UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Années universitaires 2013 – 2019

Les violences obstétricales

Etude qualitative du vécu de la grossesse, de l'accouchement et du séjour en suites de couches de femmes interrogées au CHU de Nantes

Mémoire soutenu et présenté par :

QUÉMÉNER Chloé

Née le 22 Décembre 1995

Directeur de mémoire : Mme GUÉRIN-CAUET Soizic

REMERCIEMENTS

Je voudrais dans un premier temps remercier l'ensemble des membres du jury pour l'intérêt qu'ils porteront à la lecture de ce mémoire.

Je tiens à remercier tout particulièrement Mme Soizic GUERIN-CAUET, représentante des usagers des maternités au Réseau Sécurité Naissance des Pays de Loire et membre du conseil d'administration du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance, qui m'a dirigée pour la rédaction de ce mémoire. Je la remercie pour ses précieux conseils, et son soutien.

Je souhaite également remercier chaleureusement Mme Catherine FERRAND, sage-femme encadrante, pour toutes ses remarques pertinentes et ses conseils utiles tout au long de la réalisation de ce travail.

J'adresse mes remerciements les plus respectueux à toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette étude. La richesse et la sincérité de leurs témoignages a permis de récolter des données de qualité.

Je remercie également l'ensemble du personnel du service de suites de couches du CHU de Nantes pour leur accueil et pour leur aide précieuse dans la récolte des données.

Enfin, je remercie tous les membres de ma famille pour m'avoir soutenue pour ce travail en particulier et tout au long de mes études. Et plus particulièrement, merci Maman pour ces week-ends de relecture et tous tes bons conseils.

SOMMAIRE

Introduction 1
I. Etat des lieux des violences obstétricales 2
1.1. Définitions 2
1.1.1. Définitions des termes « violences » et « violences obstétricales » 2
1.1.2. Perception des violences obstétricales 3
1.1.3. Conséquences des violences obstétricales 5
1.2. Généalogie du terme « violence obstétricale » 5
1.3. Médiatisation des violences gynécologiques et obstétricales 7
1.3.1. Dénonciation du « point du mari » 7
1.3.2. #PayeTonUterus 7
1.3.3. Touchers vaginaux sur des patientes sous anesthésie générale 8
1.4. Exemples d'actes médicaux pouvant être perçus comme des violences obstétricales 8
1.5. Quelques notions législatives 10
1.5.1. Le consentement libre et éclairé 10
1.5.2. Viol et agression sexuelle 10
1.5.3. Mutilation sexuelle 11
1.6. Quelques données chiffrées 11
II. Résultats 13
2.1. Présentation de l'étude 13
2.1.1. Objectifs et hypothèses 13
2.1.2. Matériel 13
2.1.3. Méthode 14
2.1.4. Saisie et traitement des données 15
2.2. Recrutement 15
2.3. Description de la population d'étude 15
2.4. Description du déroulement et du vécu de la grossesse 17
2.5. Description du déroulement et du vécu de l'accouchement 21
2.6. Description du déroulement et du vécu du séjour en suites de couches 26
2.7. Analyse croisée du mauvais vécu 28
2.7.1. Vécu global de la grossesse, de l'accouchement et du séjour en suites de couches 30
2.7.2. Rôle de la parité sur le vécu de la grossesse, de l'accouchement et du séjour en suites de couches 32

2.7.3. Rôle de l'état périnéal sur le vécu en suites de couches 34
2.7.4. Rôle de l'existence d'une pathologie pendant la grossesse sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement 35
2.7.5. Rôle d'une hospitalisation prénatale sur le vécu de l'accouchement et du séjour en suites de couches....37
2.7.6. Rôle du mode de mise au travail sur le vécu de l'accouchement....39
2.7.7. Rôle de la voie d'accouchement sur le vécu de l'accouchement et du séjour en suites de couches....40
2.8. Facteurs de vulnérabilité 42
III. Discussion....44
3.1. Représentativité de l'étude....44
3.1.1. Comparaison des tranches d'âge....45
3.1.2. Comparaison de la situation familiale 45
3.1.3. Comparaison de la catégorie socio-professionnelle 46
3.1.4. Comparaison de la parité 46
3.1.5. Comparaison suivi de grossesse....46
3.1.6. Comparaison de l'hospitalisation prénatale 47
3.1.7. Comparaison du vécu de la grossesse....47
3.1.8. Comparaison du mode de mise en travail 47
3.1.9. Comparaison du projet de naissance 48
3.1.10. Comparaison de la satisfaction à la réponse à la douleur....48
3.1.11. Comparaison de la voie d'accouchement....48
3.1.12. Comparaison de l'état périnéal....48
3.2. Points faibles et limites de notre étude 49
3.3. Retour sur les hypothèses....49
3.4. Rôle de la sage-femme face aux violences obstétricales 50
3.5. Propositions d'améliorations dans le repérage, la compréhension et la réparation des violences obstétricales 52
3.5.1. Propositions du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance....52
3.5.2. Propositions du Haut Conseil à l'Egalité....53
3.5.3. Nos propositions d'amélioration suite à l'étude....54
3.5.4. Quelques propositions de patientes 57
Conclusion....59
Références bibliographiques 60
Index des figures
Annexe I

Abréviations

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil à l'Egalité entre les hommes et les femmes

ONU : Organisation des Nations Unies

GIRE : Grupo de Información en Reproducción Elegida

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

SFMP : Société Française de Médecine Périnatale

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

CNGOF : Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français

ENP : Enquête Nationale Périnatale

EPP : Entretien Prénatal Précoce

CHU : Centre hospitalier universitaire

VB : Voie basse

VBI : Voie basse instrumentale

SF : Sage-femme

MT : Médecin traitant

GO : Gynécologue obstétricien

PEC : Prise en charge

EVAS : Education à la Vie Affective et Sexuelle

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

La multiplicité des consultations en ce qui concerne le suivi gynécologique et obstétrical par rapport aux autres suivis médicaux amène les femmes à rencontrer un grand nombre de soignants au cours de leur vie pour une partie de leur santé qui touche particulièrement leur intimité. C'est ce rapport à l'intime associé à des actes et/ou à l'attitude de certains soignants qui ont pu faire émerger les violences obstétricales. L'idée de traiter des violences obstétricales dans ce mémoire a émergé suite à leur médiatisation récente et suite à une rencontre, lors d'un stage dans un service de suites de couches, avec une femme qui, venant d'être installée dans sa chambre, a déclaré qu'elle avait très mal vécu son accouchement. Cette femme n'a pour autant peut-être pas vécu de violences obstétricales, cependant s'intéresser à son ressenti difficile est essentiel. Les violences obstétricales ne touchent pas les femmes seulement au cours de l'accouchement mais également lors de la grossesse et du post-partum. Elles se rapportent à la maltraitance du patient et s'opposent donc à la bientraitance qui est, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'usager et de l'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patient, de l'usager, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance » [1].

Les violences obstétricales ont connu récemment un emballement médiatique qui a permis de relever un certain nombre de témoignages de femmes, amenant les soignants à s'interroger sur leurs pratiques et leurs attitudes vis-à-vis du bien-être des femmes dans la période de la périnatalité. Nous avons tenté dans ce mémoire de rechercher ce qui pouvait être mal vécu par les femmes pendant leur grossesse, leur accouchement et le post-partum dans le but de sensibiliser les soignants et d'amener à une prise de conscience de l'existence de pratiques maltraitantes envers les patientes, afin de proposer des pistes d'amélioration. Nous avons dans un premier temps effectué un état des lieux des violences obstétricales dans le Monde et en France, puis nous avons réalisé une étude qualitative à l'aide d'un questionnaire distribué dans le service de suites de couches du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes auprès de patientes. Cette étude a permis de récolter le ressenti d'une centaine de femmes, qui ont pu s'exprimer sur le vécu de leur grossesse, leur accouchement et leur séjour en suites de couches et verbaliser leur mauvais vécu potentiel. L'emploi de questions ouvertes a permis de relever et d'essayer de qualifier les facteurs de ce ressenti difficile.

I. Etat des lieux des violences obstétricales

1.1. Définitions

Il existe depuis quelques années beaucoup de témoignages et d'interpellations sur les réseaux sociaux ainsi que des mobilisations d'associations pour alerter les pouvoirs publics français sur les violences obstétricales. L'annonce le 20 juillet 2017 de Marlène Schiappa, la Secrétaire d'Etat chargée de l'Egalité entre les hommes et les femmes, de la commande auprès du Haut Conseil à l'Egalité entre les hommes et les femmes (HCE) d'un rapport sur les violences obstétricales, a marqué le coup d'envoi d'un emballement médiatique en France, faisant une large part aux témoignages de femmes et aux analyses des militantes et associations de lutte contre ces maltraitances. En France, cette prise de conscience sur les violences obstétricales par les médias et le gouvernement est récente, alors que certaines associations militent pour la bientraitance en maternité depuis déjà une quinzaine d'années et que ce terme est utilisé depuis près d'une vingtaine d'années en Amérique latine où plusieurs pays l'ont inscrit dans la loi, ainsi que dans le monde anglo-saxon.

