statistique des résultats.

Concernant la variabilité du score du SOC, les résultats montrent qu'il y a une augmentation statistiquement significative du sentiment de cohérence ($p < 0.001$) entre la phase anténatale ($M=48.05$; $SD=7.582$) et la phase postnatale ($M=49.85$; $SD=7.861$), avec une augmentation moyenne du score de SOC de 1.8 d'une période à l'autre.

Les variables qui semblent influencer le score de SOC en postnatal par rapport au score anténatal sont : l'accouchement instrumenté, l'analgésie péridurale, la satisfaction de l'accouchement, le score EPDS et le score de SOC anténatal.

L'accouchement instrumenté ($OR=1.713$; $95\% CI[1.144-2.566]$; $p=0.009$), l'utilisation de la péridurale ($OR=1.428$; $95\% CI[1.010-2.019]$; $p=0.044$) et l'insatisfaction de l'accouchement ($OR=0.418$; $95\% CI[0.260-0.672]$; $p=0.001$) sont associés à une diminution du SOC en postnatal. A l'inverse, la satisfaction de l'accouchement ($OR=2.427$; $95\% CI[1.506-3.910]$; $p=0.001$), un score faible au SOC anténatal ($OR=5.540$; $95\% CI[3.464-8.859]$; $p=0.001$), un score de EPDS anténatal >13 qui diminue en postnatal ($OR=3.497$; $95\% CI[2.528-4.840]$; $p=0.001$) sont associés à une augmentation du score de SOC en postnatal. Aucune association n'a été trouvée entre le changement de score de SOC et la provocation du travail, la césarienne ou l'accouchement par voie basse spontané.

L'étude ne discute pas les variables « lieu d'accouchement » et « continuité du soignant », alors qu'elles ont été intégrées dans les modèles statistiques. Il n'y a pas de lien significatif entre ces variables et l'évolution du score de SOC suite à l'accouchement mais il serait intéressant de discuter ce résultat par la suite. En effet,

la variable « continuité du soignant » n'est pas définie dans l'article. Il n'est donc pas possible de savoir s'il s'agit d'une continuité du soignant pendant toute la grossesse ou uniquement pendant l'accouchement ou le post-partum, ni de quelle forme il s'agit (modèle de soin continu sage-femme? Suivi complet par le même médecin? Personnel en 12 heures à la maternité pour favoriser la continuité des soins ?...). Ce manque de précision rend ce résultat difficilement interprétable et applicable.

Cette étude ne permet pas de savoir si les modifications du score du SOC sont temporaires ou permanentes.

Dans l'étude de Oz et al. (2009), il n'y a pas de détails sur la période de passation de la première phase de l'étude. Il est mentionné que les femmes remplissent les échelles durant la première visite de routine. Il est possible d'en déduire qu'il s'agit du début de la grossesse mais il manque une précision quant aux semaines d'aménorrhées. Cette étude n'évalue pas la variabilité du score du SOC suite à l'accouchement.

La généralisation des résultats de cette étude est délicate car l'échantillon ne semble pas représentatif de la population générale sur plusieurs critères. En effet, le taux d'induction du travail dans la population étudiée est inférieur à 10% alors que l'étude attendait un taux proche de 20%. Dans le même sens, le taux d'accouchements considérés comme compliqués devait atteindre 35% alors qu'il atteint 56.6% dans l'étude. Concernant ce dernier point, il n'est pas mentionné si les complications obstétricales retenues étaient identiques entre le taux attendu dans la population générale et le taux évalué dans l'étude.

L'étude de Jeschke et al. (2012) et l'étude de Sekizuka et al. (2015) sont des études de cohorte. Dans la première, deux groupes sont formés sur la base du recours ou non à la péridurale. Dans la deuxième, également deux groupes de femmes sont créés sur la base du traitement ou non pour une menace d'accouchement prématuré durant la grossesse. Dans l'étude de Jeschke et al. (2012), la méthode d'échantillonnage n'est pas connue et il n'y a pas de critère d'inclusion ni d'exclusion des participantes. Cela diminue la capacité de généraliser les résultats de l'étude et explique peut-être que le taux de recours à la péridurale de l'étude (37.5%) soit inférieur au taux régional (50%)

L'étude de Sekizuka et al. (2015) effectue un recrutement de femmes sur une période supérieure à deux ans et obtiennent un échantillon de seulement 151 femmes. L'étude ne mentionne pas les critères d'inclusion et d'exclusion qui pourraient expliquer ce total. Le taux de menace d'accouchement prématuré dans l'étude (28.5%) est proche

de celui obtenu dans la population japonaise ce qui est un critère de fiabilité pour généraliser les résultats de l'étude.

Enfin, l'étude de Takegata et al. (2014) est une étude transversale. Elle mentionne les critères d'inclusion. L'étude s'intéresse uniquement aux femmes en bonne santé, sans expliciter clairement sur quels critères est définie cette bonne santé, à part que les femmes retenues dans l'échantillon ne devaient pas avoir de complications majeures, ni de troubles psychiques. Concernant le critère d'exclusion « complications majeures », aucune précision n'est donnée. 37% des femmes recrutées présentent une hypertension gravidique, une menace d'accouchement prématuré ou une césarienne élective et sont cependant retenues pour l'étude.

6.3 Le SOC et les caractéristiques sociodémographiques

Existe-t-il un profil particulier favorisant un score de SOC élevé ? Cette partie du travail tente de répondre à cette interrogation en analysant les caractéristiques sociodémographiques retenues dans les différentes études. Ces dernières ne sont pas similaires, ou pas catégorisées de la même manière dans toutes les études. Par ailleurs, les différences entre les critères d'inclusion ou d'exclusion, ainsi que les lieux de recrutement (pays, zone à population avec meilleur niveau économique) entraînent des biais dans la comparaison de ces caractéristiques. Voici une analyse des principales variables évaluées dans toutes les études.

Age maternel

La moyenne d'âge par étude varie peu, entre 29 et 32 ans environ. Ces variations peuvent être induites notamment par le fait qu'une étude exclue les femmes de moins de 20 ans (Takegata et al. (2014) alors que d'autres ne mettent pas de limite inférieure, et présentent donc ont un panel d'âge plus vaste.

L'âge maternel semble être le seul critère sociodémographique corrélé significativement au sentiment de cohérence, comme le montrent trois études sur les cinq, l'étude de Oz et al. (2009) et celle de Jeschke et al. (2012) n'ayant pas évalué cette corrélation. En effet, un âge avancé semble être corrélé à un score de SOC plus élevé pour Ferguson et al. (2015) (OR=1.099 ; 95% CI [1.041-1.160] ; $p<0.001$) et Takegata et al. (2014) ($r=0.14$, $p<0.05$). Parallèlement, l'étude de Sekizuka et al. (2014) révèle un score de SOC plus bas dans le groupe le plus jeune (≤ 24 ans= 55.3 ± 10.9 ; 25-34 ans= 62.3 ± 10.5 ; ≥ 35 ans= 63.2 ± 12.8 ; $p<0.05$).

Parité¹

La parité a été pour la majorité des études, divisée entre nullipares et multipares. Seule l'étude de Jeschke et al. (2012) a séparé primipare, bipares, tripres et quadripares. Par ailleurs, cette variable a souvent été utilisée comme facteur de confusion dans les différents articles. Il y a une majorité de nullipares dans les études de Ferguson et al. (2015) (64.4%), de Jeschke et al. (2012) (64.8%) et de Takegata et al. (2014) (50.4%) et une majorité de multipares dans les études Oz et al. (2009) (68,1% dans le groupe d'accouchement compliqué et 86.8% dans le groupe d'accouchement non compliqué) et Sekizuka et al. (2014) (55.6%). Ces différences de population majoritairement nullipares ou multipares selon les études peuvent venir de différents facteurs.

La méthode de recrutement, notamment pour Ferguson et al. (2015) peut avoir biaisé la population de l'échantillon, en termes de parité. En effet, le recrutement pour cette étude a été réalisé par des méthodes de convenance et de boule de neige, ne favorisant pas un échantillon représentatif de la population générale. En outre, le fait que le recrutement se soit déroulé essentiellement pendant des cours de préparation à la naissance influence certainement la forte proportion de nullipares. Les autres études mentionnent les lieux de recrutement mais pas la méthode.

Dans l'étude de Oz et al. (2009), leurs chiffres de recensement des femmes selon leur parité ne correspondent pas à la population totale. En effet, dans le groupe d'accouchement non compliqué par exemple (n=85), il est fait mention de 23 nullipares et 46 multipares, formant un total de 69 femmes et non pas 85. Il manque donc la précision concernant la parité pour 16 femmes, c'est-à-dire 18.8% du groupe. Il peut s'agir d'une différence induite par des données manquantes mais l'article ne le mentionne pas. Ce taux important pourrait biaiser les résultats car même si les 16 données manquantes ne modifiaient pas la proportion de nullipares de l'échantillon, les résultats de corrélation entre parité et complications pourraient être différents. Les résultats de cette étude concernant la parité sont donc à considérer avec prudence. Pour l'étude de Takegata et al. (2014), le fait d'exclure de l'échantillon les femmes ayant une césarienne programmée peut influencer à la baisse le taux de femmes multipares.

¹ Ce terme est utilisé en obstétrique pour rendre compte du nombre d'accouchements d'une femme.

La corrélation entre la parité et le SOC est significative uniquement pour l'étude de Sekizuka et al. (2014) (Primiparité: $M=58.3$; $SD=11.4$; Multiparité : $M=63.8$; $SD=10.3$; $p<0.01$).

Inversement, l'étude de Ferguson et al. (2015) ($p=0.612$) et celle de Takegata et al. (2014) ($p=0.19$) révèlent l'absence de corrélation significative entre SOC et parité.

Les études de Jeschke et al. (2012) et Oz et al. (2009) n'ont pas évalué la corrélation directe entre ces deux variables, celle de Oz et al. (2009) démontrant cependant grâce à une analyse de multi variables, que le niveau de SOC ($OR=1.042$; 95% [CI1.004-1.08] ; $p=0.03$) et la nulliparité ($OR=0.293$; 95% CI [0.113-0.758] ; $p=0.011$) sont deux facteurs prédicteurs indépendants, directs et inverses, d'un accouchement non compliqué.

Niveau d'étude

Les catégorisations des niveaux d'études ne sont pas clairement définies dans les études. Certaines citent, par exemple, des grades de formations (universitaire, tertiaire) là ou d'autres parlent simplement de niveau de fin d'école ou au-delà. D'ailleurs, les systèmes scolaires étant différents d'un pays à l'autre, il est difficile de les comparer en l'absence de grade d'étude d'équivalence internationale. Ce manque de précisions rend l'application des résultats à la population générale peu fiable.

Tous les articles à l'exception de celui de Sekizuka et al. (2014) ont évalué le niveau de formation des participantes, qui est majoritairement élevé dans chaque étude.

Seule l'étude de Ferguson et al. (2015) a exploré la corrélation entre sentiment de cohérence et différents niveaux de formation, sans trouver de résultats significatifs. Le niveau de qualification ne semble donc pas être un critère influençant le score de SOC au vu des résultats de la présente revue de littérature.

Autres caractéristiques sociodémographiques

Les autres caractéristiques sociodémographiques évaluées de manière hétérogène entre les études, telles que le statut marital, le BMI, la consommation de tabac ou le revenu annuel par exemple, n'ont révélé aucune corrélation avec le SOC.

6.4 Les issues obstétricales en lien avec le SOC

Dans ce chapitre, l'analyse est portée sur l'impact du sentiment de cohérence sur les complications obstétricales maternelles et fœtales. Les complications maternelles retenues dans les cinq articles sont la césarienne, la péridurale, l'accouchement instrumenté, la provocation de l'accouchement ainsi que la stimulation du travail. Les complications néonatales retenues concernent l'Apgar, le pH ombilical artériel et les excès de bases (EB).

La césarienne et le SOC

Selon Ferguson et al. (2015), un SOC élevé semble être protecteur de la césarienne (Adj OR=0.437 ; 95% CI[0.209-0.915] ; p=0.028). L'étude de Oz et al. (2009) obtient, elle aussi, qu'un score au SOC élevé prédit un accouchement non compliqué, exempt de césarienne (OR=1.042 ; 95% CI[1.004.1.08] ; p=0.03). L'étude de Takegata et al. (2014) va aussi dans ce sens en démontrant qu'un SOC élevé diminue la peur de l'accouchement ($\beta=-0.89$, $p<0.001$), qui elle-même serait liée à une demande de césarienne de convenance plus importante.

Les résultats de ces trois études vont tous dans le sens de l'existence d'un lien entre le niveau du sentiment de cohérence et le risque de césarienne. La primiparité des femmes, qui semblait être un facteur prédictif des complications de l'accouchement dans l'étude de Oz et al. (2009), a été contrôlée dans les analyses et n'interfère pas dans le lien entre SOC et césarienne. Dans l'étude de Ferguson et al. (2015), le taux de primipares est important (64%) mais ne semble pas interférer sur la relation entre le niveau du SOC et la césarienne. Ainsi, il est possible de dire que le score du SOC pourrait prédire à lui seul le fait d'être protégé de la césarienne.

La péridurale et le SOC

Dans l'étude de Jeschke et al. (2012), le sentiment de cohérence n'est pas démontré comme étant un facteur prédictif indépendant de l'utilisation de la péridurale. Ce résultat va dans le même sens que l'étude de Ferguson et al. (2015) qui ne trouve pas de lien entre le SOC anténatal et le recours à la péridurale.

Cependant, l'étude de Jeschke et al. (2012) fait ressortir que les femmes avec un SOC élevé préfèrent accoucher sans péridurale (p=0.037). L'étude montre également un lien entre le désir concernant la péridurale durant la grossesse et ce qu'il se passe durant l'accouchement (84% des femmes qui ne souhaitaient pas de péridurale n'en

n'ont pas eue et 53.8% des femmes qui en voulaient une l'ont eue). Ainsi, bien que les résultats ne montrent pas d'association significative, il semble possible que le SOC des femmes influence indirectement l'utilisation de la péridurale, puisque le fait d'avoir un SOC élevé est associé à un désir plus faible de recourir à cette intervention, et que le projet prénatal de se passer d'elle est majoritairement réalisé.

Dans l'étude de Jeschke et al. (2012), l'outil utilisé pour évaluer l'attitude des femmes vis-à-vis de la péridurale n'a pas été intégralement validé. En effet, le HDQ (Havelhoehe questionnaire on delivery) est un questionnaire qui comporte trois parties : la première fait référence à l'outil « Confidence and Trust in Delivery Questionnaire (CTDQ) » qui a démontré sa fiabilité et sa validité (Jeschke et al. 2012), la deuxième regroupe des questions sociodémographiques et médicales et la dernière s'intéresse à la péridurale et à l'attitude des femmes vis-à-vis de cette méthode analgésique. Toute la partie concernant la péridurale est un recueil de données descriptives. Ainsi, il est possible que les résultats concernant le lien entre le SOC et la péridurale soient biaisés par la manière dont les éléments ont été récoltés.

Toujours dans la même étude, l'utilisation de l'échelle SOC-29 peut également avoir biaisé les résultats car, comme l'a démontré l'étude de Ferguson et al. (2015), l'échelle à 9 items semble plus appropriée pour l'évaluation du SOC des femmes enceintes. Par ailleurs, il semble difficile de généraliser les résultats car l'échantillon n'est pas représentatif de la population générale. En effet, la majorité des femmes sont primipares (64.8%), seulement 6.7% des femmes souhaitent avoir recours à la péridurale, le niveau d'éducation des femmes est élevé et le recours effectif à la péridurale est bas (37.5%) comparé au reste des pays occidentaux. Dans l'étude de Ferguson et al. (2015) tout comme dans celle de Jeschke et al. (2012), le résultat concernant l'absence de lien entre le SOC anténatal et la péridurale peut être influencé par le fait qu'il n'y a pas de détail sur l'indication au recours à la péridurale. En effet, la recherche ne dit pas si la péridurale a été demandée par les femmes pour soulager la douleur ou si elle a été réalisée sur indication médicale. L'étude de Takegata et al. (2014) étudie le recours à l'analgésie durant l'accouchement, causé notamment par la peur de l'accouchement. Les résultats qui montrent que le SOC influence directement la peur de l'accouchement ($\beta=-0.89$, $p<0.001$), laissent supposer que le recours à l'analgésie pourrait également être diminué en cas de SOC élevé. Cependant, l'étude ne définit pas de quelle méthode d'analgésie il s'agit.