1.1.1. Définitions des termes « violences » et « violences obstétricales »

Avant de préciser ce que sont les violences obstétricales, il est important dans un premier temps de définir le terme « violence ». Selon l'Organisation des Nations Unies (ONU), la violence fait référence à tout acte violent de nature à entraîner, ou à risquer d'entraîner, un préjudice physique, sexuel ou psychologique. Il peut s'agir de menaces, de négligence, d'exploitation, de contrainte, de privation arbitraire de liberté, tant au sein de la vie publique que privée [2].

Le terme de « violence obstétricale » se réfère donc aux violences subies par les femmes pendant la période de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Il est cependant difficile de définir précisément les violences obstétricales et il n'existe, pour l'instant, aucune définition consensuelle. Une définition des violences obstétricales a été proposée par Marie-Hélène Lahaye, juriste belge et militante féministe contre les violences obstétricales, auteure du blog « Marie accouche là » et du livre « Accouchement : les femmes méritent mieux ». Sa définition est la suivante :

> *« Tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la personne enceinte ou parturiente. »* [3].

Le HCE, qui a rendu son rapport le 26 juin 2018, qualifie quant à lui les violences obstétricales et gynécologiques comme des *« actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical »,* et les définit comme des *« gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant.e.s — de toutes spécialités — femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant.e.s. Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves »* [4].

1.1.2. Perception des violences obstétricales

Pour certaines associations comme El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE, association mexicaine engagée pour les droits reproductifs fondée en 1991) la violence obstétricale est une forme spécifique de violation des droits humains et des droits reproductifs des femmes incluant les droits à l'égalité, à la non-discrimination, à l'information, à l'intégrité, à la santé et à l'autonomie reproductive, c'est le produit d'un processus multifactoriel au sein duquel convergent violence institutionnelle et violence de genre. La violence institutionnelle concerne les actes exercés par le personnel des établissements de soin, incluant la négligence, la discrimination sociale, la violence verbale, la violence physique et la violence sexuelle. Elle concerne aussi l'usage inadéquat de technologies, interventions ou procédures non nécessaires pouvant amener une cascade d'interventions entrainant des séquelles et/ou des risques pour la santé [5]. La violence de genre est quant à elle un phénomène massif et spécifique qui touche les femmes parce qu'elles sont des femmes. Elle est issue de rapports de force historiquement inégaux entre hommes et femmes, lesquels ont abouti à la domination et à la discrimination exercées par les premiers envers les secondes. La spécificité de la violence obstétricale, c'est qu'elle se fait dans une médecine qui est adressée aux femmes.

Les violences obstétricales ne sont cependant pas forcément causées par des hommes envers des femmes. Elles concernent tous les soignants pouvant intervenir durant

cette période de la vie d'une femme (médecins, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture…).

Les violences obstétricales sont donc des violences commises, intentionnellement ou non, par les soignants envers les femmes au cours de la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Elles peuvent être à la fois physiques et/ou psychologiques. Les violences physiques concernent des pratiques invasives telles que les incisions chirurgicales au niveau de la région périnéale (épisiotomie), l'utilisation de forceps, les césariennes sans justification médicale, l'administration de médicaments inutiles et la négligence de la douleur. Les violences psychologiques, quant à elles, se réfèrent à l'utilisation de langage inapproprié, la discrimination, l'humiliation et l'omission de l'information sur l'évolution de la grossesse par exemple, et le défaut de consentement [6].

La difficulté dans la perception d'une violence obstétricale réside simplement dans le fait que ce qui peut être vécu comme violent par quelqu'un ne le sera peut-être pas forcément par quelqu'un d'autre, et ne sera également peut-être pas perçu comme tel par le soignant. La perception est subjective et dépendra de l'état de la parturiente, de son vécu et de son environnement. Cette subjectivité a pu entraîner certains propos de la part de soignants tels que : « De toute façon, elle était déjà fragile ! » par exemple. Il existe néanmoins des actes qui sont objectivement violents pour tous, comme les insultes concernant le poids de la personne, l'absence de regard ou de parole… De plus, *« l'accouchement demeure pour les femmes le moment le plus vulnérable »*, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [7]. En effet, l'accouchement est *« une période de grande vulnérabilité, d'hypersensibilité »*, explique Gisèle Piroit, sage-femme libérale. [8] En outre, certaines femmes sont plus susceptibles que d'autres d'être victime de manque de respect ou de mauvais traitement, notamment les adolescentes, les mères célibataires, les femmes défavorisées sur le plan socio-économique, les femmes issues de minorités ethniques, les immigrantes et les femmes séropositives. Les violences obstétricales sont rarement des violences intentionnelles de la part des soignants mais selon la patiente, sa situation et sa vulnérabilité, un acte, une parole, un geste à priori non violent pourra être vécu comme tel.

Parallèlement, les problèmes organisationnels des structures de soin peuvent également engendrer l'apparition de « violences obstétricales ». En effet, les conditions de travail du personnel des maternités (sous-effectif, surcharge dans les salles de travail…) ne sont pas sans conséquences sur la prise en charge des femmes. Le temps et la place accordés aux patientes, ainsi que la qualité du dialogue entre soignant et patiente en sont

forcément impactés [9]. Pour pallier au manque d'effectif du personnel, une surmédicalisation systématique des grossesses et des accouchements physiologiques est souvent mise en place, ce qui peut engendrer d'autant plus de mauvais vécus et de « violences obstétricales » [10]. Rappelons que la médicalisation et la technicisation de la grossesse et de l'accouchement ont été développées à l'origine pour réduire la mortalité maternelle et infantile. Cependant, elles se sont généralisées même pour les femmes ayant une grossesse et un accouchement sans complication. Or de plus en plus de femmes enceintes souhaitent bénéficier d'une prise en charge plus respectueuse de la physiologie de la naissance [11].

1.1.3. Conséquences des violences obstétricales

« Il existe peu de données sur les conséquences des violences obstétricales. Néanmoins, les plus graves font parties des causes du syndrome de stress post-traumatique suite à un accouchement. Les conséquences de ce stress post-traumatique peuvent être importantes et avoir un fort impact sur la vie future de la femme. Celle-ci peut très bien renoncer aux soins, à sa vie sexuelle, elle peut avoir peur ou refuser une autre grossesse, elle peut remettre en cause l'idéal familial et peut avoir un sentiment de culpabilité, une perte d'estime et de confiance en soi… » [12]. Une étude en psychologie sur les accouchements traumatiques publiée en 2015 dans le Journal of Reproductive and Infant Psychology [13], démontre qu'un rôle protecteur contre les accouchements traumatiques est obtenu si on prend en compte le choix, l'information et l'implication de la patiente dans la prise de décision.

1.2. Généalogie du terme « violence obstétricale »

Le terme de « violences obstétricales » est apparu en Amérique latine au début des années 2000. Dans son mémoire intitulé « "Violence obstétricale" - Emergence d'un problème public en France », Nastassia Audibert relève que le terme de « violence obstétricale » a été forgé dans un contexte particulier *« faisant intervenir action des ONG, action des organisations internationales, politiques de développement intégrant de plus en plus la dimension de genre (« gender mainstreaming »), groupes féministes luttant pour les droits reproductifs des femmes et « l'humanisation de la naissance », eux-mêmes souvent liés à la défense de l'activité de sage-femme, inégalement reconnue dans les Etats d'Amérique du Sud. »* [14]. Ces campagnes sur « l'humanisation de la naissance » visent à prendre en considération tous les aspects imaginables de la naissance et à tendre vers un

idéal de naissance parfaite. Les exigences vont de l'efficacité sur le plan médical (réduction des complications périnatales et des coûts de prise en charge) au respect des droits fondamentaux et des choix des femmes quant aux modalités d'accouchement, en insistant sur l'importance d'une naissance « sans violence » pour le futur développement du nouveau-né et en assurant à la parturiente un rôle actif. En Amérique Latine, trois pays, le Venezuela en 2007, puis le Mexique et l'Argentine en 2009, ont intégré et inscrit la question des violences obstétricales dans les lois intégrales de lutte contre la violence de genre [14]. Dans son texte de loi sur le « droit des femmes à une vie sans violence », le Venezuela définit les violences obstétricales comme *« l'appropriation du corps et des processus reproductifs des femmes par le personnel de santé, qui se manifeste par : un traitement déshumanisant, un abus de médicalisation et une pathologisation de processus naturels, entraînant une perte d'autonomie et de capacité de décision libre sur son corps et sa sexualité, affectant négativement la qualité de vie des femmes. ».* Ces lois sont cependant difficilement applicables, mais elles ont le bénéfice d'avoir fait naitre le terme de *« violence obstétricale »* [15].

L'usage du terme « violence obstétricale » s'est ensuite diffusé dans le monde anglo-saxon avec la création de l'organisation « Human Rights in Childbirth » aux États-Unis, et d'une conférence internationale sur les droits de la personne et de l'accouchement à La Haye, en 2012. Au Canada, l'organisation « Humanize Birth » a été créée en 2013 pour lutter contre les violences obstétricales, suivi de « Birthrights » au Royaume-Uni la même année. En France, la question des maltraitances sexistes lors du suivi gynécologique et obstétrical n'a que récemment fait son apparition dans le débat public et dans les médias [14].

Pourtant, la problématique des violences obstétricales n'est ni ignorée ni niée par les professionnels de santé. En effet, le sujet a été abordé à plusieurs reprises par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) et par la Société Française de Médecine Périnatale (SFMP). Suite à la demande du Rapport sur les violences obstétricales par Marlène Schiappa au HCE, le CNOSF a déclaré : *« Au cours des derniers mois, les témoignages de femmes sur le vécu de leur grossesse ou de leur accouchement se sont multipliés, faisant émerger le sujet des « violences obstétricales ». Si la définition de ce terme est aujourd'hui sujette à débat, le ressenti des femmes ne doit en aucun cas être nié ou minimisé. »* [9]. De plus, la présidente du CNOSF affirme que *« la plainte des femmes a été entendue. »,* et elle précise : *« On travaille beaucoup sur ce sujet et les sages-femmes prennent actuellement conscience qu'il faut davantage communiquer. On essaye de réfléchir pour savoir comment sensibiliser les collègues aux problèmes des violences en gynécologie*

et obstétrique. » [15]. En octobre 2017, dans un communiqué de presse, la SFMP déclare : *« Nous ne doutons pas de l'authenticité des témoignages recueillis et de l'existence de pratiques inadaptées même si celles-ci sont minoritaires ; et de l'importance de traiter de cette question de fond ».* Elle ajoute : *« La motivation première des professionnels de la périnatalité est avant tout la santé et le bien-être des femmes et de leurs enfants. Nous devons être à l'écoute des patientes qui témoignent d'un mauvais vécu de leur grossesse et/ou de leur accouchement ».* La SFMP déplore également que ces échanges conflictuels sur les violences obstétricales puissent engendrer de la part des patientes *« une perte de confiance vis-à-vis des soignants »* et *« un refus de soins adaptés pourtant justifiés »* et de la part des soignants *« un sentiment d'injustice […] aboutissant à la pratique d'une « médecine défensive »… »* [16].

1.3. Médiatisation des violences gynécologiques et obstétricales

1.3.1. Dénonciation du « point du mari »

Avant l'annonce de Marlène Schiappa du rapport sur les violences gynécologiques et obstétricales, celles-ci ont déjà été médiatisées en France à plusieurs reprises au cours des trois dernières années. La médiatisation a débuté en 2014 par une série d'articles de presse, d'échanges sur les réseaux sociaux suite à une alerte lancée par une sage-femme (Agnès Ledig) concernant la pratique du « point du mari » (qui selon elle aurait été enseignée dans certaines écoles de sages-femmes jusque dans les années 2000) : il s'agit de « resserrer » le vagin de la femme en recousant par quelques points supplémentaires une épisiotomie ou une déchirure, cela permettant d'améliorer le plaisir masculin pendant la pénétration. Suite à cette affaire le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) a recueilli de nombreux témoignages et a pu élargir le débat au recours fréquent à l'épisiotomie. En avril 2014, la présidente déclare : *« On a récolté de très nombreux témoignages qui montrent que c'est quelque chose d'extrêmement mal vécu par les femmes, parfois comme un viol. Et puis il peut y avoir tout un tas de choses qui viennent se greffer sur une épisiotomie - des abcès, des points qui lâchent, c'est quand même une cicatrice qu'elle va porter toute sa vie. »* [14-15].

1.3.2. #PayeTonUterus

La même année, une utilisatrice du réseau social *Twitter*, étudiante en pharmacie, lance un appel à des témoignages de mauvaise expérience en gynécologie avec le

#PayeTonUterus. Cette initiative a généré plus de 7000 témoignages en moins de 24 heures dont une part concernant des accouchements et des consultations de suivi de grossesse. Cela a également provoqué plusieurs réactions de la presse en ligne. Ce florilège de témoignages a pu mettre en avant la non-exceptionnalité de ce type de vécu durant les consultations gynécologiques et obstétricales, un *« problème sociétal, d'où le fait que tout le monde avait quelque chose à dire sur le sujet »* [14-15, 17].

1.3.3. Touchers vaginaux sur des patientes sous anesthésie générale

En janvier 2015, un pharmacien diffuse, sur le même réseau social, des documents disponibles en ligne sur le site de la Faculté de Médecine de l'Université de Lyon-Sud indiquant les différents acquis à valider par les étudiants. Cette liste d'acquis contenait un « apprentissage du bloc sur patiente endormie » incluant des touchers vaginaux sur des patientes sous anesthésie générale (« TV/AG »). Comme dans le cas précédent, cette diffusion a engendré une controverse médiatique [14-15].

C'est trois différents évènements, qui ne sont pas les seuls, montrent bien le caractère non banal et non exceptionnel des vécus négatifs des patientes dans leur suivi gynécologique et obstétrical ainsi que la réalité des violences gynécologiques et obstétricales.

1.4. Exemples d'actes médicaux pouvant être perçus comme des violences obstétricales

Comme spécifié précédemment dans les définitions, les violences obstétricales peuvent prendre des formes diverses et variées allant de paroles, d'attitudes des soignants envers les patientes à des actes spécifiques comme l'épisiotomie, les extractions instrumentales (forceps, ventouse) et la césarienne entre autres.

Le premier acte à avoir été fortement dénoncé est l'épisiotomie. Son but premier dans les années 1920 était de limiter les déchirures périnéales graves, mais aucune étude scientifique n'a validé son intérêt. Dans les années 1980-90, des études médicales montrent que cet acte ne présente pas d'intérêt dans la prévention des déchirures et qu'il entraine en revanche des complications médicales [15]. Les témoignages de femmes sur cet acte dénoncent l'absence de consentement ou la non prise en compte du refus de cet acte : *« J'ai refusé cette épisiotomie, je sais que ce n'est pas bon pour moi et on me coupe quand même.*

C'est un acte de torture. », témoigne Barbara [15]. Elles dénoncent également le manque d'information au moment de l'acte et le fait d'apprendre ce qui a été fait *a posteriori* : *« Je demande si je peux enlever les pieds des étriers, et là… "Non, avant il faut que je vous recouse, je vous ai fait une épisio" QUOI ??? Le cri ne sort pas de ma bouche, mais toute mon expression doit le dire, mais quand ? Comment ? Pourquoi ? »*, témoigne Dorothée [18]. Les suites parfois difficiles et les complications d'une épisiotomie ont également été décriées : *« Les premiers jours : douleurs locales sourdes et diffuses. […] Je ne peux m'assoir que sur un coussin. […] 4 semaines (Octobre 2003) : Plaie pas encore refermée. […] 7 semaines (Novembre 2003) : Visite post-partum. Verdict de la gynécologue : le périnée va bien (en fait ce n'était pas refermé […]). »*, témoigne Perrine [19].

D'autres actes ont également été dénoncés par les femmes. La césarienne, fait l'objet de nombreux témoignages pour des césariennes à vif, entre autres, comme celui de Gladys dans le Livre noir de la gynécologie de Mélanie Déchalotte [15] : *« Ils n'ont même pas vérifié que la péridurale fonctionnait avant de m'ouvrir le ventre. Je n'étais pas anesthésiée. Ils ont procédé comme des barbares […]. Personne ne peut imaginer la douleur que j'ai ressentie. ».*

Les femmes livrent également leur mauvais vécu à propos de la pratique de la délivrance artificielle et de la révision utérine. Par la dénonciation de cet acte dans leurs témoignages, comme pour la césarienne à vif, les femmes expriment également une autre forme de violence qu'est l'absence de prise en compte et la mauvaise prise en charge de leur douleur : *« C'était de la barbarie, […]. L'obstétricien a recommencé trois fois alors que l'anesthésie n'était pas encore efficace. Quand la péridurale a fait effet, je suis partie dans un autre monde. J'étais tellement choquée… Je me suis déconnectée. »,* raconte Christelle [15].

Ces différents témoignages nous montrent la violence des situations pour les femmes, et sont choquantes quand on les lit. Il existe bien d'autres actes dénoncés par les femmes comme la position d'accouchement sur le dos imposée, les extractions instrumentales (ventouse, forceps…), la mauvaise prise en charge de la douleur pendant les interruptions médicales de grossesse… Mais elles signalent également qu'en plus de la violence de l'acte en lui-même, comme décrit précédemment, c'est l'attitude des soignants face à elles qui entraine et peut entrainer cette violence.