Enfin, l'étude de Oz et al. (2009) n'investigue pas le lien entre SOC et péridurale puisque cette dernière ne fait pas partie des complications obstétricales analysées.

Accouchement instrumenté et SOC

Selon l'étude de Ferguson et al (2015), un SOC élevé augmente le risque d'instrumentation lors de l'accouchement (Adj OR=3.108 ; 95% CI[1.557-6.203] ; p=0.001). Cette conclusion va à l'inverse des résultats obtenus dans l'étude de Oz et al. (2009) indiquant que les femmes qui vivent une complication obstétricale telle que l'accouchement instrumenté ont un score de SOC anténatal significativement plus bas (M=62.7 ; SD=1.19) que celles qui n'en vivent pas (M=72.2 ; SD=1.32 ; t-test=2.48 ; p=0.014).

Provocation et SOC

L'étude de Ferguson et al. (2015) n'obtient pas de résultat significatif prouvant une association entre un score de SOC anténatal élevé et la provocation de l'accouchement. A l'inverse, l'étude de Oz et al. (2009) met en avant le fait que le niveau du score du SOC influence le risque d'avoir un accouchement compliqué dont l'accouchement provoqué fait partie, un score plus élevé étant protecteur de cette complication (M=72.2 ; SD=1.32 vs M=67.7 ; SD=1.19 ; p=0.014).

Menace d'accouchement prématuré et SOC

Dans l'étude de Sekizuka et al. (2015), une analyse utilisant le test du Chi carré a permis de mettre en évidence un pourcentage de femmes nécessitant un traitement pour une menace d'accouchement prématuré (MAP) plus important dans le groupe avec un score de SOC anténatal faible (47.6%) que dans le groupe avec un score élevé (14.8%) (p<0.001). Les résultats de l'analyse de régression logistique indiquent qu'un score faible à l'échelle du SOC-13 prédit le risque d'être traité pour une MAP. Cependant, dans cette étude la MAP n'est pas définie ce qui rend les résultats difficilement utilisables. De plus, les traitements utilisés ne sont pas explicités.

Issues fœtales et SOC

L'étude de Oz et al. (2009) permet de mettre en avant le fait qu'il n'y a pas d'association entre le sentiment de cohérence de la mère et les complications néonatales sélectionnées (APGAR <7 à 5min, pH ombilical artériel <7.1 et EB ≥12) (p=0.35).

Dans l'étude de Sekizuka et al. (2015), un SOC bas est associé à un risque plus important de traitement pour MAP (OR=0.903 ; 95% CI[0.862-0.945] ; $p<0.001$). Ainsi, une association indirecte entre SOC maternel prénatal et complications néonatales pourrait être envisagée, en lien avec les conséquences de la prématurité sur la santé de l'enfant. Toutefois, l'étude ne précise pas à quel terme les femmes traitées pour MAP ont accouché, ce qui ne permet pas de confirmer la précédente hypothèse de corrélation indirecte entre le SOC et les complications néonatales.

6.5 Les issues psychologiques en lien avec le SOC

Différentes issues psychologiques ont été analysées de manière hétérogène entre les études, en recherchant des corrélations ou des liens de cause à effet avec le SOC.

Le lien entre SOC et le stress périnatal a été évalué avec l'échelle de PSS (Perceived Stress Scale) (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) dans les études de Oz et al. (2009) et de Sekizuka et al. (2014). Cette échelle reflète l'expérience de situations vécues par la patiente comme stressantes, incontrôlables et non-prédictibles, d'après une échelle de fréquence d'apparition au cours du mois précédent. Un score élevé est associé à un stress perçu élevé. Ce test a été passé avant 22 SA pour l'étude de Sekizuka et al. (2014), dont la version n'est pas connue, mais semble comporter 7 items. Pour l'étude de Oz et al. (2009), il a été passé pendant la grossesse, sans précision d'âge gestationnel et dans sa version hébraïque avec 10 items. Les résultats des deux études montrent une corrélation négative entre le sentiment de cohérence et le stress perçu ($p<0.001$) ($r=-0.351$ pour Sekizuka et al. (2014), $r=-0.627$ pour Oz et al. (2009)). Les deux études révèlent par ailleurs une absence de corrélation significative entre le stress perçu et les issues obstétricales évaluées, à savoir le traitement de la MAP et l'accouchement compliqué versus non compliqué. L'étude de Oz et al. (2009) s'interroge toutefois sur la pertinence de l'utilisation de l'échelle PSS pendant la grossesse. En effet, les auteurs relèvent que la période de périnatalité lors de laquelle les questionnaires sont remplis n'est pas forcément représentative de la perception du stress habituel de la femme. Ils font l'hypothèse, que l'état de vulnérabilité de la grossesse peut très certainement influencer les résultats.

A la lecture de l'article de Ferguson et al. (2015), la satisfaction de l'accouchement ne semble pas être corrélée à un score de SOC anténatal élevé (Adj OR=0.790 ; 95% CI[0.361-1.896] ; $p=0.555$), mais semble pouvoir augmenter le score de SOC

postnatal. Il n'est toutefois pas précisé dans l'article la manière dont la satisfaction de l'accouchement a été évaluée, ce qui peut biaiser les résultats.

Cette étude met également en évidence la corrélation entre un SOC élevé et une perception plus positive du soutien social de la part des femmes enceintes, évaluée à l'aide de l'échelle SBI (Support Behaviour Inventory) (Adj OR=1.074 ; 95% CI[1.044-1.105] ; $p<0.001$).

Dans le même sens, l'étude de Jeschke et al. (2012) montre que le SOC semble être positivement corrélé à une plus grande confiance dans l'accouchement ($r=0.349$, $p<0.001$), au fait de se sentir bien préparée pour l'accouchement ($r=0.343$, $p<0.001$) et à une attente de l'accouchement dans la joie ($r=0.312$, $p<0.001$).

Ces résultats trouvent une similitude dans l'article de Takegata et al. (2014), qui démontre qu'il existe une corrélation négative entre la variable FOC (fear of childbirth) et le SOC ($r=-0.44$, $p<0.01$). L'analyse de régression structurelle précise le sens de cette corrélation en mettant en évidence le SOC comme une cause directe du FOC ($p<0.001$).

Enfin, il semble exister un lien entre le status psychologique de la femme et le score de SOC. En effet, dans l'étude Takegata et al. (2014), les résultats révèlent que la prévalence à vie de maladie mentale est susceptible d'être corrélée positivement au FOC ($r=0.16$, $p=0.01$) et négativement au SOC ($r=-0.23$, $p<0.01$) bien que cette corrélation ne soit plus significative dans les résultats de leur modèle de régression structurel. Parallèlement, l'étude de Ferguson et al. (2015) met en évidence une corrélation entre un score de SOC anténatal élevé et un score de EPDS faible (Adj OR=0.572 ; 95% CI[0.508-0.644] ; $p<0.01$).

7. DISCUSSION

7.1 Les échelles du SOC en périnatalité

Cette revue de littérature montre que différentes versions de l'échelle du SOC sont utilisées dans le champ de l'obstétrique. Dans la recherche scientifique autour de la théorie de la salutogenèse, cette déclinaison des échelles du SOC est également présente (Lindström, Eriksson, 2012). A l'heure actuelle, il existe quatre versions (SOC-29, -13, -9, -3). Concernant les résultats des études et leur comparaison, la diversité des échelles du SOC utilisée peut, par contre, questionner sur la validité et la généralisabilité des résultats. En effet, les résultats de cette revue de littérature sont parfois contradictoires et parfois cohérents d'une étude à l'autre, que l'échelle du SOC utilisée soit similaire ou différente entre les études. Il est alors difficile de généraliser le fait que le type d'échelle soit associé à la variabilité des résultats. Cependant, les deux questionnaires originaux (SOC-29 et SOC-13) employés dans quatre articles de cette revue ont fait leur preuve sur leur validité et fiabilité, et ce dans 32 pays avec des langues différentes (Eriksson & Lindström, 2005). L'échelle a toujours été évaluée et validée auprès de la population des adultes. Certains chercheurs se sont alors intéressés à valider cet outil dans d'autres populations. Dans le groupe des adolescents par exemple, il ressort que le remplissage de l'échelle semble poser problème car des concepts psychologiques abstraits sont évalués (Moksnes & Haugan, 2014). L'étude de Ferguson, Davis, Browne & Taylor (2015a) s'est intéressé au choix de l'échelle dans la population des femmes enceintes et leur résultats ont permis d'obtenir une échelle raccourcie à 9 items qui a montré une meilleure fiabilité et validité au sein de cette population. Ainsi, les futures études portant sur le SOC en obstétrique devraient peut-être utiliser cette nouvelle version de l'échelle pour faciliter la comparaison des résultats entre les études et maximiser leur généralisation.

Comme cela a été vu plus précédemment, le SOC est un concept composé de trois variables : l'intelligibilité, la signification et la capacité à gérer. Dans cette revue de littérature, seule l'étude de Jeschke et al. (2012) mentionne ces différentes composantes. Aucune des études n'utilise ces trois variables de manière distincte dans l'analyse des résultats. Le sentiment de cohérence est uniquement interprété en tant que score total. Cette observation va dans le sens des recherches effectuées sur la structure interne du SOC. Certaines recherches mettent en avant le fait que le SOC est un modèle unidimensionnel (Klepp, Mastekaasa, Sørensen, Sandanger & Kleiner,

2007) alors que d'autres obtiennent un modèle multidimensionnel à trois dimensions (intelligibilité, capacité à gérer et signification) ou d'avantage (Lindström, Eriksson, 2012). Ainsi, aussi bien le concept général du SOC que ses trois variables peuvent être interprétés dans les études.

Enfin, dans cette revue de littérature, deux articles mentionnent des seuils pour différencier les groupes « SOC élevé » et « SOC faible ». Cependant, ces seuils sont différents entre les deux études et la manière dont ils ont été définis n'est pas explicitée. Dans la littérature portant sur le sujet, il y a également un manque de données concernant le seuil pour déterminer un score de SOC élevé ou faible (García-Moya & Morgan, 2016). Cependant, dans certains domaines comme dans celui du travail, des fourchettes ont été déterminées pour différencier des groupes entre un score au SOC-13 faible (23-39), peu élevé (40-56), relativement élevé (57-73) et fort (74-90) (Feldt, 2000 cité par Debray, Paradas & Torres, 2014). Ainsi, dans le champ de la périnatalité les comparaisons des résultats entre les études sont difficiles si les seuils ne sont pas similaires. Les recherches sur l'échelle SOC-9 devraient également s'intéresser à déterminer un seuil dans la population des femmes enceintes.

7.2 La stabilité du score du SOC en lien avec l'accouchement

La revue de littérature de ce travail n'aborde que partiellement le thème de la stabilité du SOC à travers le temps. Selon la théorie salutogénique de Antonovsky, le SOC des individus pourrait évoluer jusqu'à l'âge adulte (vers 30 ans) puis resterait stable tout au long de la vie (Antonovsky, 1987). Par la suite, l'étude de Hakanen, Feldt & Leskinen (2007) révèle que le facteur de stabilité du SOC sont plus en lien avec le niveau du SOC qu'avec l'âge et donc que les personnes avec un SOC bas sont plus susceptibles de modifier leur SOC que celle avec un SOC élevé. En effet, face à une situation de stress, les personnes avec un SOC élevé évalueraient la situation comme stressante mais la percevraient également comme un potentiel challenge pour lequel ils auraient les ressources permettant d'y faire face (Eriksson & Lindström, 2006). Cette manière d'appréhender la vie participerait à améliorer sa santé (Eriksson & Lindström, 2006) et sa qualité de vie (Eriksson & Lindström, 2007). Les individus avec un SOC bas verraient une situation de stress plutôt comme insurmontable, leur santé et leur qualité de vie en seraient alors touchées. Ainsi, la marge de progression concernant l'amélioration de leur santé serait plus grande chez les personnes avec un

SOC faible que chez celles avec un SOC élevé (B. Nilsson, Holmgren, Stegmayr & Westman, 2003).

Les résultats de l'étude de Ferguson et al. (2015) de cette revue vont à l'encontre de l'hypothèse émise par Antonovsky concernant la stabilité du SOC, car ils montrent que, dans un échantillon de femmes dont la moyenne d'âge est de 31 ans, le score du SOC n'est pas stable à travers le temps pour les femmes qui vivent un accouchement. De manière générale, cet événement intense ferait augmenter le sentiment de cohérence chez la majorité des femmes. Plus particulièrement, la satisfaction de l'accouchement, un score de dépression élevé qui diminue en post-partum et un score de SOC anténatal bas auraient tendance à faire d'avantage augmenter le SOC dans le post-partum. A l'inverse les issues suivantes de l'accouchement auraient un impact négatif sur le score du SOC : l'accouchement instrumenté, l'analgésie péridurale et le fait de ne pas être satisfait de son accouchement. Cette recherche ne centre pas ses analyses sur la variabilité du score en fonction du niveau du SOC initial de la femme. Elle démontre par contre que les personnes avec un SOC anténatal bas augmenteraient leur score de SOC dans le post-partum. L'étude de Nilsson et al., (2003) va également dans le sens que le SOC peut se modifier suite à des événements importants qui touchent la sphère privée, tels que des maladies cardiovasculaires ou un diabète. Mais ce changement concernerait uniquement les personnes avec un SOC initial bas. La variabilité du score du SOC serait alors dépendante de deux éléments : le fait de vivre des événements intenses sur un plan physique et émotionnel et le niveau de son sentiment de cohérence initial.

Au-delà de ces conclusions, est-ce que le SOC des femmes enceintes peut également varier en fonction du type de suivi ou des accompagnants que la femme (et le couple) choisit tout au long de sa grossesse (suivi sage-femme, gynécologue, yoga prénatal, haptonomie...) ? En effet, la relation entre le suivi continu par une sage-femme par exemple et l'amélioration du sentiment de contrôle, de la satisfaction de l'accouchement et du sentiment d'auto-efficacité (Conesa Ferrer, Canteras Jordana, Ballesteros Meseguer, Carrillo García & Martínez Roche, 2016; Hatem, Sandall, Devane, Soltani & Gates, 2009; Sandall et al., 2016) laisse présager que ce type de suivi peut également influencer le SOC des femmes. Or, la littérature en périnatalité n'aborde pour le moment que peu le sujet. L'étude de Ferguson et al. (2015) laisse apparaître dans un des tableaux de résultats que la continuité du soignant n'influence pas le SOC de la femme. Cependant, le fait que l'article ne donne aucune définition

de cette variable ne permet pas d'avancer une conclusion quant à l'absence de relation d'influence du type de suivi périnatal sur le SOC de la femme. Ce sujet devrait encore faire l'objet de nouvelles recherches à l'avenir.

7.2.1 L'évolution du score du SOC : temporaire ou permanente ?

Dans l'étude de Ferguson et al. (2015), il n'y a pas d'indication sur la permanence du changement de score du SOC. La recherche de Hakanen et al. (2007) a démontré que sur une période de 13 ans le score était stable, mais il n'est pas explicité à quels événements de vie les individus étaient confrontés. En effet, est-ce que des événements tels que l'accouchement et la transition à la maternité ont une influence temporaire ou permanente sur le score du SOC ? Dans l'étude de Hildingsson (2017), les résultats montrent que l'augmentation du SOC entre la grossesse et huit semaines post-partum ne sont pas permanente mais diminuent à nouveau à une année post-partum, et ce sans distinction du niveau du SOC initial des femmes.

Concernant la période de passation des échelles, plusieurs auteurs questionnent la validité des résultats lorsque l'évaluation a lieu durant la grossesse et le post-partum. En effet, il a été démontré que des échelles comme celles évaluant le stress (PSS) ne sont pas forcément adaptées à la période de la maternité car c'est un moment de vulnérabilité particulière (Oz, Sarid, Peleg & Sheiner, 2009; Razurel, Kaiser, Sellenet, et al., 2013). Concernant la mesure du SOC, cette remarque est moins évidente car à l'origine ce concept évalue une prédisposition globale devant la vie (Lindström & Eriksson, 2012) et la période de passation n'aurait donc pas d'influence sur son score. Or, des études plus récentes montrent que le score du SOC évolue durant des périodes émotionnellement intenses comme c'est le cas de la maternité (Ferguson, Browne, Taylor & Davis, 2015 ; Nilsson et al., 2003) et ainsi le moment où le SOC est évalué pourrait être crucial. Ce questionnement n'est pas encore clos mais il semble pertinent, par la suite, d'être attentif à la période de passation des échelles du SOC dans la période périnatale.