1.5. Quelques notions législatives

1.5.1. Le consentement libre et éclairé

La médiatisation des violences obstétricales a pu mettre en avant la question primordiale du consentement dans la pratique médicale. En effet, de nombreux témoignages illustrent le non-respect de la décision du patient quant à un refus d'acte médical dans différentes situations. « *Je ne voulais pas d'épisiotomie, j'avais prévenu l'hôpital. Mon accouchement se passait très bien, mais le gynécologue a tenu à en faire une. J'ai protesté, ça n'a rien changé. », raconte Ana* [20]. Or le respect de cette décision est importante dans la relation soignant-soigné, cela permet d'instaurer un dialogue entre le soignant et le soigné ainsi que les bases d'une relation de confiance. Le soignant se doit d'informer clairement le patient de l'acte en soi ainsi que des conséquences possibles, dans le cas d'un refus de l'acte comme dans le cas d'un accord, et de respecter la volonté de celui-ci. En effet selon l'article L1111-4 du Code de la Santé Publique [21] *« aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »*.

Pourtant encore récemment, certains professionnels de santé tiennent des propos allant à l'encontre de cette loi, du respect de la volonté du patient ainsi que de leur information. C'est par exemple le cas du président du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), suite à la divulgation des documents concernant les touchers vaginaux chez des patientes sous anesthésie générale, qui à la question d'une journaliste : *« Ne vous semblerait-il pas normal de demander son consentement ? [à la patiente] »*, déclare : *« C'est aller trop loin dans la pudibonderie ! Après 40 ans d'expérience, je ne pense pas qu'il soit nécessaire de faire signer un papier avec cet examen. Le corps médical est très respectueux des patients »* [14].

1.5.2. Viol et agression sexuelle

Le consentement libre et éclairé est donc primordial dans la relation soignant-soigné. D'autant plus en gynécologie et en obstétrique, la non prise en compte de ce consentement peut entrainer des conséquences importantes. En effet *« Toute atteinte au corps sans le consentement de la personne est une violence. Quand cette atteinte est faite au sexe, il s'agit même d'une agression sexuelle, voire d'un viol »* écrit Mélanie Déchalotte [15].

En effet selon les articles 222-22 et 222-23 du Code Pénal [22], une agression sexuelle est définie comme toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. Le viol, quant à lui, est définit comme tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise. La contrainte peut être physique ou morale. Le viol est un crime passible de la cour d'assise. Donc par exemple, un examen vaginal réalisé sans le consentement de la personne peut être considéré comme un viol par la personne qui le subit.

1.5.3. Mutilation sexuelle

Enfin, selon Martin Winckler, certains actes comme par exemple l'épisiotomie peuvent également être vécus comme des mutilations sexuelles [23]. En effet, le terme mutiler désigne le fait d'infliger une blessure grave qui porte atteinte à l'intégrité corporelle. De plus, l'épisiotomie peut entrainer également de nombreuses conséquences à plus ou moins long terme pour la femme, tant sur le plan physique que psychologique tout au long de sa vie de femme. Elle peut entrainer des douleurs au niveau de la cicatrice, des dyspareunies, une perte d'estime de soi, une souffrance pendant les relations sexuelles… Tous ces éléments laissent à penser que l'épisiotomie, si elle est réalisée sans consentement préalable peut être considérée comme une mutilation sexuelle.

1.6. Quelques données chiffrées

L'enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016 a porté une attention particulière aux attentes des femmes au moment de l'accouchement et aux réponses apportées par les professionnels. Elle a pu montrer que peu de femmes rédigent un projet de naissance (3,7%) ou expriment des demandes particulières à leur arrivée à la maternité (17,2%). Cependant, les femmes ayant fait des demandes sont très souvent satisfaites des réponses apportées par l'équipe médicale (80,2% ont été très satisfaites de la réponse des soignants). Et la part de femmes qui avaient des demandes mais n'ont pas pu l'exprimer est faible (1,9%). Les femmes sont également majoritairement satisfaites de la méthode qu'elles ont reçue pour la gestion de la douleur et pour les aider pendant les contractions utérines (61,3% étaient très satisfaites et 27,0% plutôt satisfaites) [24].

D'autres moyens ont été mis en place depuis plusieurs années pour améliorer la prise en charge des femmes et des couples pendant la grossesse. C'est le cas de l'Entretien

Prénatal Précoce (EPP), mis en place en 2007 afin de repérer les problématiques médico-psychosociales et de permettre aux couples d'exprimer leur attentes et leur besoins concernant la grossesse, d'être acteurs de leur parcours de santé pour permettre d'ajuster la prise en charge à chacun. Bien que l'ENP de 2016 montre une augmentation de l'EPP entre 2010 et 2016, celui-ci ne concerne seulement que 28,5% des femmes. La grande majorité des EPP est réalisée par des sages-femmes [24].

Pour améliorer la prise en charge des femmes pendant la grossesse et l'accouchement, l'expérimentation des maisons de naissances depuis 2015 permet aux femmes, ayant des grossesses et des accouchements à bas risque, de bénéficier d'une prise en charge moins médicalisée de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. [25]. De plus, en parallèle de cette expérimentation, en vue d'une moindre médicalisation des accouchements, 40% des maternités déclarent disposer d'un espace dédié distinct des salles de naissances classiques permettant la réalisation d'accouchements moins médicalisés [24].

En conclusion, les violences obstétricales restent un sujet complexe dans leur définition mais importantes à prendre en considération pour l'amélioration du bien-être des femmes et de la relation patient-soignant. Pour la suite de ce mémoire, nous nous sommes intéressées au vécu des femmes ayant accouché au CHU de Nantes, notre but n'était absolument pas de viser ou de stigmatiser un corps de professionnels mais simplement de relever ce vécu dans l'objectif d'une prise de conscience vers une amélioration des pratiques.

II. Résultats

2.1. Présentation de l'étude

2.1.1. Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de cette étude est de comprendre ce qui peut être mal vécu par les femmes pendant leur grossesse, leur accouchement ou leur post-partum, et de relever les éléments potentiellement à l'origine d'un ressenti de violences obstétricales. Les facteurs responsables de cette qualification en violence obstétricale sont recherchés pour être analysés. L'objectif final de ce travail vise à sensibiliser les professionnels et à développer la prise de conscience de l'existence d'attitudes maltraitantes envers les patientes en vue d'améliorer la relation patient-soignant et prévenir les traumatismes qui peuvent en découler.

Pour cette étude, un certain nombre d'hypothèses ont été posées :

- Les femmes ne comprennent pas forcément les raisons pour lesquelles un acte est pratiqué, et ceci peut entraîner un sentiment de maltraitance ;
- Les femmes ne reçoivent peut-être pas au cours de leur grossesse ou au moment de leur accouchement, une information suffisante sur le risque de recours à des actes comme l'épisiotomie, la césarienne ou l'extraction instrumentale. L'information sur l'utilité de ces actes n'est peut-être aussi, pas suffisante ;
- Les suites difficiles (cicatrisation et cicatrice handicapante, douleur pendant les rapports sexuels, cicatrice psychologique…) peuvent contribuer pour certaines femmes à un ressenti de violence obstétricale.

2.1.2. Matériel

2.1.2.1. Type d'étude

Une étude prospective qualitative sous forme de questionnaire anonyme a été réalisée. Le questionnaire (annexe I) comporte des questions ouvertes et fermées, et est destiné à des patientes hospitalisées en suites de couches.

2.1.2.2. La population

La population cible de cette étude est représentée par des femmes ayant accouché au CHU de Nantes. L'échantillon inclut les femmes ayant accepté de répondre au questionnaire deux jours ou plus après leur accouchement et avant leur sortie de la maternité sur une période d'environ trois mois du 8 mai au 29 juillet 2018.

2.1.2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion :

Les patientes ayant été hospitalisées en suites de couches au CHU de Nantes indépendamment de la voie d'accouchement, du type de grossesse (simple, gémellaire, triple…) et du terme.

Critères d'exclusion :

- Les femmes ne parlant ou ne comprenant pas ou difficilement le français,
- Les femmes mineures.

2.1.3. Méthode

Le questionnaire utilisé pour cette étude est constitué de quatre parties : La première est consacrée au relevé des caractéristiques de la patiente, les trois parties suivantes nous ont permis de recueillir le ressenti des femmes sur le vécu de leur grossesse, de leur accouchement et de leur séjour en suites de couches au CHU de Nantes.

Au cours de la distribution des questionnaires dans le service de suites de couches, nous avons expliqué oralement, aux femmes recrutées, le but et les modalités de cette étude. Une fois leur consentement recueilli, nous leur avons donné le questionnaire et nous leur avons laissé au moins 24 heures pour le remplir sans notre présence pour ne pas influencer leurs réponses.