Pour conclure, il semble y avoir un consensus sur le fait que le SOC des femmes fluctue durant la période de la périnatalité, mais ce changement ne serait pas forcément permanent. D'autres recherches sur ce sujet doivent être menées pour appuyer ce constat. D'ailleurs, dans ces futures études sur le SOC, il serait intéressant d'analyser non seulement le niveau de SOC total, mais également celui de ses trois

composantes, afin de mieux comprendre les enjeux de ce concept et de cibler les interventions en vue de l'augmenter.

7.3 L'influence du SOC dans la formation de l'échantillon

Dans plusieurs études de cette revue de littérature, il ressort que la population étudiée n'est pas représentative de la population générale, ce qui entraîne une difficulté à étendre les résultats. Il est alors intéressant de se demander ce qui a influencé la formation des échantillons et si la variable SOC pourrait avoir eu un impact sur l'acceptation des femmes à participer aux études. En effet, les femmes avec un SOC élevé sont considérées comme étant plus coopératives et plus impliquées pour leur santé (Oz et al., 2009), il est alors possible qu'elles aient accepté plus facilement de répondre à une étude qui vise à améliorer la connaissance sur la périnatalité.

Plus spécifiquement, dans l'étude de Jeschke et al. (2012), la différence de taux de péridurale entre l'échantillon et la région peut être questionnée. Il est probable que cette différence soit due au taux important de participantes avec une éducation élevée dans l'étude. En effet, ces personnes seraient plus susceptibles d'avoir recours à des moyens alternatifs pour maintenir leur santé (Jeschke et al., 2012). Cette hypothèse pourrait être confirmée par le fait que l'étude a effectué son recrutement dans une maternité qui prône un suivi global de la femme et le recours aux médecines alternatives. Ainsi, il n'est pas surprenant d'observer un taux de péridurale plus faible, d'autant plus que le taux de participantes qui souhaitent, en prénatal, avoir recours à l'anesthésie péridurale est faible. Il est également possible de déduire qu'un suivi global permet aux femmes d'avoir un accompagnement continu de leur travail d'accouchement, élément qui a été démontré comme diminuant le taux de recours à la péridurale (Hodnett et al., 2007). A l'inverse, l'étude de Ferguson, Davis, Browne & Taylor (2015b) fait ressortir que le choix du type de suivi n'était pas en lien avec le niveau du SOC de la femme et donc que ce ne serait pas forcément des femmes avec un SOC élevé qui aurait souhaité participer à l'étude. De plus, l'étude de Jeschke et al. (2012) montre que les femmes avec un SOC élevé n'ont pas moins recours à la péridurale, par contre, elles émettent effectivement en prénatal le souhait d'éviter ce mode d'analgésie.

Enfin, dans l'étude de Takegata et al. (2014), la formation de l'échantillon peut avoir été influencée par le critère d'inclusion qui visait à sélectionner seulement des femmes en bonne santé. Ce qui est entendu par « bonne santé » n'est pas spécifié dans

l'étude. La littérature montre que les personnes avec un SOC élevé sont en meilleure santé que les personnes avec un SOC bas (Eriksson & Lindström, 2006). Ainsi, est-ce que les personnes retenues pour l'étude, sous-entendues en bonne santé, n'étaient pas majoritairement des femmes avec un SOC élevé ? Si c'est le cas, l'existence d'un lien entre la peur de l'accouchement et le sentiment de cohérence peut être faussée par cette caractéristique de l'échantillon. Or, les résultats de l'étude montrent que la moyenne à l'échelle du SOC est plutôt basse, rendant alors la réponse à cette question difficile. Dans tous les cas, une nouvelle étude devrait être effectuée dans une population plus représentative de la population générale afin de pouvoir généraliser les résultats.

7.4 Profil sociodémographique et SOC

A part l'âge maternel associé de manière unanime avec le SOC, dans le sens d'un âge élevé en lien à un score de SOC élevé, les articles de cette revue de littérature n'ont que peu cherché à identifier des corrélations entre les caractéristiques sociodémographiques et le SOC. En effet, seule l'étude de Ferguson et al. (2015) a évalué un large panel de données sociodémographiques telles que le niveau de formation, le statut marital ou la consommation de tabac, en regard d'un score de SOC élevé, sans trouver de lien à part pour l'âge maternel. Or, d'autres études ont permis de dépeindre un profil sociodémographique précis en relation avec un SOC bas. Il en ressort que les femmes qui vivent seules, qui consomment du tabac, qui sont immigrées et qui présentent un niveau socio—économique et éducationnel bas semblent avoir un faible score de SOC (Abrahamsson & Ejlertsson, 2002; Grøholt, Stigum, Nordhagen & Köhler, 2003; Hildingsson, 2017; Tham, Christensson & Ryding, 2007). L'étude de Grøholt et al. (2003) émet l'hypothèse qu'un SOC élevé est plus attendu chez une personne qui a appris à prendre des décisions et qui a la possibilité de le faire, éclairant ainsi l'association entre SOC et niveau socio-éducatif.

Ces données nécessitent d'être confirmées mais permettent de distinguer la population plus à risque d'avoir un SOC bas, et donc plus à risque de développer les morbidités associées mais également plus encline à augmenter son score de SOC pendant cette transition de vie qu'est l'accès à la parentalité.

7.5 Parité, satisfaction de l'accouchement et SOC

La corrélation entre le SOC et la parité paraît controversée à la suite de cette revue de littérature. En effet, une seule étude démontre un lien entre la multiparité et un SOC élevé (Sekizuka-Kagami et al., 2015), contre deux qui ne mettent pas ce lien en évidence (Ferguson, Browne, et al., 2015; Takegata et al., 2014). Dans la littérature, cette contradiction apparaît également. L'étude de Sjöström (2004) met en évidence un SOC plus faible chez les nullipares en fin de grossesse alors que deux autres études ne démontrent aucune association entre la parité et le score de SOC (Ferguson, Davis, et al., 2015b; Hildingsson, 2017).

Une hypothèse susceptible d'expliquer l'absence de lien entre la parité et le SOC peut être que le SOC soit tributaire de manifestations internes, telles que les caractéristiques personnelles, les attitudes et les émotions, et non affecté par des facteurs externes tels que le déroulement du travail ou la parité (Hildingsson, 2017). Le fait d'avoir vécu une grossesse et un accouchement au préalable ne semble donc pas influencer le SOC des grossesses suivantes.

Par contre, l'hypothèse que des manifestations internes peuvent modifier le SOC pose la question du lien entre la qualité du vécu de l'accouchement précédent et le score de SOC de la grossesse suivante. En effet, est-ce qu'une mauvaise expérience de l'accouchement est associée à un score de SOC bas durant la grossesse suivante ? Comme cela a été amené dans le cadre théorique, la satisfaction de l'accouchement est multifactorielle, comprenant notamment le sentiment de contrôle ou des attentes réalistes. Or, comme le principe même du sentiment de cohérence est « de percevoir la vie comme intelligible, gérable et significative » (Lindström & Eriksson, 2012 p.16), il paraîtrait logique de trouver une association entre le SOC et la parité, selon la qualité du vécu de l'accouchement.

Ainsi, la relation entre SOC élevé/multiparité (sous-entendu le vécu d'accouchements antérieurs) (Sekizuka-Kagami et al., 2015) et SOC bas/nulliparité (Sjostrom et al., 2004), vient appuyer cette hypothèse. Il semble donc imaginable qu'une femme primi/multipare qui a un/des antécédent(s) d'accouchement(s) satisfaisant(s) puisse avoir un SOC plus élevé pour la grossesse suivante. Les résultats de la présente revue de littérature étayent cette hypothèse en démontrant que la qualité de l'expérience de l'accouchement peut modifier le score de SOC, dans le sens d'une augmentation en cas de satisfaction et d'une diminution lors de mauvais vécu de l'accouchement (Ferguson, Browne, et al., 2015). Cette diminution du SOC en cas de vécu négatif est

cohérente avec une étude révélant la diminution du score de SOC suite à un événement de vie négatif (Volanen, Suominen, Lahelma, Koskenvuo & Silventoinen, 2007).

La satisfaction de la naissance paraît alors avoir le potentiel d'entraîner les femmes vers le pôle santé du continuum santé-maladie illustré dans la théorie de Antonovsky (Ferguson, Browne, et al., 2015). Il est donc important de la promouvoir d'autant plus qu'elle est aussi associée à d'autres issues positives telles que le bien être psychologique de la mère en post-partum et la qualité de la relation mère-enfant (Fair & Morrison, 2012; Michels et al., 2013; Reisz, Jacobvitz & George, 2015).

Cette hypothèse nécessite d'être vérifiée par de nouvelles études, tout comme l'absence de relation entre le niveau de SOC élevé pendant la grossesse et la satisfaction de l'accouchement. Dans cette attente, proposer une approche favorisant le sentiment de contrôle, déjà connu pour son association positive avec le vécu de l'accouchements, permettrait d'ores et déjà de favoriser la qualité du vécu de l'accouchement (Fair & Morrison, 2012). En outre, il semble possible de favoriser le sentiment de contrôle et un vécu positif de l'accouchement grâce notamment à un suivi par une sage-femme et/ou dans une unité avec un modèle de soin humaniste (Conesa Ferrer, Canteras Jordana, Ballesteros Meseguer, Carrillo García & Martínez Roche, 2016; Fair & Morrison, 2012). Dans ce sens, des systèmes de santé comme « the Optimal Healing Environment » (OHE) fondés sur la salutogenèse, qui approche l'individu et sa guérison dans leur globalité (dimensions interne, interpersonnelle, comportementale et extrinsèque) (Sakallaris, MacAllister, Voss, Smith & Jonas, 2015), peuvent également être une piste pour favoriser le SOC à travers le sentiment de contrôle, le vécu positif de l'accouchement et la satisfaction de ce dernier.

En conclusion, les femmes de moins de 30 ans, nullipares, multipares avec un antécédent de vécu négatif de l'accouchement, présentant un niveau socio-économique et éducationnel bas, issues de l'immigration et fumeuses, semblent plus susceptibles d'avoir un score de SOC bas. L'identification de ce profil propre au sentiment de cohérence paraît utile tant pour la pratique que pour les futures recherches sur le SOC.

7.6 SOC et issues obstétricales

La revue de littérature de ce travail montre qu'un sentiment de cohérence élevé est associé à une diminution de certaines complications obstétricales (Ferguson, Browne, et al., 2015; Oz et al., 2009). Il y a un consensus dans les études de ce travail pour dire qu'il y a un lien entre le niveau du SOC et le risque de césarienne, dans le sens d'un SOC élevé comme facteur protecteur de cette intervention chirurgicale. Concernant les issues « accouchement instrumenté » et « provocation de l'accouchement », les conclusions des études ne vont pas dans le même sens. En effet, pour certaines un SOC élevé est protecteur de ces deux interventions alors que pour d'autres, il aurait tendance à les accentuer. Concernant la péridurale et le risque d'être traité pour une menace d'accouchement prématuré (MAP), il ressort que le niveau du SOC n'est pas prédicteur de l'utilisation de la péridurale, par contre il serait associé à un risque plus faible d'être traité pour une MAP. Les études ne trouvent pas de lien entre le niveau du SOC et l'accouchement par voie basse spontanée. Un SOC élevé, qui semble restreindre le risque de césarienne, est une piste pour réduire le taux de cette intervention selon les recommandations de l'OMS (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2013). Les autres résultats ne permettent pas de dessiner une tendance générale concernant le niveau du SOC et l'absence d'interventions technologiques et médicales de la grossesse et de l'accouchement. Cette constatation est confirmée par l'étude récente de Hildingsson (2017) sur le sujet, qui ne trouve pas de lien entre le SOC et les issues obstétricales (provocation, péridurale, stimulation du travail, accouchement par voie basse et instrumenté et césarienne). Ainsi, l'hypothèse selon laquelle le SOC est aussi un facteur prédicteur de la santé physique (Svartvik et al., 2002), en plus de la santé psychique, ne peut être que partiellement confirmée par les conclusions de cette revue de littérature.

Malgré les résultats contradictoires entre le SOC et les issues obstétricales, la question de la santé des femmes en lien avec le niveau de SOC peut être discutée. En effet, même si le recours à la péridurale, l'utilisation de l'instrumentation et de la provocation sont présents chez les femmes avec un SOC élevé, cela ne veut pas forcément dire que ces interventions sont subies par les patientes et affectent leur perception de leur santé. Un SOC élevé ne supprime pas le risque de vivre des moments de stress ou des interventions non physiologiques de la naissance, mais permet de les comprendre (intelligibilité), de les percevoir (signification) et de les gérer (capacité à gérer) d'une manière à ce qu'ils n'altèrent pas la santé psychique (Lindström & Eriksson, 2012).

Selon Oz et al. (2009), la coopération maternelle et son implication dans l'accouchement sont en lien avec la capacité à gérer les facteurs de risque de l'accouchement. Selon la définition du sentiment de cohérence, l'attitude de la femme face à des événements stressants est alors primordiale dans la perception de sa santé (Lindström & Eriksson, 2012), qui elle-même participe à améliorer la qualité de vie (Eriksson & Lindström, 2007).

Concernant l'issue « instrumentation », deux hypothèses peuvent être émises pour comprendre le lien avec le niveau du SOC. Premièrement, il est reconnu que les personnes avec un SOC élevé ont plus de capacité à utiliser les ressources à leur disposition pour gérer une situation stressante (Lindström & Eriksson, 2012). Elles font également preuve de plus de flexibilité dans leurs jugements et décisions (Lindström & Eriksson, 2012). Le personnel soignant et l'instrumentation feraient alors partie de ces ressources que les parturientes verraient comme bénéfiques pour faire face à l'accouchement. Deuxièmement, il a été démontré que les femmes avec un SOC élevé ont un comportement différent avec les soignants que celle avec un SOC faible (Ferguson et al., 2015a). A leur tour, les soignants les traiteraient différemment et cela pourrait entraîner une augmentation des interventions non nécessaires (Ferguson et al., 2015a). Ainsi, l'instrumentation serait vue par les femmes avec un SOC élevé comme une stratégie pour faciliter leur accouchement et leur comportement envers les soignants amènerait ces derniers à utiliser ce moyen avec moins de réticence.

Une partie de la littérature démontre que les femmes avec un SOC élevé vont effectuer des choix pour favoriser leur santé et un accouchement normal (Ferguson, Davis, Browne & Taylor, 2014). Ce choix va également concerner l'accouchement sans péridurale (Jeschke et al., 2012). Dans l'étude de Ferguson et al. (2015) et Jeschke et al. (2012), l'absence de lien entre le niveau du SOC et le recours à la péridurale peut être expliqué par le fait qu'il n'y a pas d'information sur l'indication de ce moyen analgésique. En effet, est-ce que la péridurale a été demandée par les femmes pour soulager leur douleur ou a-t-elle été administrée par les soignants pour faciliter le travail de l'accouchement ? Cette distinction est importante lorsqu'il est question du SOC. Il a été démontré que les femmes avec un SOC élevé ont plus confiance en leur capacité à faire face aux situations stressantes (Jeschke et al., 2012), ainsi, si la majorité des péridurales ont été installées sur indication médicale, le lien entre le SOC et la péridurale pourrait être faussé. Dans l'étude de Oz et al. (2009), la péridurale n'a pas été intégrée dans les « complications obstétricales ». Or, il ressort de cette étude

que la stimulation du travail durant l'accouchement est la complication obstétricale la plus fréquente et, sachant que la péridurale augmente ce risque (Nguyen UDT et al., 2010), il serait intéressant de connaître son pourcentage et ainsi pouvoir peut-être avancer une association entre le niveau du SOC et le recours à la péridurale.

Comme cela a été mentionné plus haut, les femmes avec un SOC élevé ont tendance à effectuer des choix qui visent à vivre un accouchement normal. Il serait alors intéressant de se demander si ces personnes choisissent plus fréquemment d'accoucher dans une maison de naissance, à domicile ou si elles souhaitent bénéficier de soins continus durant leur accouchement, tous connus pour favoriser la physiologie. Ces décisions seraient étroitement liées avec une diminution des interventions telles que la césarienne (Ferguson, Davis, et al., 2015b). Les études de Ferguson et al. (2015a) et Ferguson, Davis, et al. (2015b) ne trouvent pas de lien entre un SOC élevé et la tendance à effectuer ces choix. Ainsi, l'aspect protecteur du SOC pour la césarienne serait indépendant du type de suivi ou du choix du lieu de naissance.

Un autre élément apparaît dans la revue de littérature de ce travail. Il semble qu'un SOC élevé est associé à un risque plus faible d'être traité pour une MAP durant sa grossesse (Sekizuka-Kagami et al., 2015). Ce résultat pourrait apporter un nouvel outil de prévention pour la MAP chez la femme enceinte, avec l'avantage qu'il pourrait être utilisé au début du deuxième trimestre de grossesse. Cependant, plusieurs éléments peuvent être discutés concernant la généralisation de ce résultat. Premièrement, l'étude ne définit pas les critères de la MAP. De plus, les traitements utilisés pour contrer cette menace ne sont pas énoncés. Est-ce qu'il s'agit uniquement de traitements médicamenteux ou est-ce que d'autres traitements préventifs comme le cerclage ou le repos sont également pris en compte ? Dans ce contexte, le lien entre le SOC, qui fait référence à une dimension psychique, et le traitement pour MAP est délicat. En effet, il serait possible de faire l'hypothèse que le SOC influence la MAP chez les femmes et non pas le recours à un traitement pour cette pathologie.

Deuxièmement, la seconde phase de récolte des données s'est déroulée à 30 SA, ne permettant ainsi pas de référencer les éventuelles MAP traitées au-delà de 30SA, ni de savoir si l'accouchement a eu lieu à terme ou prématurément. En Suisse, la MAP est définie comme l'association de la modification cervicale avec des contractions

utérines régulières survenant entre 22 et 36 6/7 SA (B. Martinez, communication personnelle [support de cours] 12 novembre 2015). Il paraît alors d'autant plus surprenant de ne pas avoir d'information au-delà de 30 SA. Il serait intéressant de connaître les protocoles de prise en soins des MAP et des accouchements prématurés au Japon pour éventuellement comprendre ce choix.

Enfin, les résultats de l'étude démontrent une corrélation entre le traitement pour MAP et la capacité à gérer le stress (sous-entendu le SOC) et non pas avec le stress perçu par la femme. Dans ce sens, est-ce que le SOC évalue véritablement la capacité à gérer le stress ? Dans la littérature (Lindström & Eriksson, 2005-salutogenesis), le SOC est plutôt défini comme rendant compte de la capacité des personnes à comprendre une situation stressante et à lui donner du sens ainsi qu'à la faculté de se sentir capable d'utiliser ses ressources pour y faire face (intelligibilité, signification et capacité à gérer). Le SOC n'est pas une stratégie de coping mais la capacité à identifier les stratégies de coping à sa disposition pour les utiliser dans une situation de stress (Lindström & Eriksson, 2005-salutogenesis). Ainsi, la conclusion qui avance un lien entre SOC et traitement pour MAP est à prendre avec précaution.

Pour conclure, le constat qui ressort de cette discussion est qu'un SOC élevé semble pouvoir protéger la femme de la césarienne et de la MAP nécessitant un traitement mais ne semble pas pouvoir prédire d'un accouchement sans aucune autre complication obstétricale. Cependant, la force du SOC permettrait aux femmes de mieux gérer et vivre la survenue de certaines interventions technologiques ou médicales.

7.7 SOC et issues psychologiques

Stress perçu et SOC

L'existence d'un lien entre un SOC élevé et un stress perçu bas, révélé dans la présente revue de littérature, semble cohérent avec la théorie de Antonovsky, mentionnant que le sentiment de cohérence peut être prédit, entre autre, par un faible stress perçu (Lindström & Eriksson, 2012).

D'autres études font également ressortir un lien entre le stress perçu et le SOC dans la période périnatale, avec, par exemple, des réactions de stress postnatales plus intenses pour les femmes qui présentaient un score de SOC bas en fin de grossesse

(Sekizuka et al., 2006) ou encore une association entre un SOC anténatal bas et un stress parental élevé à un an post-partum (Hildingsson, 2017).

Les résultats de cette revue de littérature n'ont pas permis de mettre en évidence un lien entre le stress perçu, la MAP et les complications de l'accouchement malgré le fait que le stress semble un facteur de risque établi et reconnu notamment pour le risque de prématurité (Copper et al., 1996). Le choix de l'outil de mesure du stress utilisé dans les deux études de cette revue de littérature est peut-être mis en cause (Oz et al., 2009; Sekizuka-Kagami et al., 2015). Les études emploient l'échelle de stress perçu (SPS) mais semblent s'interroger sur la pertinence de cet outil durant la période de la périnatalité (Oz et al., 2009). En effet, l'échelle PSS ou SPS, est indiquée pour examiner le rôle du stress non spécifique dans l'étiologie des maladies et des troubles du comportement, ainsi que comme mesure des niveaux de stress vécus (Cohen et al., 1983). Cette échelle évalue donc le stress général, basé sur le déroulement du mois précédent. Or, le stress périnatal étant un stress spécifique (C. Razurel, communication personnelle [support de cours] 8 décembre 2014), cette échelle de mesure semble peu adéquate, risquant de biaiser les résultats. Des échelles mesurant le stress perçu spécifiques à la périnatalité, adaptées à la période de passation, c'est-à-dire aux périodes prénatale, post-accouchement et postnatale, ont été élaborées et validées récemment (Razurel, Kaiser, Dupuis, et al., 2013; Razurel, Kaiser, Dupuis, Antonietti, Citherlet, et al., 2014; Razurel, Kaiser, Dupuis, Antonietti, Sellenet, et al., 2014).

La relation entre sentiment de cohérence et stress perçu en lien avec la période périnatale semble unanime et longitudinale. Cependant, il serait pertinent de procéder à de nouvelles recherches, en utilisant les échelles de stress perçu spécifique aux périodes prénatale, post-accouchement et postnatale, afin d'affiner la compréhension des enjeux et des interrelations du stress et du SOC en périnatalité. Par la même occasion il serait intéressant de réinvestiguer l'éventuelle relation entre stress perçu et issues obstétricales défavorables (Razurel et al., 2013; Razurel, Kaiser, Dupuis, Antonietti, Citherlet, et al., 2014; Razurel, Kaiser, Dupuis, Antonietti, Sellenet, et al., 2014).

Peur de l'accouchement (FOC) et SOC

La peur de l'accouchement (FOC) a des impacts sur les issues de la grossesse, telles que l'augmentation du risque de césarienne en urgence ou élective et un mauvais vécu de l'accouchement (Rijnders et al., 2008; Ryding et al., 1998; Salomonsson et al., 2013).

Le résultat qui montre un lien entre SOC et FOC dans la présente revue de littérature semble confirmé par d'autres études sur le sujet (Hildingsson, 2017; Tham, Christensson & Ryding, 2007). L'étude de Takegata et al. (2014) a permis de mettre en évidence le sens de ce lien, le SOC apparaissant comme cause directe du FOC, avec un SOC élevé comme facteur protecteur de FOC. Ainsi, il est possible d'envisager qu'un accompagnement prénatal favorisant l'accroissement du SOC puisse également réduire le FOC ou du moins limiter son augmentation, puisqu'il évolue au fur et à mesure de la grossesse. Ceci pourrait indirectement influencer le risque de césarienne en urgence qui semble spécialement corrélée à un FOC élevé au 3^{ème} trimestre (Ryding et al., 1998). Aucune étude n'a été trouvée pour affirmer ou infirmer cette hypothèse. Cependant, d'autres études mettent en évidence un lien entre un sentiment d'auto-efficacité élevé et un SOC élevé ainsi qu'avec un FOC bas (Carlsson, Ziegert & Nissen, 2015; Salomonsson et al., 2013). La promotion du sentiment d'auto-efficacité en période périnatale, concept relativement proche du SOC (Geyer, 1997) semble donc pouvoir réduire le FOC et les issues associées telles que l'utilisation de la péridurale (Carlsson et al., 2015). Cette association entre diminution du FOC et réduction de l'incidence du recours à la péridurale est intéressante au vu de l'hypothèse émise dans l'analyse critique des résultats de la présente revue de littérature, proposant un lien indirect entre SOC et utilisation de la péridurale. En effet, bien que l'étude de Jeschke et al. (2012) ne parvient pas à mettre en évidence de lien entre ces deux variables, la possibilité d'une relation indirecte avait été émise, puisque le SOC est lié à un projet d'accouchement sans péridurale, et que le désir anténatal de recourir ou non à la péridurale prédit son utilisation. Si cette théorie (cohérente avec les résultats montrant une relation entre auto-efficacité, FOC, SOC et utilisation de la péridurale) est confirmée par de nouvelles études, cela renforcerait le potentiel protecteur du SOC sur les issues obstétricales.

Une étude a proposé une intervention dans le but de promouvoir le sentiment d'auto-efficacité et de réduire le FOC, sous la forme de trois séances de groupe sur une semaine durant la grossesse (Taheri, Mazaheri, Khorsandi, Hassanzadeh & Amiri,

2014). Le contenu vise à travailler des stratégies pour augmenter l'auto-efficacité (succès dans la performance, remplacement de l'expérience, persuasion verbale et états physiologiques ou émotionnel) en fonction des peurs et des expériences de chaque participante. Durant ces cours, les femmes reçoivent également des informations sur la physiologie de l'accouchement et ont été invitée à effectuer des exercices du périnée. Cette intervention a permis de réduire le FOC, comparé au groupe sans intervention. Cependant, ce type d'accompagnement ne semble pas avoir d'impact sur le risque de césarienne électorive pour les femmes avec une peur sévère de l'accouchement (Salomonsson et al., 2013).

En conclusion si le SOC est développé pendant la grossesse par un accompagnement salutogénique, il semble pouvoir diminuer le FOC, ou limiter son augmentation. Il aurait ainsi indirectement le potentiel de favoriser la satisfaction de l'accouchement et de restreindre le taux de césarienne ou d'utilisation de la péridurales, protégeant de ce fait les femmes et les nouveau-nés des morbidités associées à ces interventions. Des recherches pour confirmer cette hypothèse sont recommandées.

Soutien social et SOC

Le soutien social perçu, bien que peu traité dans la présente revue de littérature, semble associé au score de SOC. En effet, tout comme l'étude de Ferguson et al. (2015), d'autres études mettent en évidence une corrélation entre la qualité du soutien social perçu et le score de SOC (Ferguson, Davis, et al., 2015b; Hildingsson, 2017). Certaines recherches se sont penchées sur une autre notion du soutien social, le réseau social. Une étude évaluant le sentiment de cohérence en lien avec un programme de perte de poids pour personnes obèses a mis en évidence une corrélation positive entre SOC et socialisation (Björvell, Aly, Langius & Nordström, 1994). A l'inverse, le manque de réseau social, par exemple la monoparentalité, est corrélé à un score de SOC bas (Grøholt et al., 2003).

Etant donné que le soutien social est corrélé à des issues défavorables de la grossesse, telle que la dépression s'il est insuffisant ou perçu de manière négative (Hildingsson, Tingvall & Rubertsson, 2008; Roy-Matton et al., 2011; Terry, Mayocchi & Hynes, 1996), il paraît important de mettre en place un accompagnement professionnel qui vise à renforcer les différents types de soutiens, la satisfaction de leur perception ainsi que le SOC, vu la corrélation entre ces deux variables. L'entretien

psycho-éducatif périnatal développé par Razurel (2015) semble une intervention adaptée à cet objectif, puisqu'il vise entre autre à augmenter l'adéquation du soutien social et donc sa satisfaction. Les sages-femmes apparaissent alors comme les professionnelles de la périnatalité les plus adéquates pour effectuer cet accompagnement, puisqu'elles ressortent comme étant un soutien professionnel très important pour les futures/jeunes mères (Razurel, 2014). Ce type de soutien émotionnel par la sage-femme durant le travail a également le potentiel de favoriser des issues positives, telle que la satisfaction de la naissance (Tarkka & Paunonen, 1996).

Dépression et SOC

La corrélation entre le score de SOC anténatal élevé et le score de dépression faible démontré par Ferguson et al. (2015), signifie que le sentiment de cohérence peut être un facteur protecteur ou de risque de la dépression périnatale selon son niveau. D'autres études corroborent cette corrélation entre SOC bas et dépression du post-partum, qui elle-même a des impacts négatifs sur la relation avec le nouveau-né (Kerstis, Engström, Edlund et Aarts, 2013; Sekizuka et al., 2006). Selon un autre angle de vue, le lien entre ces deux variables peut également signifier que, lorsqu'une femme présente un terrain dépressif, le SOC soit abaissé. Il serait alors intéressant d'évaluer cette relation de causalité, en observant l'évolution du score de SOC chez une femme enceinte sans antécédent de dépression, qui développe une dépression périnatale. Cela permettrait de mettre en lumière les enjeux pour la périnatalité de la relation entre le sentiment de cohérence et la dépression.

En conclusion, l'hypothèse suivante peut être émise : la mise en place d'interventions pour favoriser le SOC des femmes enceintes permettrait également d'améliorer les issues psychologiques en lien avec la naissance, telles que l'adéquation du soutien social perçu, la peur de l'accouchement, la satisfaction de l'expérience de la naissance, le stress perçu et peut-être même le risque de dépression.

A travers l'influence favorable de ces issues psychologiques sur certaines morbidités iatrogènes, le SOC semble également avoir, de manière indirecte, le potentiel de protéger de certaines issues non physiologiques telles que la prématurité, la césarienne ou la dépression. (Razurel, 2014; Roy-Matton et al., 2011; Ryding et al., 1998). Il s'agit d'hypothèses qui nécessitent des investigations ultérieures.

7.8 Etat des lieux des interventions permettant de favoriser le SOC

La littérature de ce travail ainsi que la littérature générale sur le SOC en périnatalité émettent l'idée qu'un accompagnement salutogénique serait bénéfique pour les femmes enceintes. Elles ne proposent toutefois pas d'interventions concrètes qui pourraient favoriser le SOC. La présente discussion émet alors plusieurs hypothèses de pistes tangibles qui pourraient être proposées aux femmes (comme l'entretien psycho-éducatif (Razurel, 2015), le modèle de soin continu sage-femme et le système de santé OHE) mais qui doivent encore faire l'objet de nouvelles recherches pour être confirmées. Ces propositions d'interventions et d'accompagnements sont détaillées dans le chapitre suivant.

8. RETOUR DANS LA PRATIQUE

Les recherches sur le SOC dans le champ de l'obstétrique en sont encore à leurs balbutiements. Les résultats de la présente revue de littérature sont difficilement applicables à la pratique sage-femme car les données sont peu nombreuses et les conclusions encore fragiles. Pourtant, bien qu'il n'existe pas encore d'outils spécifiques ou de recommandations sur des prises en charge pour accroître le SOC des femmes enceintes, des hypothèses peuvent être émises. Elles sont exposées ci-dessous.

8.1 Le dépistage du SOC

Les femmes avec un faible sentiment de cohérence semblent plus à risque pour certaines issues non physiologiques de la naissance comme la césarienne, la MAP, la dépression ou l'altération de la relation mère-enfant. Le but d'un dépistage du SOC prénatal serait d'identifier les femmes avec un score bas afin de leur proposer un accompagnement qui favoriserait le développement du SOC et ainsi les protégerait des issues non physiologiques. Par ailleurs, il semble que le potentiel de progression concernant l'amélioration de sa santé soit plus grand chez les personnes avec un SOC faible que chez celles avec un SOC élevé (Gana, 2001). Ainsi, ce dépistage pourrait être proposé à toutes les femmes enceintes, en veillant à cibler en priorité les femmes avec un profil sociodémographique connu pour être lié à un SOC bas, à savoir les femmes de moins de 30 ans, nullipares, multipares avec un antécédent de vécu négatif de l'accouchement, présentant un niveau socio—économique et éducationnel bas, issues de l'immigration, fumeuses et/ou ayant un BMI élevé.