2.1.4. Saisie et traitement des données

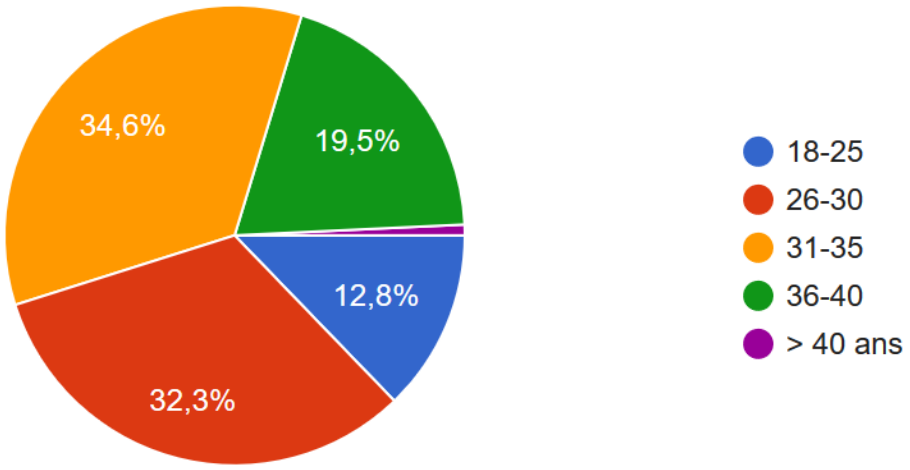
Pour ce questionnaire, le recueil des données a été fait à l'aide des logiciels Microsoft Office Excel 2010 ® et Google Form ® et l'analyse des données a été réalisée en utilisant les logiciels Microsoft Office Excel 2010 ® et Google Form ® ainsi que le logiciel GraphPad Prism ® en version d'essai.

2.2. Recrutement

Nous avons pu distribuer 144 questionnaires dans le service de suites de couches du CHU de Nantes. Sur ces 144 questionnaires, 137 ont été récupérés. Nous n'avons pu en analyser que 133 car 4 ont été exclus par défaut de remplissage.

2.3. Description de la population d'étude

Figure 1 : Tranches d'âge de la population étudiée



La population étudiée est majoritairement composée de femmes âgées de 26 à 35 ans (66,9%).

En ce qui concerne la situation familiale des patientes interrogées, 63,8% sont en couple, 23,3% mariées, 8,3% pacsées et 4,6% vivent seules.

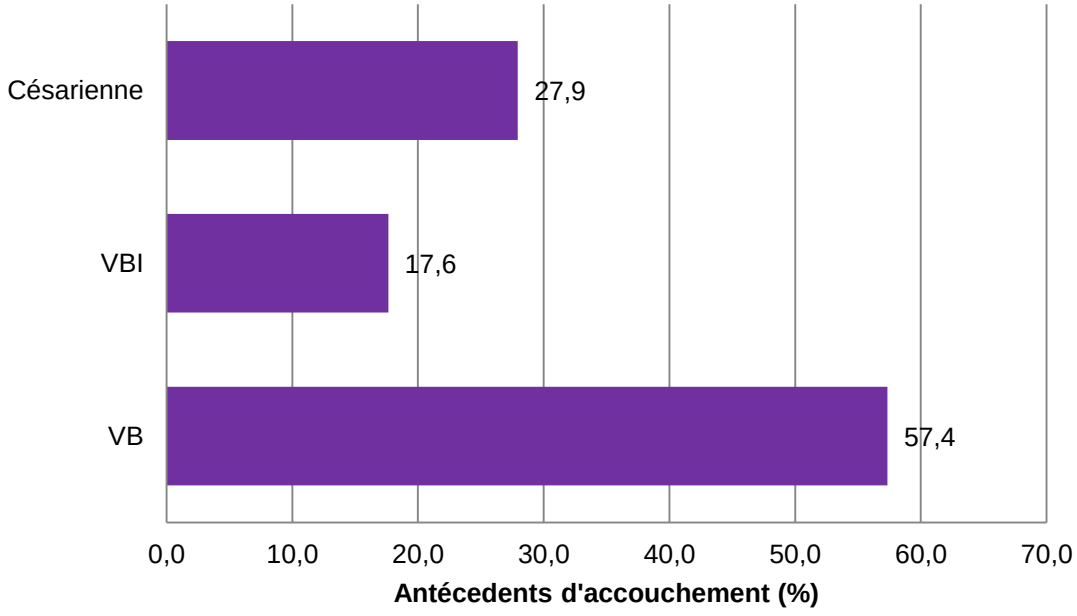
Au niveau professionnel, 43,6% sont des employées, 22,6% exercent des métiers à un niveau cadre ou de type professions intellectuelles supérieures, 9% exercent des professions intermédiaires, 3,8% sont des artisanes, des commerçantes ou des cheffes

d'entreprise, 0,8% sont des ouvrières, 0,8% des agricultrices et 19,5% des femmes sans activité.

En tenant compte des fausses couches et des interruptions de grossesse, pour 36,1% des femmes interrogées, il s'agit de leur première grossesse. Il s'agit de leur deuxième grossesse pour 33,8% d'entre elles, de leur troisième pour 14,3%, et enfin de leur quatrième voire plus pour 15,8%.

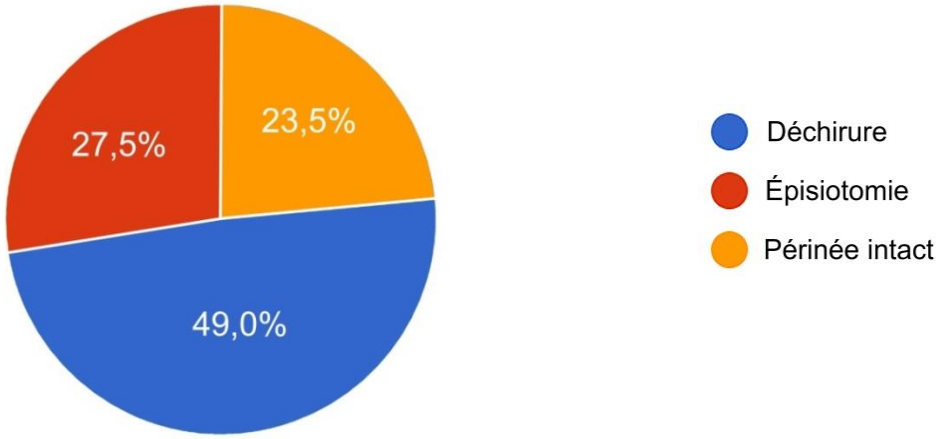
Pour la majorité des femmes interrogées (48,9%), il s'agit de leur premier accouchement. C'est le deuxième accouchement pour 36,1% d'entre elles, le troisième pour 9,0% et le quatrième ou plus pour 6,0%.

Figure 2 : Antécédents d'accouchement des femmes interrogées ayant déjà accouché auparavant.



Concernant les antécédents d'accouchement des 68 femmes interrogées ayant déjà accouché auparavant, nous avons relevé majoritairement des accouchements par voie basse (VB) et pour un tiers des césariennes. A noter que deux femmes ont eu une césarienne et une voie basse ou une césarienne et une voie basse instrumentale (VBI).

Figure 3 : Antécédents périnéaux des patientes ayant déjà accouché par VB.

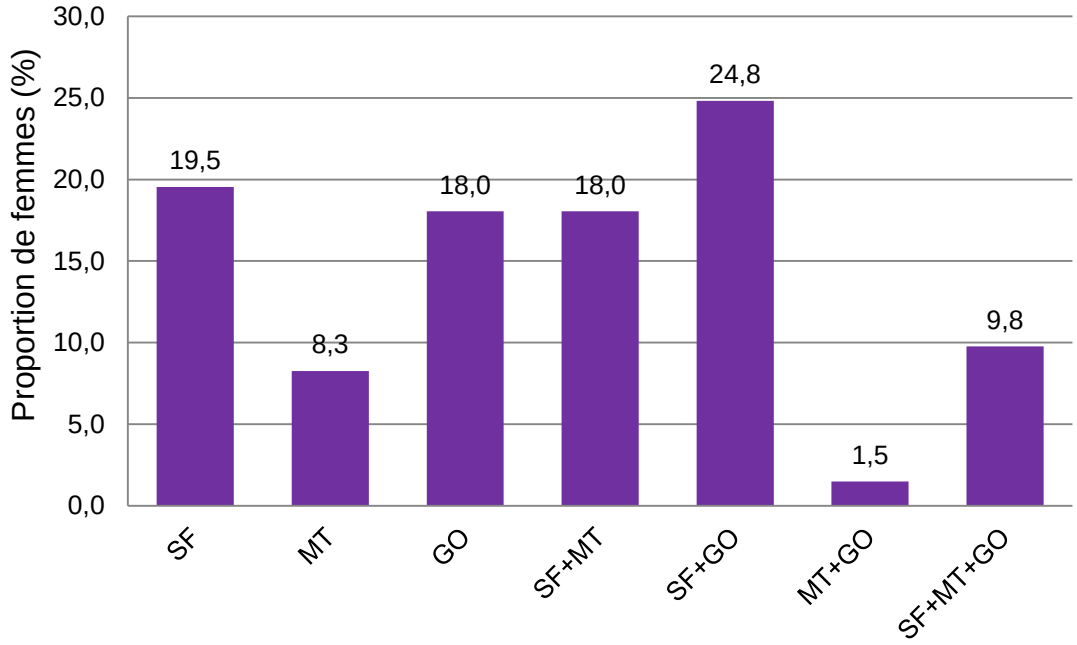


Parmi les femmes ayant déjà accouché par voie basse qu'elle soit instrumentale ou non (N=51), presque la moitié ont eu une déchirure lors de leurs précédents accouchements, un peu plus d'un quart ont eu une épisiotomie et le reste ont eu un périnée intact.