Le SOC des femmes enceintes pourrait être dépisté en utilisant l'échelle de SOC à 9 items (SOC-9) développée par Ferguson, Davis, et al., 2015a, qui apparaît comme étant la plus adaptée pour la période périnatale. Au vu de l'association entre un SOC bas et le traitement pour MAP, il serait pertinent que la passation de l'échelle se fasse avant 24 SA afin de pouvoir mettre en place un accompagnement favorisant le SOC en cas de score faible. Une proposition serait alors de faire passer l'échelle au contrôle de routine à 15 SA ou pendant un entretien prénatal comme cela est proposé à la maternité des Hôpitaux universitaires de Genève notamment (HUG, 2016). Pour se faire, les sages-femmes devraient avoir suivi une formation pour pouvoir expliquer l'objectif de la passation de cette échelle et les possibilités de suivi qui en découlent. Cette formation n'existant pas actuellement, il serait nécessaire de commencer par élaborer un cours pour transmettre les connaissances spécifiques au sentiment de

cohérence. Ce dernier pourrait être donné dans les programmes de formation continue de la FSSF (Fédération suisse des sages-femmes [FSSF], s. d.) ou inclus dans le CAS de périnatalité proposé par la heds par exemple (Haute école de santé Genève (heds), s. d.-b).

8.2 Les types d'interventions périnatales favorisant le SOC

8.2.1 Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PANP)

L'impact de la PANP sur le SOC n'a pas été traité de manière directe dans la présente revue de littérature. Or, la PANP semble favoriser entre autre le sentiment d'auto-efficacité et l'expérience positive de la naissance et diminuer la peur de l'accouchement (Svensson, Barclay & Cooke, 2009; Toohill et al., 2014). Toutes ces variables seraient elles-mêmes associées à un score de SOC élevé. Ainsi, même si le lien entre PANP et SOC doit encore être confirmé par de nouvelles recherches, il est possible d'envisager que cette intervention ait le potentiel de favoriser le SOC des femmes enceintes. Il existe une grande diversité dans les cours de PANP proposés tant sur la forme que le contenu, il s'agirait alors d'élaborer un programme de PANP salutogénique, centré sur la personne et ses besoins et ciblant le développement des trois dimensions du SOC. En voici une proposition : les séances comprendraient une partie informative afin de favoriser la compréhension des femmes et des couples sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum (dimension intelligibilité). Elle agirait sur la composante motivationnelle du SOC, la variable « signification », en s'intéressant au sens des contractions, de la douleur, du vécu du fœtus, etc. pour chaque participante. L'utilisation de certains outils de l'entretien psycho-éducatif périnatal (Razurel, 2015) permettrait de travailler sur les représentations afin de diminuer le stress perçu et de permettre une adaptation positive aux bouleversements induits par la transition à la maternité, en favorisant des attentes réalistes, le sentiment de compétence et la satisfaction de l'accouchement (Razurel, 2014, 2015). En utilisant les techniques de l'entretien psycho-éducatif périnatal (Razurel, 2015) il serait également possible d'entraîner la femme à trouver ses propres ressources, développant ainsi la composante « capacité à gérer » du SOC. Concernant cette dimension, il serait également pertinent d'inclure à cette PANP une approche corporelle sous la forme d'exercices de respiration, de mobilisation et de massages, afin d'apporter de nouveaux outils aux couples pour gérer l'accouchement, la douleur et accueillir les imprévus. Par ailleurs, la préparation à la naissance basée sur la pleine

conscience, qui favorise entre autre le sentiment de contrôle et l'implication des femmes dans leur accouchement (Fisher, Hauck, Bayes & Byrne, 2012), pourrait elle aussi être appropriée pour accroître le SOC. Des exercices méditatifs de pleine conscience pourraient alors être intégrés aux séances.

Afin de maximiser le potentiel développemental du SOC des femmes enceintes, il serait judicieux de débiter les séances assez tôt dans la grossesse et de les poursuivre jusqu'à son terme.

Comme l'accouchement est susceptible d'augmenter le SOC de manière générale, il serait cohérent d'ouvrir ces séances de PANP à toutes les femmes, tout en veillant à les recommander spécifiquement aux femmes dont le dépistage de SOC révèle un score bas ou à celles présentant un profil sociodémographique associé à un SOC bas. Enfin, il sera nécessaire d'élaborer un cadre théorique pour que les sages-femmes qui souhaitent dispenser un cours de PANP salutogénique puisse s'y référer après avoir reçu une brève formation à l'entretien psycho-éducatif prénatal et à la pleine conscience qui seront utilisés comme des outils dans les séances et non pas dans leur globalité.

8.2.2 L'entretien psycho-éducatif périnatal²

L'entretien psycho-éducatif périnatal utilisé pour réduire le stress perçu, tout en renforçant les stratégies de coping et en optimisant l'adéquation du soutien social (Razurel, 2015) semble être une intervention potentiellement salutogénique pertinente et concrète. En effet, vu les résultats d'association négative entre SOC et stress perçu parallèlement à une association positive du SOC avec la qualité du soutien social perçu, cet outil semble avoir le potentiel de favoriser le sentiment de cohérence des femmes. Bien que des études soient nécessaires pour confirmer l'association entre l'entretien psycho-éducatif périnatal et le SOC, il paraît pertinent d'utiliser cet outil lors des consultations de suivi de grossesse sages-femmes pour toutes les femmes. Cet entretien psycho-éducatif périnatal, également adapté à la période du post-partum, permettrait peut-être de favoriser le SOC postnatal et/ou de stabiliser une éventuelle augmentation du score de SOC. Les sages-femmes devraient bénéficier auparavant d'une formation spécifique à cet outil, soit dans le cadre d'une formation continue soit dans le cadre du CAS de périnatalité proposé à la heds Genève. Elles pourraient

² L'ensemble de ce chapitre se base sur la référence suivante : Razurel, C. (2015). *Se révéler et se construire comme mère : l'entretien psycho-éducatif périnatal*. Chêne-Bourg : Médecine et Hygiène.

ensuite l'intégrer dans leur suivi, comme c'est déjà le cas dans le service du post-partum du CHUV, où les sages-femmes l'utilisent dans leur pratique quotidienne auprès de toutes les femmes du service. Une autre piste serait d'inclure cet outil dans le cursus de la formation sage-femme comme c'est déjà le cas à la Haute école de Santé de Genève (heds).

8.2.3 Le suivi sage-femme

Par sa philosophie de soin basée sur la promotion de la santé et la physiologie, la sage-femme semble être le professionnel de la périnatalité le plus adapté pour favoriser le SOC des femmes ainsi que les issues de santé physiologiques. Le suivi global et continu proposé par certaines sages-femmes paraît particulièrement intéressant. En effet, ce modèle de soin a déjà fait ses preuves sur l'augmentation de la satisfaction de la femme, de la confiance et de la prise de décision partagée dans des situations inattendues ou d'urgence et induit le sentiment de contrôle chez la parturiente (Hodnett et al., 2007; Sandall et al., 2016). C'est la relation entre ces variables et le SOC qui motive à formuler l'hypothèse que ce type de suivi pourrait également favoriser le SOC périnatal. En attendant de nouveaux résultats pour confirmer cette hypothèse, il semble alors important de favoriser et d'encourager le développement de ce modèle de soin dans la pratique auprès des femmes enceintes, dans une démarche de promotion de la santé. Par ailleurs, ce type de suivi à l'avantage d'être moins onéreux que les autres modèles de soin obstétricaux (Sandall et al., 2016).

En outre, la sage-femme, qui approche la femme dans sa globalité, est encouragée lors des consultations de grossesse à investiguer de manière systématique les ressources de résistances générales (RRG) telles que décrites par Antonovsky (1987), pour renforcer d'avantage le sentiment de cohérence. En effet, quatre RRG minimum doivent être à disposition de l'individu pour développer un fort SOC : des activités significatives, des repères existentiels, le contact avec ses sentiments et des relations sociales. Des dimensions comme le soutien social, l'environnement matériel des femmes, le travail et le sport sont fondamentales dans la perception de la femme de sa santé et dans sa capacité à faire face aux événements de vie stressants. Développer et optimiser ces RRG permettraient alors potentiellement d'accroître le score de SOC en période périnatale.

Enfin, quand bien même il ressort que les femmes enceintes avec un SOC bas sont plus susceptibles d'augmenter leur score, et ce notamment après l'accouchement, elles devraient toutes pouvoir bénéficier de ces types de suivi afin de favoriser un SOC élevé et ainsi rester sur le pôle santé du continuum santé-maladie.

8.2.4 Le système de santé

Une approche des soins basée sur la salutogenèse et le SOC, semblerait également pertinente comme cadre pour la pratique professionnelle. Il manque, encore à ce jour, des données scientifiques concernant la manière d'implémenter concrètement le SOC et la salutogenèse dans les soins mais des pistes de réflexion peuvent être avancées.

Une des idées serait de se baser sur un système de santé développé aux Etats-Unis, nommé « the Optimal Healing Environnement » (OHE), qui vise à stimuler et à soutenir la capacité de guérison inhérente des patients, des familles et de leurs fournisseurs de soins » en se basant sur quatre dimensions environnementales : interne, interpersonnelle, comportementale et extrinsèque (Sakallaris et al., 2015). Ce système tire ses sources de la théorie salutogénique et propose un accompagnement centré sur la personne, abordant l'individu dans sa globalité, c'est-à-dire d'un point de vue bio-psycho-social et spirituel. En outre, les quatre dimensions précitées de ce système de santé semblent relativement proches des 3 composantes du SOC et des RRG. Il paraît alors possible que ce système de santé ait le potentiel de développer le SOC de la femme pendant la grossesse. Il est nécessaire de mener des recherches afin de confirmer cette hypothèse et de définir plus précisément quels aspects de ce système sont favorables à l'évolution du SOC.

Dans le suivi des femmes enceintes et des familles, les outils suivants tentent de viser le pôle santé du continuum santé-maladie de la théorie salutogénique : la grille Calgary-Cambridge pour structurer l'entretien (Silverman, Kurtz & Draper, 2010), les entretiens motivationnel et psycho-éducatif périnatal (Miller & Rollnick, 2013; Razurel, 2015), la pleine conscience (Duncan & Bardacke, 2010), les cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PANP), la création de projets de naissance par la femme et les méthodes alternatives (aromathérapie, acupuncture, etc.). Ces outils touchent les composantes environnementales internes, interpersonnelles et comportementales du système OHE.

En Suisse, un groupe de discussion formé de professionnels du terrain a été créé pour développer le service de maternité du futur hôpital Riviera-Chablais à Rennaz³. Dans leur réflexion au sujet d'un modèle de soin et d'une philosophie favorisant la physiologie, la salutogenèse et le système de santé OHE sont envisagés. Pour pouvoir orienter un service vers un système de santé salutogénique, les sages-femmes devraient bénéficier de formations continues, de coaching sur le terrain et de supervisions pour les différents outils précités, ce qui engendrerait des coûts pour les institutions ou les professionnels. Cependant du point de vue économique à long terme, ce système de santé serait moins coûteux que les systèmes classiques (Sakallaris et al., 2015).

8.3 L'information et la formation pour les sages-femmes

La promotion de la santé semble primordiale dans la formation des professionnels de la santé de manière générale et des sages-femmes en particulier. Afin de pouvoir prodiguer des soins qui visent la physiologie, il est nécessaire que les sages-femmes soient informées et formées spécifiquement sur le sujet.

La première proposition serait de dispenser des cours sur la salutogenèse et sur le SOC dans la formation initiale sage-femme afin d'amener une réflexion sur la manière de maintenir la santé dans les maternités. Et cela même dans une situation où la pathologie est présente et parfois inévitable. En effet, selon E. Gerhard (communication personnelle, 6 juillet 2017) la promotion de la physiologie devrait toucher toutes les situations. Le travail des sages-femmes est aussi de maintenir et de ramener la physiologie y compris dans des situations considérées comme «à risque ». Comme mentionné précédemment, il paraît intéressant de former les étudiantes sages-femmes aux différents outils proposés pour un modèle de soin salutogénique. Ainsi, l'entretien psycho-éducatif périnatal (Razurel, 2015), l'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2013), le modèle de Calgary Cambridge (Silverman et al., 2010), l'outil Team Stepps™ (King et al., 2008) et l'approche basée sur la pleine conscience (Duncan & Bardacke, 2010) pourraient être inclus à la formation sage-femme initiale. Actuellement à la heds, ces outils sont déjà utilisés ou au moins abordés dans le cursus initial de la filière sage-femme. Dans le futur, il serait peut être intéressant d'aller

³ Issu de la communication personnelle du 6 juillet 2017 avec E. Gerhard et I. Jordan

plus loin et de proposer une formation complète de ces outils aux étudiantes sages-femmes.

Une deuxième piste serait de former les sages-femmes diplômé(e)s à la salutogenèse et aux différents outils proposés. Dans la formation continue à la heds de Genève, il existe entre autre un CAS pour se former aux interventions basées sur la pleine conscience (Haute école de santé Genève (heds), s. d.-a) et un à CAS de périnatalité (Haute école de santé Genève (heds), s. d.-b) qui forme les sages-femmes diplômé(e)s notamment à l'entretien psycho-éducatif. Le SOC pourrait alors être intégré à ce CAS comme support théorique et soulignerait l'importance de développer chez les femmes l'intelligibilité, la signification et la capacité à gérer du SOC face à des situations stressantes.

Enfin, des supervisions sur le terrain, sous la forme de pratique réflexive par exemple permettraient également d'affiner leur pratique dans une approche salutogénique.

8.4 Les perspectives de recherches

Les résultats de la présente revue de littérature révèlent un important manque de données concernant le rôle du SOC en périnatalité et son impact sur le processus physiologique de la naissance. Différentes perspectives de recherche peuvent être dégagées à l'issue de cette revue de littérature, les propositions les plus pertinentes sont présentées ci-dessous.

Premièrement, l'ensemble des pistes de retour dans la pratique exposées précédemment (dépistage, suivi sage-femme en lien avec l'approche salutogénique) nécessitent d'être investiguées dans le cadre de nouvelles recherches sur l'implantation du SOC en obstétrique.

Ensuite, dans les prochaines études du SOC en périnatalité, il semble intéressant d'analyser non seulement le niveau de SOC total, mais également de ses trois composantes, afin de mieux comprendre les enjeux de ce concept et permettre de cibler par la suite les interventions adéquates à l'augmentation du SOC à travers ses composantes.

Il serait également pertinent que de nouvelles études évaluent l'impact du SOC sur les issues de l'accouchement, en tenant compte des résultats de la présente revue de littérature. Ainsi, il faudrait que l'évaluation du SOC se fasse avec l'échelle du SOC à 9-items (SOC-9), qui apparait comme la plus adaptée dans le champ de la périnatalité. Par ailleurs, il faudrait veiller à une sélection d'un échantillon représentatif de la

population générale. Le profil sociodémographique associé à un score de SOC bas chez les femmes enceintes pourrait, par exemple, servir à l'élaboration de critères d'inclusion ou d'exclusion pour l'échantillon selon l'objectif de l'étude. Les caractéristiques de ce profil pourraient également être utilisées comme variables de confusion dans l'analyse statistique des futures recherches. Il faudrait alors, dans un premier temps, valider ce profil sociodémographique des femmes en lien avec un SOC bas en périnatalité.

Dans le même sens, il serait intéressant de confirmer l'association entre SOC et stress perçu en périnatalité, à l'aide cette fois des échelles de stress perçu spécifiques aux différentes périodes de la naissance (Razurel et al., 2013; Razurel, Kaiser, Dupuis, Antonietti, Citherlet, et al., 2014; Razurel, Kaiser, Dupuis, Antonietti, Sellenet, et al., 2014).

Enfin, la variabilité du SOC en lien avec la naissance est également un point important à réévaluer. En effet, si le potentiel salutogénique de la naissance est confirmé, sous la forme d'une augmentation possible du score de SOC après un accouchement, cela apporterait d'avantage d'arguments pour mettre en place des interventions périnatales favorisant le SOC. La maternité deviendrait une occasion pour la femme d'augmenter son SOC et donc d'adopter une attitude vers le pôle santé pour elle-même et son enfant. Cette opportunité serait d'autant plus capitale si de nouvelles recherches révélaient que cette modification du SOC est permanente. Cependant, même s'il s'avère qu'elle est transitoire, elle paraît importante vu la période charnière pour la santé de la femme et de l'enfant que constitue la période postnatale.

9. FORCES ET LIMITES DE LA REVUE DE LITTÉRATURE

Ce chapitre vise à souligner les forces et les faiblesses de la présente revue de littérature.

Forces

- L'analyse du sentiment de cohérence dans le domaine de la périnatalité est récente (~2010), la majorité des études sur le sujet sont menées dans les trois dernières années.
- Le fait que le sujet soit récent offre de nombreuses pistes de nouvelles recherches scientifiques sur l'impact du SOC dans la périnatalité.
- Certaines études analysent des variables jusqu'alors jamais étudiées dans le champ de la salutogenèse (FOC, MAP).
- La provenance des cinq études analysées est variée ce qui révèle un intérêt international et interculturel pour le SOC en obstétrique.
- Il y a un apport de nouvelles données sur la variabilité du score du SOC en lien avec l'accouchement.
- Des hypothèses de développement d'outils pour la pratique sage-femme afin d'augmenter le SOC des femmes enceintes peuvent être émises.
- Il y a une possibilité de diminution des coûts de la santé dans le cas où il est prouvé que le SOC diminue certaines interventions médicales de la grossesse et de l'accouchement.
- Il y a un apport de nouvelles données sur la manière dont le déroulement de l'accouchement est perçu par la femme et sur l'impact de cette perception sur sa santé.

Limites

- Peu d'études traitent des mêmes variables ou issues périnatales, entraînant des difficultés à effectuer des conclusions et à les généraliser.
- Les différences entre les échelles de SOC utilisées entre les études sont susceptibles de biaiser la comparaison des résultats.
- Dans la majorité des études retenues, les échantillons ne sont pas représentatifs de la population générale.
- Une seule des cinq études est réalisée en Europe, possible biais de généralisation des résultats obtenus à la population et la pratique obstétricale occidentale.

- Il y a un manque de définition et de consensus concernant le seuil pour différencier un score de SOC bas d'un score de SOC élevé. Cela constitue un potentiel biais pour l'interprétation et la généralisation des résultats.
- Le fait de ne pas avoir analysé chacune des trois composantes du SOC limite la compréhension des enjeux et les hypothèses d'interventions ciblées pour augmenter le score de ces composantes et donc du score total du SOC.
- L'adéquation de l'utilisation de certaines échelles durant la grossesse (SOC-29, SOC-13, PSS et SPS) peut être remise en question.
- Il y a une absence de pistes concrètes pour le développement du SOC par les professionnels en périnatalité.
- Les auteures de cette revue de littérature sont novices dans l'exercice de l'analyse d'articles. Cela peut entraîner des biais d'interprétation.
- Cette revue de littérature ne se base que sur cinq articles et ne permet donc pas une vision complète du sujet. Les résultats et conclusions sont à prendre avec prudence.

10. CONCLUSION

Le respect du processus physiologique de la naissance a été démontré comme étant associé à de meilleures issues de santé pour la mère et l'enfant. Or, le recours accru aux interventions médicales, parfois en lien avec le développement d'affects négatifs chez la femme (comme la peur de l'accouchement et le stress), interfèrent avec ce processus naturel.

En tant que professionnelles de la périnatalité visant la promotion de la santé et la physiologie, les sages-femmes ont un rôle à jouer dans l'accompagnement des femmes pour les aider à s'adapter aux bouleversements entraînés par la transition à la parentalité et ainsi à vivre un processus de la naissance qui tend vers la physiologie. Dans cette prise en soin, les prédispositions internes des femmes seraient centrales. Le sentiment de contrôle et l'auto-efficacité sont autant de concepts reconnus qu'il s'agit de prendre en compte mais la question se pose de l'existence d'une autre capacité chez la femme qui aurait le potentiel d'orienter son comportement vers la santé et ainsi augmenter ses chances de vivre une naissance la plus physiologique possible.

Issu de la théorie de la salutogenèse, le concept du sentiment de cohérence (SOC), associé à une meilleure santé et qualité de vie s'il est fort, pourrait avoir cette influence. Il semblerait même que les trois composantes qui le définissent à savoir l'intelligibilité, la signification et la capacité à gérer puissent être mises en parallèle avec la philosophie de soin sage-femme qui vise notamment à renforcer la capacité des femmes à faire face à l'accouchement et qui considère la naissance comme une expérience profonde et d'une grande signification pour la femme. Ainsi, le sentiment de cohérence illustrerait peut-être un état d'esprit ou un état d'être fondamental dans le champ de la périnatalité.

Dans le but d'explorer et de mettre en lumière l'influence que pourrait avoir un SOC élevé chez la femme enceinte sur le processus physiologique de la naissance, une revue de littérature a été effectuée sur la base de l'analyse de cinq articles scientifiques étudiant l'association entre le SOC et différentes issues de la naissance.

A la lumière des principaux résultats de cette revue de littérature, la conclusion suivante peut être avancée : l'intensité du sentiment de cohérence des femmes aurait une influence sur certains aspects de la physiologie de la naissance.

Plus précisément et concernant les issues obstétricales dans un premier temps, il s'avère qu'un SOC élevé pourrait diminuer le risque de césarienne et de MAP nécessitant un traitement. En revanche, la contradiction des résultats concernant l'instrumentation et la provocation de l'accouchement en lien avec le SOC, ne permet pas d'affirmer si le SOC influence ces issues. Cela est également le cas pour le lien entre la péridurale et le SOC qui n'a pas pu être mis en évidence à l'issue de cette revue de littérature.

Sur le plan psychologique, une femme enceinte avec un SOC élevé aurait un score de stress perçu, de dépression et de peur de l'accouchement significativement plus bas, la protégeant ainsi des morbidités associées à ces affects lors de la naissance. Il ressort également que les femmes présentant un SOC anténatal élevé ont une perception plus positive du soutien social, facteur favorisant les issues de santé physiologiques.

En outre, le score de SOC prénatal n'a étonnement pas montré d'association avec la qualité du vécu de l'accouchement. Pourtant, la satisfaction de l'accouchement qui est associé à des issues négatives en cas de vécu négatif et des issues physiologiques en cas de vécu positif, aurait une influence sur le score de SOC en période postnatale. En effet, l'accouchement semble avoir un effet sur la variabilité du score de SOC, considérée jusqu'alors comme relativement stable à l'âge adulte, avec un potentiel d'accroissement plus important en cas de score de SOC anténatal bas.

Au vu de ces résultats, même s'il ressort qu'un SOC élevé ne protège pas de toutes les interventions médicales de l'accouchement selon les connaissances actuelles, il permettrait aux femmes de mieux les comprendre, de leur donner du sens et de les gérer de manière à ce qu'elles impactent moins leur santé psychique et leur relation avec leur enfant.

Ainsi, la relation entre le SOC et la naissance serait bidirectionnelle. D'une part, le SOC aurait le potentiel de favoriser une part de la physiologie de la naissance et d'autre part, l'accouchement pourrait un événement susceptible d'augmenter l'intensité du SOC et de promouvoir ainsi une attitude de la femme orientée vers le pôle santé pour elle-même et son enfant.

Cette revue de littérature amène également les auteures à proposer des recommandations concrètes pour la pratique sage-femme ainsi que des nouvelles

perspectives de recherches scientifiques sur le lien entre SOC et physiologie de la naissance. Dans le but d'augmenter le SOC des femmes, l'accompagnement apparaissant le plus adapté est un suivi périnatal effectué par des sages-femmes, dans un modèle de soin continu et global, centré sur la personne et ses besoins. Pour optimiser leur pratique, les sages-femmes devraient bénéficier lors de leur formation initiale et/ou continue, d'une instruction à la salutogenèse et au SOC, ainsi qu'aux divers outils spécifiques susceptibles d'avoir le potentiel d'accroître le sentiment de cohérence des femmes en période périnatale. Parmi les différents outils réfléchis à l'issue de cette revue de littérature figurent notamment l'entretien psycho-éducatif périnatal (Razurel, 2015) et des cours de PANP spécifiques. Ce nouveau modèle de PANP se voudrait salutogénique, centré sur la personne et ses besoins, et utilisant notamment des exercices corporels issus de la méthode de la pleine conscience (Mindfulness) et des outils de l'entretien psycho-éducatif périnatal (Duncan & Bardacke, 2010; Razurel, 2015).

Les sages-femmes pourraient également apprendre à utiliser l'échelle d'évaluation du SOC à 9 items, démontrée comme étant la plus adéquate en période périnatale, pour l'inclure dans leur pratique et ainsi dépister les femmes avec un score bas, susceptibles d'être plus à risque de rencontrer certaines issues non physiologiques de la naissance.

Ces propositions ressortent des lectures et des réflexions effectuées par les auteures de la présente revue de littérature et demandent à être confirmées par des nouvelles études.

Finalement, à l'issue de ce travail, les perspectives de recherches pour approfondir et étoffer les connaissances et preuves scientifiques au sujet du SOC dans le contexte obstétrical sont nombreuses et variées :

- Vérifier si le SOC peut être un outil de dépistage de certaines issues non physiologiques de la naissance
- Explorer les possibilités d'interventions augmentant le score de SOC des femmes enceintes
- Analyser la stabilité de l'augmentation du score de SOC suite à l'accouchement
- Confirmer son association avec le stress perçu périnatal dans le but de modifier le SOC de manière indirecte.

Cette liste non exhaustive fournie des pistes intéressantes à explorer pour favoriser la physiologie de la naissance et la promotion de la santé en périnatalité.

Enfin, évaluer les trois composantes du sentiment de cohérence de manière individuelle parallèlement au score total de SOC serait une piste captivante pour amener une nouvelle dimension à la compréhension des interactions du SOC avec le processus de la naissance et ainsi concevoir des interventions professionnelles ciblées et adaptées aux femmes enceintes.

11. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abrahamsson, A. & Ejlertsson, G. (2002). A salutogenic perspective could be of practical relevance for the prevention of smoking amongst pregnant women. *Midwifery*, 18(4), 323-331. <https://doi.org/10.1054/midw.2002.0325>
- Akintayo, A. A., Ade-Ojo, I. P., Olagbuji, B. N., Akin-Akintayo, O. O., Ogundare, O. R. & Olofinbiyi, B. A. (2014). Cesarean section on maternal request: the viewpoint of expectant women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 289(4), 781-785. <https://doi.org/10.1007/s00404-013-3063-x>
- Albertsen, K., Nielsen, M. L. & Borg, V. (2001). The Danish psychosocial work environment and symptoms of stress: The main, mediating and moderating role of sense of coherence. *Work & Stress*, 15(3), 241-253. <https://doi.org/10.1080/02678370110066562>
- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösli, I. & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 20(3), 189-209. <https://doi.org/10.1080/14767050701209560>
- Alfirevic, Z., Devane, D. & Gyte, G. M. L. (2006). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD006066. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066>
- Alipour, Z., Lamyian, M. & Hajizadeh, E. (2012). Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 25(3), 37-43. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.09.002>
- Allen, V. M., O'Connell, C. M., Farrell, S. A. & Baskett, T. F. (2005). Economic implications of method of delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(1), 192-197. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.10.635>
- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M. & Jones, L. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. Accès <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000331.pub3/abstract>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Anwar, S., Anwar, M. W. & Ahmad, S. (2015). Effect of epidural analgesia on labor and

- its outcomes. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC*, 27(1), 146-150.
- Assemblée générale des Nations Unies. (1948). Déclaration universelle des droits de l'homme. *Résolution 217A (III)*, 10. Accès <http://library.fes.de/pdf-files/netzquelle/a93-03399.pdf>
- Aune, I., Marit Torvik, H., Selboe, S.-T., Skogås, A.-K., Persen, J. & Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience — Norwegian women's perspectives. *Midwifery*, 31(7), 721-727. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.016>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445. <https://doi.org/10.1007/BF00922627>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Beech, B. A. L. & Phipps, B. (2008). Normal birth: women's stories. In S. Downe, *Normal Childbirth: Evidence and Debate* (p. 67-80). Edimbourg: Elsevier.
- Beijers, R., Jansen, J., Riksen-Walraven, M. & de Weerth, C. (2010). Maternal prenatal anxiety and stress predict infant illnesses and health complaints. *Pediatrics*, 126(2), 401-409. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-3226>
- Berentson-Shaw, J., Scott, K. M. & Jose, P. E. (2009). Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 357-373. <https://doi.org/10.1080/02646830903190888>
- BirthChoiceUK Professional. (s. d.). Graphs showing trends in caesarean rates. Accès <http://www.birthchoiceuk.com/Professionals/index.html>
- Björvell, H., Aly, A., Langius, A. & Nordström, G. (1994). Indicators of changes in weight and eating behaviour in severely obese patients treated in a nursing behavioural program. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 18(8), 521-525.
- Bramham, K., Parnell, B., Nelson-Piercy, C., Seed, P. T., Poston, L. & Chappell, L. C.

- (2014). Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 348. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2301>
- Bruchon-Schweitzer, M. & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé: concepts, méthodes et modèles*. Paris: Dunod.
- Bruscia, K., Shultis, C., Dennery, K. & Dileo, C. (2008). The Sense of Coherence in Hospitalized Cardiac and Cancer Patients. *Journal of Holistic Nursing*, 26(4), 286-294. <https://doi.org/10.1177/0898010108317400>
- Bydlowski, M. (2008). *La dette de vie: itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: Presses universitaires de France.
- Carlsson, I.-M., Ziegert, K. & Nissen, E. (2015). The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery*, 31(10), 1000-1007. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.05.005>
- Cartwright, E. & Thomas, J. (2001). Constructing risk: maternity care, law and malpractice. In R. De Vries (Éd.), *Birth by design: pregnancy, maternity care, and midwifery in North America and Europe* (p. 218-228). New-York: Routledge.
- Christiaens, W., Verhaeghe, M. & Bracke, P. (2010). Pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models: a cross-national comparison of Belgium and the Netherlands. *BMC Health Services Research*, 10, 268. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-268>
- Chung, T. K., Lau, T. K., Yip, A. S., Chiu, H. F. & Lee, D. T. (2001). Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 63(5), 830-834.
- Cilliers, F. (2003). Burnout and salutogenic functioning of nurses. *Curationis*, 26(1). <https://doi.org/10.4102/curationis.v26i1.1296>
- Clarke, A., Fishman, J. R., Fosket, J. R., Mamo, L. & Shim, J. K. (2000). Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux. *Sciences sociales et santé*, 18(2), 11-42. <https://doi.org/10.3406/sosan.2000.1489>
- Cnattingius, S. (2004). The epidemiology of smoking during pregnancy: Smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(Suppl_2), S125-S140. <https://doi.org/10.1080/14622200410001669187>
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived

- stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
<https://doi.org/10.2307/2136404>
- Conesa Ferrer, M. B., Canteras Jordana, M., Ballesteros Meseguer, C., Carrillo García, C. & Martínez Roche, M. E. (2016). Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *British Medical Journal Open*, 6(8), 1-10.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011362>
- Copper, R. L., Goldenberg, R. L., Das, A., Elder, N., Swain, M., Norman, G., ... Meier, A. (1996). The preterm prediction study: Maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175(5), 1286-1292.
[https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(96\)70042-X](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(96)70042-X)
- Crabtree, S. (2008). Midwives constructing « normal birth ». In S. Downe, *Normal Childbirth: Evidence and Debate* (p. 97- 113). Edimbourg: Elsevier.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S5–S23.
- Davis-Floyd, R. (2003). *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press.
- Debray, C., Paradas, A. & Torres, O. (2014). Santé du dirigeant de PME, stress et sentiment de cohérence: premiers résultats et programme de recherche. In G. Lecointre, *Grand livre de l'économie PME* (p. 29-51). Paris: Gualino. Accès <http://excerpts.numilog.com/books/9782297020688.pdf>
- Declercq, E., Barger, M., Cabral, H. J., Evans, S. R., Kotelchuck, M., Simon, C., ... Heffner, L. J. (2007). Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. *Obstetrics and Gynecology*, 109(3), 669-677.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000255668.20639.40>
- DiMatteo, M. R., Morton, S. C., Lepper, H. S., Damush, T. M., Carney, M. F., Pearson, M. & Kahn, K. L. (1996). Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 15(4), 303-314.
- Downe, S. (2008). *Normal Childbirth: Evidence and Debate*. Edimbourg: Elsevier.
- Downe, S. & McCourt, C. (2008). From being to becoming: reconstructing childbirth