2.4. Description du déroulement et du vécu de la grossesse

Nous allons maintenant nous intéresser au déroulement et au vécu de la grossesse des femmes interrogées dans le cadre de cette enquête.

Figure 4 : Suivi de grossesse.

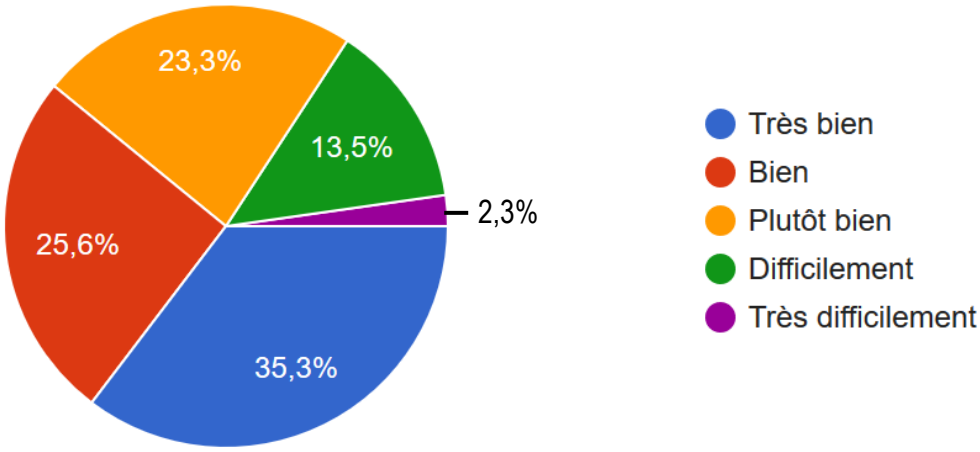


Globalement, concernant le suivi de leur grossesse, 72,1% des femmes interrogées ont au moins consulté une sage-femme, 54,1% un gynécologue ou un gynécologue-obstétricien et 37,6% leur médecin traitant.

54,1% des femmes interrogées ont déclaré avoir eu une surveillance particulière pendant leur grossesse pour des raisons variées (diabètes gestationnels, grossesses gémellaires et diverses autres pathologies fœtales, obstétricales ou maternelles). Cette surveillance particulière allait de simples échographies supplémentaires à un suivi plus spécifique par exemple par le service de médecine interne.

Parmi la population totale étudiée, 19,5% des femmes ont été hospitalisées et semblent globalement informées des raisons de leur hospitalisation.

Figure 5 : Vécu de la grossesse.



Concernant le vécu de leur grossesse, la majorité des femmes interrogées l'ont bien vécu (84,2%). Il reste cependant 15,8% de femmes qui l'ont vécu plus difficilement. Les raisons de ce vécu difficile sont variées. On retrouve des maux de grossesse (fatigue, nausées, vomissements, prise de poids, difficultés à se déplacer en fin de grossesse…), mais aussi des facteurs de stress liés à l'attente ou à l'annonce de résultats *(« Annonce d'un bébé porteur de trisomie 21 », « attente des résultats de l'amniocentèse, stressant »*, angoisse sur les probables conséquences d'une malformation fœtale…) ou à la surveillance de la grossesse. On relève également des circonstances particulières qui engendrent un mauvais vécu *(« Liée à la découverte de l'ascite fœtale, au même moment où nous devions faire face à la date du 1er anniversaire du décès de notre 3ème enfant »*). Parmi les femmes

qui ont mal vécu leur hospitalisation, certaines doutent du lien qu'elles vont pouvoir avoir avec leur enfant *(« Doute, peur vis à vis de ce futur enfant. Je n'arrivais pas à trouver de lien avec mon bébé. »*). Néanmoins, on remarque également que ce vécu difficile peut être lié à la relation avec les soignants *(« Très mauvais suivi de la gynécologue de ville qui disait n'importe quoi et était très violente verbalement »* ou *« Des discours parfois alarmistes concernant un diabète de grossesse plutôt léger et géré seulement par régime alimentaire »*).

Majoritairement (94,0%), les femmes interrogées ont bien vécu les consultations de grossesse et les échographies. On constate néanmoins que 4,5% des femmes interrogées ont vécu difficilement ces consultations et 1,5% très difficilement. Les raisons de ce vécu difficile sont souvent la peur de l'annonce d'une anomalie ou d'une mauvaise nouvelle. Une femme parle de la difficulté au moment de l'annonce de la pathologie. Cependant on remarque par ailleurs que certaines femmes ont trouvé les échographies douloureuses et certaines dénoncent le manque d'humanité de certains professionnels *(« Echographiste pas humain, très froid. Il m'a énormément culpabilisé »*, *« Relation avec le médecin difficile, peu à l'écoute, disponible - manque d'empathie »*) et le manque d'intimité pendant les consultations.

Sur la totalité des femmes interrogées, seulement 26 ont déclaré avoir subi un examen invasif pendant leur grossesse (soit environ 19,5%). Parmi ces 26 femmes, 2 l'ont très bien vécu, 7 l'ont bien vécu, 8 l'ont plutôt bien vécu, 5 l'ont vécu difficilement et 4 l'ont vécu très difficilement. Les raisons du mauvais vécu sont majoritairement dues au stress de l'examen, à la peur du résultat de l'examen et à la peur d'un accouchement prématuré lié à l'examen. Pour trois d'entre elles, les difficultés sont liées à la douleur au moment de l'examen ainsi qu'à la non-délicatesse du praticien *(« Echographies vaginales pas toujours faites avec délicatesse. Idem pour les touchers vaginaux parfois douloureux car trop rapides »*, *« Impression d'être un numéro. Pas de vision de l'échographie réalisée pendant pouvant voir bébé »*).

Concernant l'information reçue sur les différents examens qu'elles ont pu avoir durant leur grossesse (prise de sang, palpation, touchers vaginaux, prélèvements, examens invasifs…), 92,5% des femmes interrogées estiment avoir reçu suffisamment d'information, 5,3% estiment qu'au contraire elles n'en ont pas reçu suffisamment et 2,3% ne se sentaient pas concernées.

Pour continuer sur l'information donnée au patient, 92,4% des femmes interrogées déclarent avoir pu poser toutes leurs questions. A la question ouverte sur les raisons pour lesquelles elles n'ont pas pu poser leurs questions, neuf sur dix personnes ont répondu et déclarent avoir parfois *« peur de poser la mauvaise question »*, elles signalent des rendez-vous trop courts ne laissant pas le temps de poser toute leurs questions. L'une d'entre elles propose dans cette situation de préparer ses questions à l'avance pour penser à toutes les poser. Certaines femmes dénoncent également le manque d'implication des soignants *(« RDV qui sont très courts en durée. J'ai souvent senti que les questions n'étaient pas bienvenues »*, *« Car les personnes sont souvent brèves, froides, et du coup on est mal à l'aise »*).

A propos du recueil de consentement de la patiente, 92,5% des femmes estiment que leur consentement a été recueilli pour tous les examens qu'elles ont pu avoir durant leur grossesse.

Pour continuer sur la demande de consentement, 15,8% des femmes interrogées considèrent avoir pu exprimer leur refus si elles n'étaient pas d'accord avec un examen, 2,2% considèrent qu'au contraire elles n'ont pas pu exprimer ce refus et 82,0% estiment qu'elles n'étaient pas concernées car elles étaient en accord avec les examens proposés.

Parmi les 133 femmes interrogées dans le cadre de cette enquête, 21,8% manifestent avoir mal vécu quelque chose dans la prise en charge de leur grossesse et/ou dans l'attitude des soignants. Parmi ces femmes, certaines signalent des temps d'attente trop longs, une mauvaise communication entre les soignants, parfois un manque d'explication concernant certains examens, et un manque d'empathie de la part des soignants. D'autres dénoncent de la brutalité physique de la part des soignants *(« Un examen a été pratiqué un peu brusquement pour voir si mon col se dilatait »*) et des problèmes relationnels avec certains professionnels (*« Le RDV avec le médecin anesthésiste, la péridurale m'est alors présentée comme obligatoire au vu de ma situation médicale en contradiction avec l'avis du neurochirurgien qui me suit. », « l'incompétence de mon MT pour les suivis de grossesse », « L'anesthésiste que j'ai vu avant l'accouchement n'a pas pris le temps d'expliquer les choses », « L'attitude de l'échographe qui oublie parfois que nous n'y connaissons rien, alors qu'elle c'est son métier. Un peu d'empathie serait bien »*).