- knowledges. In S. Downe, *Normal Childbirth: Evidence and Debate* (p. 3-27). Edimbourg: Elsevier.
- Duncan, L. G. & Bardacke, N. (2010). Mindfulness-based childbirth and parenting education: promoting family mindfulness during the perinatal period. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 190-202. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9313-7>
- Enkin, M. W., Keirse, M. J. N. C., Renfrew, M. J. & Neilson, J. P. (1995). Effective care in pregnancy and childbirth: a synopsis. *Birth*, 22(2), 101-110. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1995.tb00567.x>
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(6), 460-466. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.018085>
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(5), 376-381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 938-944 7p.
- Eriksson, M., Lindström, B. & Lilja, J. (2007). A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Åland, a special case? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(8), 684-688. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.047498>
- Evers, I. M., de Valk, H. W. & Visser, G. H. A. (2004). Risk of complications of pregnancy in women with type 1 diabetes: nationwide prospective study in the Netherlands. *British Medical Journal*, 328(7445), 915. <https://doi.org/10.1136/bmj.38043.583160.EE>
- Fair, C. D. & Morrison, T. E. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*, 28(1), 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.013>
- Fédération suisse des sages-femmes [FSSF]. (1993). *Code international de déontologie des sages-femmes*. Accès http://www.sage-femme.ch/x_dnl/doku/ethikkodexf.pdf
- Fédération suisse des sages-femmes [FSSF]. (s. d.). Fédération suisse des sages-

- femmes - Formation continue - Programme des cours. Accès <http://www.hebamme.ch/fr/heb/bild/>
- Ferguson, S., Browne, J., Taylor, J. & Davis, D. (2015). Sense of coherence and women's birthing outcomes: A longitudinal survey. *Midwifery*, 34, 158-165.
- Ferguson, S., Davis, D., Browne, J. & Taylor, J. (2014). Sense of coherence and childbearing: a scoping review of the literature. *International Journal of Childbirth*, 4(3), 134-150. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.4.3.134>
- Ferguson, S., Davis, D., Browne, J. & Taylor, J. (2015a). Examining the validity and reliability of Antonovsky's sense of coherence scale in a population of pregnant Australian women. *Evaluation & the Health Professions*, 38(2), 280-289. <https://doi.org/10.1177/0163278715578558>
- Ferguson, S., Davis, D., Browne, J. & Taylor, J. (2015b). Sense of coherence and childbearing choices: A cross sectional survey. *Midwifery*, 31(11), 1081-1086. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.012>
- Fisher, C., Hauck, Y., Bayes, S. & Byrne, J. (2012). Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 126. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-126>
- Gagnon, A. J., Meier, K. M. & Waghorn, K. (2007). Continuity of nursing care and its link to cesarean birth rate. *Birth*, 34(1), 26-31. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00143.x>
- Gana, K. (2001). Is sense of coherence a mediator between adversity and psychological well-being in adults? *Stress and Health*, 17(2), 77-83. <https://doi.org/10.1002/smi.882>
- García-Moya, I. & Morgan, A. (2016). The utility of salutogenesis for guiding health promotion: the case for young people's well-being. *Health Promotion International*, 1-11. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw008>
- Geyer, S. (1997). Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Social Science & Medicine*, 44(12), 1771-1779. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00286-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00286-9)
- Gibbins, J. & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313. <https://doi.org/10.1054/midw.2001.0263>
- Glantz, J. C. (2005). Elective induction vs. spontaneous labor associations and outcomes. *The Journal of Reproductive Medicine*, 50(4), 235-240.

- Goodman, P., Mackey, M. C. & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x>
- Gouyon, J.-B., Vintejou, A., Sagot, P., Burguet, A., Quantin, C. & Ferdynus, C. (2010). Neonatal outcome associated with singleton birth at 34–41 weeks of gestation. *International Journal of Epidemiology*, 39(3), 769-776. <https://doi.org/10.1093/ije/dyq037>
- Green, J. M. & Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30(4), 235-247. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00253.x>
- Grivelli, R. M. & Dodd, J. M. (2011). Short- and long-term outcomes after cesarean section. *Obstetrics & Gynecology*, 6(2), 205-215. Accès <http://www.medscape.com/viewarticle/739458>
- Grøholt, E.-K., Stigum, H., Nordhagen, R. & Köhler, L. (2003). Is parental sense of coherence associated with child health? *The European Journal of Public Health*, 13(3), 195–201.
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S. & Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of general psychiatry*, 67(10), 1012-1024. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.111>
- Guittier, M.-J., Cedraschi, C., Jamei, N., Boulvain, M. & Guillemin, F. (2014). Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-254>
- Hall, W. A., Stoll, K., Hutton, E. K. & Brown, H. (2012). A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-78>
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou-Azizah, G., Da Silva, R. B., ... Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale: une revue de la littérature. *Santé Publique*, 27(1), 27–37.
- Hansen, A. K., Wisborg, K., Uldbjerg, N. & Henriksen, T. B. (2008). Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study.

- British Medical Journal*, 336(7635), 85-87.
<https://doi.org/10.1136/bmj.39405.539282.BE>
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. & Gates, S. (2009). Comparaison des modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes à d'autres modèles de soins offerts aux femmes enceintes : une revue systématique Cochrane. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40(4), 267.
<https://doi.org/10.3917/pos.404.0267>
- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.02.002>
- Haute école de santé Genève (heds). (s. d.-a). CAS en Interventions basées sur la Pleine Conscience (Mindfulness Based Interventions) Volée 2017-2018 | HEdS. Accès <https://www.hesge.ch/heds/formation-continue/formations-postgrades/certificats-cas/cas-en-interventions-basees-pleine-1>
- Haute école de santé Genève (heds). (s. d.-b). CAS HES-SO en Périnatalité : approche psycho-socio-pédagogique de la naissance | HEdS. Accès <https://www.hesge.ch/heds/formation-continue/formations-postgrades/certificats-cas/cas-hes-so-en-perinatalite-approche-psycho>
- Heh, S.-S., Coombes, L. & Bartlett, H. (2004). The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *International Journal of Nursing Studies*, 41(5), 573-579.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.01.003>
- Henderson, J., McCandlish, R., Kumiega, L. & Petrou, S. (2001). Systematic review of economic aspects of alternative modes of delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 108(2), 149-157.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2001.00044.x>
- Hildingsson, I. (2017). Sense of coherence in pregnant and new mothers? A longitudinal study of a national cohort of Swedish speaking women. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 11, 91-96. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.10.001>
- Hildingsson, I., Tingvall, M. & Rubertsson, C. (2008). Partner support in the childbearing period—A follow up study. *Women and Birth*, 21(4), 141-148.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2008.07.003>

- Hodnett, E. D., Downe, S. & Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. In The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000012.pub4>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. In The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub2>
- Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG]. (s. d.). Ethique - Soigner à Genève aux HUG | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève. Accès <http://www.hug-ge.ch/ethique-clinique>
- International Confederation of Midwives. (2005). Philosophie et modèle de soins de pratique de sage-femme : document fondamental. Accès http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005_001%20V2014%20FRE%20Philosophie%20et%20mod%C3%A8le%20de%20soins%20de%20pratique%20de%20sage-femme.pdf
- Ip W, Tang CSK & Goggins WB. (2009). An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2125-2135 11p. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02720.x>
- Jeschke, E., Ostermann, T., Dippong, N., Brauer, D. & Matthes, H. (2012). Psychometric properties of the Confidence and Trust in Delivery Questionnaire (CTDQ): a pilot study. *BMC Women's Health*, 12, 26. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-12-26>
- Jeschke, E., Ostermann, T., Dippong, N., Brauer, D., Pompe, J., Meißner, S. & Matthes, H. (2012). Identification of maternal characteristics associated with the use of epidural analgesia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 32(4), 342-346.
- Johanson, R., Newburn, M. & Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *British Medical Journal*, 324(7342), 892.
- Kerstis, B., Engström, G., Edlund, B. & Aarts, C. (2013). Association between mothers' and fathers' depressive symptoms, sense of coherence and perception of their child's temperament in early parenthood in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(3), 233-239. <https://doi.org/10.1177/1403494812472006>

- King, H. B., Battles, J., Baker, D. P., Alonso, A., Salas, E., Webster, J., ... Salisbury, M. (2008). TeamSTEPPSTM: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. In K. Henriksen, J. B. Battles, M. A. Keyes & M. L. Grady (Éd.), *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches (Vol. 3: Performance and Tools)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43686/>
- Klepp, O. M., Mastekaasa, A., Sørensen, T., Sandanger, I. & Kleiner, R. (2007). Structure analysis of Antonovsky's sense of coherence from an epidemiological mental health survey with a brief nine-item sense of coherence scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(1), 11-22. <https://doi.org/10.1002/mpr.197>
- Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H. & Ylikorkala, O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*, 95(4), 487-490.
- Larousse, É. (s. d.-a). Définitions : anxiété - Dictionnaire de français Larousse. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anxi%C3%A9t%C3%A9/4369>
- Larousse, É. (s. d.-b). Définitions : déontologie - Dictionnaire de français Larousse. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9ontologie/23671>
- Larousse, É. (s. d.-c). Définitions : éthique - Dictionnaire de français Larousse. Accès <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9thique/31389>
- Larsson, C., Sydsjö, G. & Josefsson, A. (2004). Health, sociodemographic data, and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *Obstetrics and Gynecology*, 104(3), 459-466. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000136087.46864.e4>
- Lazarus et Folkman. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Accès <http://www.springerpub.com/stress-appraisal-and-coping.html/>
- Le Petit Larousse illustré*. (2017). Paris: Larousse. Accès <http://livre.fnac.com/a9601650/Collectif-Le-Petit-Larousse-illustre>
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G. & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 388-397. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x>

- Leboyer, F. (1974). *Pour une naissance sans violence*. Paris: Editions du Seuil.
- Leksell, J. K., Wikblad, K. F. & Sandberg, G. E. (2005). Sense of coherence and power among people with blindness caused by diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 67(2), 124- 129. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2004.06.002>
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(6), 440- 442. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.034777>
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2012). *La salutogenèse: petit guide pour promouvoir la santé* (Presses de l'Université Laval). Québec.
- Loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan) (2016). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2016/7383.pdf>
- Loi sur la santé (LS) (2006). Accès http://www.geneve.ch/legislation/rsg/f/rsg_k1_03.html
- Loi sur le droit d'auteur (LDA) (1992). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19920251/>
- Luisier, V. (2006). *Sages-femmes: La cornette sous le paillason?* Chêne-Bourg/Genève: Médecine et Hygiène.
- Melender, H.-L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101- 111.
- Michels, A., Kruske, S. & Thompson, R. (2013). Women's postnatal psychological functioning: the role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(2), 172- 182. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.791921>
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel - 2e éd.: Aider la personne à engager le changement*. Paris: InterEditions.
- Moksnes, U. K. & Haugan, G. (2014). Validation of the Orientation to Life Questionnaire in norwegian adolescents, construct validity across samples. *Social Indicators Research*, 119(2), 1105- 1120. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0536-z>
- Nguyen UDT, Rothman KJ, Demissie S, Jackson DJ, Lang JM & Ecker JL. (2010). Epidural analgesia and risks of cesarean and operative vaginal deliveries in nulliparous and multiparous women. *Maternal & Child Health Journal*, 14(5), 705- 712 8p. <https://doi.org/10.1007/s10995-009-0515-9>
- Nilsson, B., Holmgren, L., Stegmayr, B. & Westman, G. (2003). Sense of coherence -

- stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general population: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(4), 297-304. <https://doi.org/10.1080/14034940210164920>
- Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A. & Hildingsson, I. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women and Birth*, 25(3), 114-121. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.06.001>
- Oakley, A., Hickey, D., Rajan, L. & Rigby, A. S. (1996). Social support in pregnancy: Does it have long-term effects? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14(1), 7-22. <https://doi.org/10.1080/02646839608405855>
- Odent, M. (1976). *Bien naître*. Paris: Seuil.
- Office fédéral de la santé publique [OFSP]. (2013). *Accouchement par césarienne en Suisse: rapport en réponse au postulat Maury Pasquier (08.3935)*. Berne. Accès <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13641/15309/index.html?lang=fr>
- Office fédéral de la statistique [OFS]. (2016, août 17). Mortinatalité et mortalité infantile. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces/infantile-mortinaissances.assetdetail.547019.html>
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (1997). Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique. Accès http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65958/1/WHO_FRH_MSM_96.24_fre.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2015). Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. Accès http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161443/1/WHO_RHR_15.02_fre.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (1986). Promotion de la santé, charte d'OTTAWA. Accès http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1&ua=1
- Oz, Y., Sarid, O., Peleg, R. & Sheiner, E. (2009). Sense of coherence predicts uncomplicated delivery: a prospective observational study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(1), 29-33.
- Page, L. A. (2004). *Le nouvel art de la sage-femme: science et écoute mises en pratique*. Paris: Elsevier Masson.

- Palova, E., Redecha, M., Malova, A., Hammerova, L. & Kosibova, Z. (2016). Placenta accreta as a cause of peripartum hysterectomy. *Bratislava Medical Journal*, 116(04), 212-216. https://doi.org/10.4149/BLL_2016_040
- Procidano, M. E. & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24. <https://doi.org/10.1007/BF00898416>
- Razurel, C. (2014). *Le sentiment de compétence des mères: une évidence ? Comment l'éducation dispensée par les professionnels peut-elle influencer le sentiment de compétence maternelle ?* Saarbrücken: Éditions universitaires européennes.
- Razurel, C. (2015). *Se révéler et se construire comme mère - l'entretien psycho-éducatif périnatal*. Chêne-Bourg/Genève: Médecine & Hygiène.
- Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J.-P., Citherlet, C., Epiney, M. & Sellenet, C. (2014). Validation of the Antenatal Perceived Stress Inventory. *Journal of Health Psychology*, 19(4), 471-481.
- Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J.-P., Sellenet, C. & Epiney, M. (2013). Validation of the postnatal perceived stress inventory in a French speaking population of primiparous women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 42(6), 685-696.
- Razurel, C., Kaiser, B., Dupuis, M., Antonietti, J.-P., Sellenet, C. & Epiney, M. (2014). Validation of the post-delivery perceived stress inventory. *Psychology, Health & Medicine*, 19(1), 70-82.
- Razurel, C., Kaiser, B., Sellenet, C. & Epiney, M. (2013). Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being: a review of the literature. *Women & Health*, 53(1), 74-99.
- Reisz, S., Jacobvitz, D. & George, C. (2015). Birth and motherhood: childbirth experience and mothers' perceptions of themselves and their babies. *Infant Mental Health Journal*, 36(2), 167-178. <https://doi.org/10.1002/imhj.21500>
- Renck, B. & Rahm, G. (2005). Sense of coherence in women with a history of childhood sexual abuse. *International Journal of Social Welfare*, 14(2), 127-133. <https://doi.org/10.1111/j.1369-6866.2005.00349.x>
- Richardson, C. G. & Ratner, P. A. (2005). Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(11), 979-984. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.036756>

- Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., van der Pal, K., Prins, M., Green, J. & Buitendijk, S. (2008). Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*, 35(2), 107-116. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00223.x>
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E. & Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(1), 67-73. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x>
- Roy-Matton, N., Moutquin, J.-M., Brown, C., Carrier, N. & Bell, L. (2011). The impact of perceived maternal stress and other psychosocial risk factors on pregnancy complications. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33(4), 344-352. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34852-6](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34852-6)
- Ryding, E. L., Wijma, B., Wijma, K. & Rydhström, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 77(5), 542-547.
- Saillant, F. & O'Neill, M. (Éd.). (1987). *Accoucher autrement: repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec*. Montréal: Editions Saint-Martin.
- Sakallaris, B. R., MacAllister, L., Voss, M., Smith, K. & Jonas, W. B. (2015). Optimal Healing Environments. *Global Advances in Health and Medicine*, 4(3), 40-45. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.043>
- Salomonsson, B., Gullberg, M. T., Alehagen, S. & Wijma, K. (2013). Self-efficacy beliefs and fear of childbirth in nulliparous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 34(3), 116-121. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2013.824418>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. In The Cochrane Collaboration (Éd.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Saxena, N., Bava, A. K. & Nandanwar, Y. (2017). Maternal and perinatal outcome in severe preeclampsia and eclampsia. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 5(7), 2171-2176.