Nous avons demandé aux femmes de qualifier leur relation avec les soignants pendant leur grossesse. La grande majorité des femmes estiment avoir eu une bonne

relation avec les soignants durant leur grossesse, elles estiment avoir eu une relation de confiance et d'écoute et empathique avec les soignants (*« Bonne, particulièrement avec les sages-femmes qui sont très attentives aux émotions des mamans. », « Relation de confiance avec la sage-femme et sensation d'être écoutée et comprise », « Plutôt bien, chacun sait ce qu'il a à faire et le respect est mis en avant pour créer un cadre convivial »*…). Cependant, certaines femmes signalent le manque de communication entre les soignants, ainsi qu'un manque de disponibilité (*« Bonne. Un peu de manque de disponibilité du gynéco (temps) »*). D'autres constatent que cela dépend des soignants qu'elles ont pu rencontrer au cours de leur grossesse (*« Personnel du CHU toujours très bien. Médecin de ville, avis très négatif. », « Bonne avec les aides-soignantes, sages-femmes. J'évite d'avoir trop de contact avec les gynécologues qui ont été rarement à l'écoute », « Très bien! Sauf gynécologue, très compétent surement mais sans aucune communication ni contact humain »*).

2.5. Description du déroulement et du vécu de l'accouchement

En ce qui concerne la mise en travail des femmes interrogées, 64,7% se sont mises en travail spontanément, 28,6% ont été déclenchées et 6,7% ne se sont pas mise en travail (césarienne programmée…).

La grande majorité (95,5%) des femmes étaient accompagnées lors de leur accouchement. Parmi ces femmes, 90,4% étaient accompagnées par leur mari, conjoint ou compagnon, 2,4% par le père de l'enfant, 4,7% par leur mère et 1,6% par une amie.

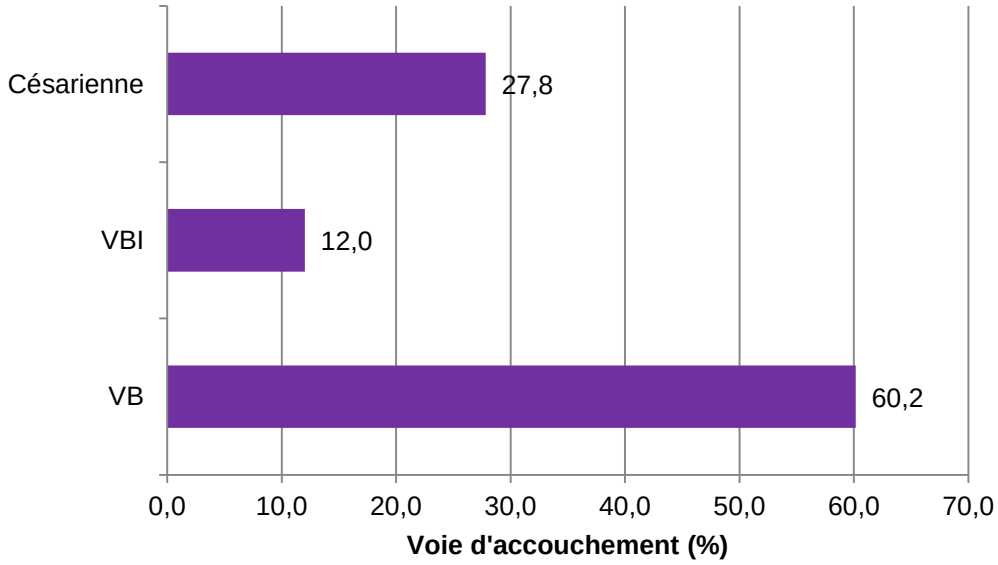
A propos de la durée de travail des femmes interrogées, pour 20,3% le travail a duré moins de 4 heures, pour 42,9% entre 4 et 10 heures et pour 28,6% plus de 10 heures. A noter que les 8,2% de femmes restantes qui se sont déclarées non concernées sont l'ensemble des femmes qui ne se sont pas mises en travail et 2 femmes qui ont été déclenchées.

Nous avons demandé aux femmes si elles avaient fait un projet de naissance pour leur accouchement. Sur les 133 femmes interrogées, 33,1% ont fait un projet de naissance soit 44 femmes. Parmi elles, 36 estiment qu'il a été respecté. Pour les autres, la raison du non-respect du projet de naissance est la plupart du temps liée à un contexte d'urgence qui a nécessité une césarienne ou bien à un accouchement trop rapide n'ayant pas permis la pose d'une analgésie péridurale. D'autres n'auraient pas souhaité être déclenchées.

Par ailleurs, nous nous sommes intéressées à la prise en charge de la douleur pendant l'accouchement. Parmi les femmes interrogées, 21,1% estiment que leur douleur n'a pas été prise en charge selon leurs souhaits durant leur accouchement. Pour 8 d'entre elles, la douleur n'a pas été prise en charge comme elles le souhaitaient car elles ont eu un accouchement trop rapide (*« L'accouchement a duré moins de 2h (entre le moment où j'ai eu des contractions et où le bébé est né... Il est arrivé dans les couloirs »*). Pour 8 autres, l'analgésie péridurale n'était pas ou pas assez efficace ou s'est levée à un moment donné (*« Levée de la péridurale lors de la césarienne »*, *« péridurale non efficace et surtout limitée »*). Pour 9 autres, elles estiment que le temps d'attente était long pour avoir une analgésie péridurale (*« Même si péridurale posée tardivement car trop de monde (ce qui peut se comprendre) », « Beaucoup de naissances en même temps, 2h de contractions douloureuses (EVA 10/10) avant d'avoir reçu la péridurale, mais je comprends », « Péridurale posée tardivement mais autre moyen de substitution mis en place rapidement (gaz) »*) et pour 2 autres, elles ont eu au moins deux poses d'analgésie péridurale (*« Deux péridurales, la première n'a pas marché », « Première péridurale qui n'a pas fonctionné, mais la deuxième fois c'était très bien »*). Une dernière déclare qu'on lui a refusé la pose d'analgésie péridurale.

Nous avons également demandé aux femmes si elles ont pu bouger comme elles le souhaitaient pendant leur travail : 69,2% estiment que oui, 24,1% estiment que non et 6,7% n'étaient pas concernées par la mise en travail. Ensuite, par rapport au choix de la position d'accouchement, 52,6% des femmes déclarent ne pas avoir pu la choisir.

Figure 6 : Voie d'accouchement.



Concernant l'accouchement étudié, un peu moins des trois quarts des femmes ont accouché par voie basse et 27,8% des femmes ont accouché par césarienne. Parmi l'ensemble des femmes interrogées, 36,8% déclarent avoir reçu une perfusion d'oxytocine pour augmenter le nombre de contractions, 35,3% avoir eu une rupture artificielle de la poche des eaux, 6,8% avoir eu une épisiotomie, 37,6% avoir eu une déchirure périnéale, 2,4% avoir eu un Propess® (tampon de prostaglandine E2 pour la maturation du col), 0,8% avoir eu un ballonnet de Cook également utilisé pour la maturation du col et 1,6% avoir eu un Propess® et un ballonnet de Cook. Une femme a déclaré avoir eu une anesthésie générale suite à une rachianesthésie et une autre signale avoir reçu des antibiotiques pendant le travail. Seules 15,2% des femmes n'ont eu aucune de ces interventions.

Relativement aux actes déclarés précédemment, 69,2% des femmes indiquent avoir reçu des informations sur ceux-ci, 6,8% indiquent que non et 24,1% ne se sentent pas concernées.

Nous leur avons demandé par la suite comment elles avaient vécu ces actes. Pour la majorité des femmes interrogées, ces actes ont été bien vécus (*« Plutôt bien grâce à l'accompagnement de l'équipe médicale », « Bien vécu: il y avait beaucoup d'attention et de bienveillance chez la sage-femme qui a percé la poche des eaux et chez celle qui a recousu », « Très bien, c'était très clair. L'équipe d'anesthésistes a été super, compatissante, chaleureuse et rassurante »*). Cependant pour cinq femmes, ces actes ont été mal vécus (*« Mal car au bloc = soignants peu à l'écoute de ma douleur et de mes sensations », « de ne pas être actrice de mon accouchement »*). Certaines d'entre elles ne spécifient pas si elles ont bien ou mal vécu ces actes mais précisent des points sur lesquels elles auraient souhaité plus d'information ou alors décrivent l'état d'esprit dans lequel elles étaient (*« J'étais concentrée sur l'objectif (naissance de mon bébé), et bien que je n'étais pas pleinement "actrice" de l'accouchement comme j'aurais souhaité l'être, j'ai pratiqué l'imagerie mentale en me focalisant sur la naissance de mon enfant afin de vivre cela le plus positivement possible », « Les gestes m'ont été expliqués en amont. Néanmoins j'aurais aimé connaitre en temps réel ce qu'il se passait pendant la césarienne pour avoir l'impression d'être actrice. », « J'aurais aimé savoir qu'il fallait rester immobile 1h ou plus pour la cardio du bébé pour la péridurale. Mais pour 27h de travail, la douleur a été vraiment supportable »*).