- <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20162086>
- Sebire, N. J., Jolly, M., Harris, J. P., Wadsworth, J., Joffe, M., Beard, R. W., ... Robinson, S. (2001). Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25(8), 1175-1182. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801670>
- Sekizuka, N., Nakamura, H., Shimada, K., Tabuchi, N., Kameda, Y. & Sakai, A. (2006). Relationship between sense of coherence in final stage of pregnancy and postpartum stress reactions. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 11(4), 199-205. <https://doi.org/10.1265/ehpm.11.199>
- Sekizuka-Kagami, N., Shimada, K., Tabuchi, N. & Nakamura, H. (2015). Association between the sense of coherence 13-item version scale score of pregnant women in the second trimester of pregnancy and threatened premature birth. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 20(2), 90-96.
- Service anesthésiologie des HUG à Genève. (s. d.). La péridurale. Accès <http://www.hug-ge.ch/anesthesiologie/peridurale>
- Silverman, J., Kurtz, S., Draper, J. & Olivier. (2010). *Outils et stratégies pour communiquer avec le patient*. Chêne-Bourg/Genève: Médecine & Hygiène. Accès <http://dx.doi.org/10.1051/pmed/2011009>
- Sjostrom, H., Langius-Eklof, A. & Hjertberg, R. (2004). Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 83(12), 1112-1118. <https://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2004.00153.x>
- Söderquist, J., Wijma, B., Thorbert, G. & Wijma, K. (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(5), 672-680. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x>
- Soet, J. E., Brack, G. A. & Dilorio, C. (2003). Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth*, 30(1), 36-46. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x>
- Stjernholm, Y. V., Petersson, K. & Eneroth, E. (2010). Changed indications for cesarean sections. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 89(1), 49-53. <https://doi.org/10.3109/00016340903418777>
- Stock, S. J., Ferguson, E., Duffy, A., Ford, I., Chalmers, J. & Norman, J. E. (2012).

- Outcomes of elective induction of labour compared with expectant management: population based study. *British Medical Journal*, 344, e2838.
<https://doi.org/10.1136/bmj.e2838>
- Subtil, Vaast, Dufour, Depret-Mosser, Codaccioni & Puech. (2000). Conséquences maternelles de la césarienne par rapport à la voie basse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 29, 10-16.
- Surtees, P. G., Wainwright, N. W. J., Luben, R. L., Wareham, N. J., Bingham, S. A. & Khaw, K.-T. (2007). Adaptation to social adversity is associated with stroke incidence. *Stroke*, 38(5), 1447-1453.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.106.473116>
- Svartvik, L., Lidfeldt, J., Nerbrand, C., Samsjö, G. Schertsén, B. & Nilsson, P. (2002). High sense of coherence can have health enhancing effects. *Lakartidningen*, 99(11), 1195-6, 1199-200.
- Svensson, J., Barclay, L. & Cooke, M. (2009). Randomised-controlled trial of two antenatal education programmes. *Midwifery*, 25(2), 114-125.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.12.012>
- Taheri, Z., Mazaheri, M. A., Khorsandi, M., Hassanzadeh, A. & Amiri, M. (2014). Effect of educational intervention on self-efficacy for choosing delivery method among pregnant women in 2013. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(10), 1247-1254.
- Takegata, M., Haruna, M., Matsuzaki, M., Shiraishi, M., Okano, T. & Severinsson, E. (2014). Antenatal fear of childbirth and sense of coherence among healthy pregnant women in Japan: A cross-sectional study. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 403-409.
- Tarkka, M. T. & Paunonen, M. (1996). Social support and its impact on mothers' experiences of childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 23(1), 70-75.
- Tepper, N. K., Boulet, S. L., Whiteman, M. K., Monsour, M., Marchbanks, P. A., Hooper, W. C. & Curtis, K. M. (2014). Postpartum Venous Thromboembolism: Incidence and Risk Factors. *Obstetrics & Gynecology*, 123(5), 987-996.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000230>
- Terry, D. J., Mayocchi, L. & Hynes, G. J. (1996). Depressive symptomatology in new mothers: a stress and coping perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 220-231.

- Tétreault, S., Sorita, E., Ryan, A. & Ledoux, A. (2013). Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS).
- Tham, V., Christensson, K. & Ryding, E. L. (2007). Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 86(9), 1090-1096. <https://doi.org/10.1080/00016340701507693>
- Thompson, J. B. (2004). A human rights framework for midwifery care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(3), 175-181. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2003.12.011>
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E. & Ryding, E.-L. (2014). A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth*, 41(4), 384-394. <https://doi.org/10.1111/birt.12136>
- Villar, J., Carroli, G., Zavaleta, N., Donner, A., Wojdyla, D., Faundes, A., ... Acosta, A. (2007). Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *British Medical Journal*, 335(7628), 1025. <https://doi.org/10.1136/bmj.39363.706956.55>
- Volanen, S.-M., Suominen, S., Lahelma, E., Koskenvuo, M. & Silventoinen, K. (2007). Negative life events and stability of sense of coherence: A five-year follow-up study of Finnish women and men. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(5), 433-441. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00598.x>
- 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.
- Walsh, D. (2008). Promoting normal birth: weighing the evidence. In S. Downe, *Normal Childbirth: Evidence and Debate* (p. 175-189). Edimbourg: Elsevier.
- Walsh, D., El-Nemer, A. M. R. & Downe, S. (2008). Rethinking risk and safety in maternity care. In S. Downe, *Normal Childbirth: Evidence and Debate* (p. 117-127). Edimbourg: Elsevier.
- Wikipédia. (s. d.-a). Grossesse. Accès <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Grossesse&oldid=137837360>
- Wikipédia. (s. d.-b). Physiologie. Accès <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Physiologie&oldid=133485331>

- Wilkins, C. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*, 22(2), 169-180. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.07.001>
- Winnubst, J. A. M., Buunk, B. P. & Marcelissen, F. H. G. (1988). Social support and stress: Perspectives and processes. In S. Fisher & J. Reason (Éd.), *Handbook of life stress, cognition and health* (p. 511-528). Oxford, England: John Wiley & Sons.

12. ANNEXES

Annexe 1 : Tableaux des recherches de littérature et bibliographie des articles retenus

- ❖ **Medline via PubMed** : banque de données de couverture mondiale, qui comprend notamment les domaines de médecine, soins infirmiers et santé publique :

Mots clés utilisés et opérateurs booléens	Nombre d'articles trouvés	Nombres d'articles retenus
Sense of coherence (Mesh Terms) AND pregnancy women (Mesh Terms)	1	1 Ngai & Ngu, 2013
Sense of coherence (MeSH Terms) AND delivery, obstetrics (MeSH Terms)	3	2 Takegata & al., 2014 Jeschke & al., 2012
Sense of coherence (MeSH Terms) AND obstetric labor complications (MeSH Terms)	1	1 Sekizuka-Kagami & al., 2015
Sense of coherence AND obstetrics labor complications (MeSH Terms)	3	2 Sekizuka-Kagami & al., 2015 Oz & al., 2009
Normal childbitrh (MeSH Terms) AND sense of coherence	1	1 Ferguson & al., 2015
Parturition (MeSH Terms) AND physiology (MeSH Terms) AND sense of coherence (MeSH Terms)	0	0
Sense of coherence AND delivery, obstetrics (MeSH Terms)	8	4 Carlsson & al., 2015 Takegata & al., 2014 Jeschke & al., 2012 Almedom & al., 2005
Sense of coherence (MeSH Terms) AND labor pain (MeSH Terms)	1	1 Jeschke & al., 2012
Sense of coherence AND pregnancy (MeSH Terms)	42	10 Carlsson & al., 2015 Sekizuka-Kagami & al., 2015 Takegata & al., 2014 Weidner & al., 2013 Ngai & Ngu, 2014 Ngai & Ngu., 2013 Jeschke & al., 2012 Oz & al., 2009 Almedom & al., 2005 Sjöström & al., 2004
Sense of coherence AND parturition (MeSH Terms)	12	6 Carlsson & al., 2015 Noyman-Veksler & al., 2015 Takegata & al., 2014 Jeschke & al., 2012 Oz & al., 2009 Almedom & al., 2005

- ❖ **CINHAL** : base de données dédiée aux disciplines des sciences infirmières paramédicales.

Mots clés et opérateurs booléens utilisés	Nombre d'articles trouvés	Nombres d'articles retenus
Sense of coherence OR salutogenesis AND Childbirth MH	6	4 Ferguson & al., 2015 Takegata & al., 2014 Ferguson & al., 2014 Hellmers C. & Schuecking B., 2008
Sense of coherence OR salutogenesis AND delivery, obstetrics MH	1	0
Sense of coherence OR salutogenesis AND vaginal birth MH	3	3 Noyman-Veksler & al., 2015 Ferguson & al., 2016 Ferguson & al., 2013
Sense of coherence OR salutogenesis AND childbirth education MH	2	0
Sense of coherence OR salutogenesis AND pregnancy outcomes	1	0

- ❖ **PsycINFO** : base de données dédiées aux sciences sociales et comportementales (AF = all fields)

Mots clés utilisés (tous AF) et opérateurs booléens	Nombre d'articles trouvés	Nombres d'articles retenus
Sense of coherence AND vaginal birth	5	2 Noyman-Veksler & al., 2015 Hellmers C. & Schuecking B., 2008
Sense of coherence AND (vaginal birth OR obstetric labor complications OR cesarean section OR normal childbirth OR natural childbirth)	13	1 Hellmers C. & Schuecking B., 2008
Sense of coherence AND pregnant women AND outcomes	41	1 (9) Takegata & al., 2014
Salutogenesis AND (vaginal delivery OR normal birth OR natural birth OR obstetric labor complications OR cesarean section)	0	0
Salutogenesis AND pregnancy	37	2 Weidner & al., 2013 Oz & al., 2009

❖ **MIDIRS** : base de données dans les domaines sage-femme, obstétrique, périnatalogie et néonatalogie (AF = All Fields)

Mots clés utilisés (tous AF) et opérateurs booléens	Nombre d'articles trouvés	Nombres d'articles retenus
Sense of coherence And pregnant women And outcomes	5	3 Ferguson & al., 2016 Ferguson & al., 2015 Carlsson & al., 2015
Sense of cohrence AND childbirth	15	4 Ferguson & al., 2015 Carlsson & al., 2015 Takegata & al., 2014 Ferguson & al., 2014
Sense of coherence AND physiology AND (childbirth OR vaginal birth)	0	0
Labor pain AND sense of coherence	1	0
SOC	35	7 Ferguson & al., 2016 Ferguson & al., 2015 Takegata & al., 2014 Ferguson & al., 2014 Jeschke & al., 2012 Oz & al., 2009 Sjöström & al., 2004

❖ **Bibliographie récapitulative** des seize articles retenus en première intention sur Medline via Pubmed, CINHAL, PsycINFO et MIDIRS :

Almedom, A. M., Teclmichael, T., Romero, L. M. & Alemu, Z. (2005). Postnatal salivary cortisol and sense of coherence (SOC) in Eritrean mothers. *American Journal of Human Biology: The Official Journal of the Human Biology Council*, 17(3), 376-379. <http://doi.org/10.1002/ajhb.20127>

Carlsson, I.-M., Ziegert, K. & Nissen, E. (2015). The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery*, 31(10), 1000-1007. <http://doi.org/10.1016/j.midw.2015.05.005>

Ferguson, S., Browne, J., Taylor, J. & Davis, D. (2016). Sense of coherence and women's birthing outcomes: A longitudinal survey. *Midwifery*, 34, 158-165. <http://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.017>

Ferguson, S., Davis, D. & Browne, J. (2013). Salutogenesis and normal birth. *Women & Birth*, 26, S28-S28. <http://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.08.181>

- Ferguson, S., Davis, D., Browne, J. & Taylor, J. (2014). Sense of Coherence and Childbearing: A Scoping Review of the Literature. *International Journal of Childbirth*, 4(3), 134-150. <http://doi.org/10.1891/2156-5287.4.3.134>
- Ferguson, S., Davis, D., Browne, J. & Taylor, J. (2015). Examining the Validity and Reliability of Antonovsky's Sense of Coherence Scale in a Population of Pregnant Australian Women. *Evaluation & the Health Professions*, 38(2), 280-289. <http://doi.org/10.1177/0163278715578558>
- Hellmers, C. & Schuecking, B. (2008). Primiparae's well-being before and after birth and relationship with preferred and actual mode of birth in Germany and the USA. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26(4), 351-372. <http://doi.org/10.1080/02646830802408506>
- Jeschke, E., Ostermann, T., Dippong, N., Brauer, D., Pumpe, J., Meißner, S. & Matthes, H. (2012). Identification of maternal characteristics associated with the use of epidural analgesia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 32(4), 342-346. <http://doi.org/10.3109/01443615.2012.661491>
- Ngai, F.-W. & Ngu, S.-F. (2012). Family sense of coherence and quality of life. *Quality of Life Research*, 22(8), 2031-2039. <http://doi.org/10.1007/s11136-012-0336-y>
- Ngai, F.-W. & Ngu, S.-F. (2014). Family sense of coherence and family adaptation among childbearing couples. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*, 46(2), 82-90. <http://doi.org/10.1111/jnu.12045>
- Noyman-Veksler, G., Herishanu-Gilutz, S., Kofman, O., Holchberg, G. & Shahar, G. (2015). Post-natal psychopathology and bonding with the infant among first-time mothers undergoing a caesarian section and vaginal delivery: Sense of coherence and social support as moderators. *Psychology & Health*, 30(4), 441-455. <http://doi.org/10.1080/08870446.2014.977281>
- Oz, Y., Sarid, O., Peleg, R. & Sheiner, E. (2009). Sense of coherence predicts uncomplicated delivery: a prospective observational study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(1), 29-33. <http://doi.org/10.1080/01674820802546196>
- Sekizuka-Kagami, N., Shimada, K., Tabuchi, N. & Nakamura, H. (2015). Association between the sense of coherence 13-item version scale score of pregnant women in the second trimester of pregnancy and threatened premature birth.

Environmental Health and Preventive Medicine, 20(2), 90-96.

<http://doi.org/10.1007/s12199-014-0436-0>

Sjöström, H., Langius-Eklöf, A. & Hjertberg, R. (2004). Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 83(12), 1112- 1118. <http://doi.org/10.1111/j.0001-6349.2004.00153.x>

Takegata, M., Haruna, M., Matsuzaki, M., Shiraishi, M., Okano, T. & Severinsson, E. (2014). Antenatal fear of childbirth and sense of coherence among healthy pregnant women in Japan: A cross-sectional study. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 403- 409. <http://doi.org/10.1007/s00737-014-0415-x>

Weidner, K., Bittner, A., Pirling, S., Galle, M., Junge-Hoffmeister, J., Einsle, F. & Stöbel-Richter, Y. (2013). Prospective factors for postpartum depression. *Psychosom Med Psychother*, 59 (4) : 391-407

Annexe 2 : Le questionnaire SOC-13

Sentiment de cohérence : SOC-13

(Antonovsky, 1993).

Consignes : Pour chaque question, veuillez entourer le numéro correspondant le mieux à ce que vous ressentez entre (très souvent et très rarement)

1) Avez-vous le sentiment que ce qui se passe autour de vous ne vous concerne pas ?

1 2 3 4 5 6 7

Très souvent

Très rarement

2) Vous est-il arrivé d'être surpris par le comportement de personnes que vous pensiez pourtant bien connaître ?

1 2 3 4 5 6 7

Très souvent

Très rarement

3) Est-il arrivé que les gens sur lesquels vous comptiez vous aient déçu ?

1 2 3 4 5 6 7

Très souvent

Très rarement

4) Jusqu'ici, votre vie a été orientée vers des objectifs ou des buts

1 2 3 4 5 6 7

Pas très clairs, pas très définis

Très clairs, très définis

5) Avez-vous le sentiment d'être traité de façon injuste

1 2 3 4 5 6 7

Très souvent

Très rarement

6) Avez-vous le sentiment d'être dans une situation inhabituelle et de ne pas savoir quoi faire

1 2 3 4 5 6 7

Très souvent

Très rarement

7) Faire ce que vous faites chaque jour est une source

1 2 3 4 5 6 7

De déplaisir et d'ennui

De grand plaisir et de satisfaction