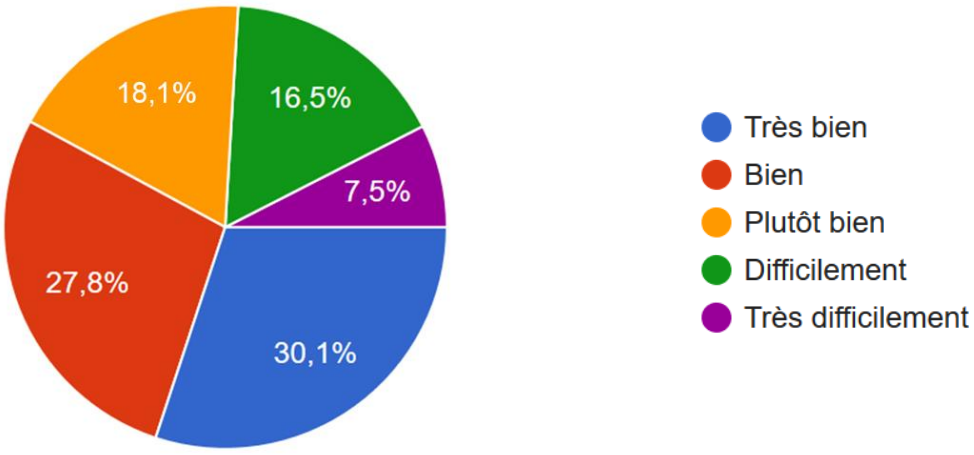
Toujours à propos des actes décrits précédemment, nous leur avons également demandé si elles avaient été prévenues avant ou au moment de la pratique de l'acte. On remarque alors que 75,2% des femmes pensent avoir été prévenues, 3,8% estiment que non

et 21,1% ne se sentent pas concernées. Les femmes qui estiment ne pas avoir été prévenues ne sont pas forcément celles qui ont mal vécu ces actes.

Par ailleurs, nous nous sommes intéressées à la prise en charge de la douleur des femmes au moment d'une suture. Parmi notre population, 60,2% des femmes estiment que leur douleur a été prise en charge au moment de la suture, 1,5% des femmes estiment que non et 38,3% des femmes ne se sentent pas concernées par cette question.

D'autre part, nous nous sommes intéressées à la réalisation d'actes par le médecin ou la sage-femme pendant l'accouchement ou l'expulsion du placenta. Pour 81,2% des femmes, il n'y a pas eu d'acte pratiqué. Nous avons alors demandé aux 18,8% des femmes concernées qu'elle fût la nature de ces actes et la majorité des femmes semblent connaitre le geste pratiqué et/ou la raison de ce geste (*« Mon utérus a reçu trop d'ocytocine. Il ne se rétractait plus. Le chirurgien a dû ligaturer chirurgicalement les artères. Il y a eu une hémorragie de la délivrance », « révision utérine », « Introduction main pour extraire une partie du placenta », « Retournement: tête regard vers le haut, rupture de la poche des eaux »*…), d'autres ne semblaient pas sûres (*« Je pense car j'ai fait une hémorragie à la délivrance »*) et enfin d'autres ne savaient pas (*« Je ne crois pas mais je ne sais pas »*).

Figure 7 : Vécu de l'accouchement.



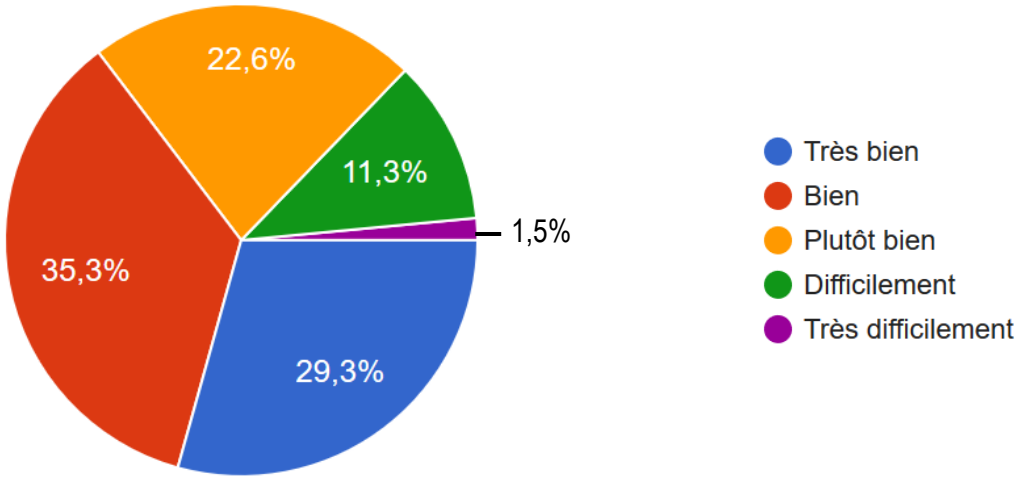
Dans l'ensemble, concernant leur accouchement, la majorité des femmes l'ont globalement bien vécu (76,0%). Cependant nous remarquons quand même 24,0% de femmes qui ont vécu plus difficilement leur accouchement. Pour un grand nombre de

femmes, c'est la douleur qui est la cause de ce vécu difficile (*« Psychologiques : la douleur ressentie lors de la césarienne était franchement intolérable, mais il n'y a pas de coupable - ce qui est extrêmement dur à accepter », « La douleur difficile à gérer et la césarienne n'était pas prévue. Je n'y avais jamais été préparée donc difficile à accepter »*). Pour d'autres, c'est la déception de ne pas avoir accouché par voie basse (*« Presque 24h de travail sans accoucher naturellement, car naissance par césarienne. Une frustration énorme. »*) ou un travail trop long ou trop rapide (*« Travail long et difficile. Beaucoup d'attente et de fatigue. gynéco qui se laisse du temps... césarienne puis anesthésie »*). Pour deux femmes, c'est la peur pour la vie du bébé qui a entraîné un vécu difficile (*« Inquiétude que le rythme cardiaque du bébé ne tienne pas le coup »*). Une femme signale avoir mal vécu son accouchement car elle a eu des convulsions au cours du travail. Une autre affirme l'importance du soutien de l'équipe médicale pour la gestion de la douleur (*« Les deux accouchements ont été réalisés sous péridurale, la douleur des contractions (avant la pose) a été supportable grâce au soutien des sages-femmes »*).

Comme pour le déroulement de la grossesse, nous avons demandé aux femmes interrogées comment elles qualifieraient leur relation avec les soignants au moment de leur accouchement. Dans leur très grande majorité, les femmes estiment avoir eu une bonne relation avec les soignants, une relation de confiance et d'écoute, avec des explications et des soignants à l'écoute de leur douleur (*« Très bonne, je me suis sentie accompagnée, encouragée, conseillée. Une super équipe que je remercie sincèrement. », « Positive, j'ai pu poser des questions et recevoir des conseils quand j'en ressentais le besoin », « Excellente. Ils ont gentiment pardonné mon langage abrupt initial (avant la péridurale) et ont été très clairs et compréhensifs »*). Une femme estime ne pas avoir eu de bonne relation avec les soignants car elle n'était pas pleinement actrice de son accouchement (*« j'ai subi mon accouchement, pas actrice de mon accouchement »*) et deux femmes sont plus mitigées (*« Avec certaines personnes très bien mais avec d'autres moins car elles étaient désagréables et me répondaient à peine », « Très agréable mais je n'ai pas toujours compris leurs décisions. Dans les moments de douleurs intenses, plus difficile car je leurs en voulais de ne pas me soulager. »*).

2.6. Description du déroulement et du vécu du séjour en suites de couches

Figure 8 : Vécu du séjour en suites de couches.



Pour cette étude, nous nous sommes également intéressées au vécu des femmes au cours de leur séjour dans le service de suites de couches. Une majorité de femmes (87,2%) ont assez bien vécu ce séjour. Néanmoins, on remarque également que 12,8% des femmes l'ont plus difficilement vécu. La douleur fait partie là encore des raisons principales du mauvais vécu du séjour en suites de couches, mais il y a aussi la fatigue et les difficultés liées à l'allaitement (*« Douleurs, fatigue, manque d'intimité, difficultés à mettre en place l'allaitement. », « Fatigue physique et psychologique. A cela s'ajoutant un peu de difficultés à allaiter et le babyblues »*). D'autres femmes ont vécu difficilement ce séjour car elles ont été séparée de leur enfant (*« Loin de ma fille, déplacement difficile avec la césarienne », « Mon enfant est suivi en soins intensifs et doit subir une intervention chirurgicale », « 1ers jours séparés: ma fille en néonat et moi en maternité »*). D'autres femmes signalent des discours différents en fonction des équipes (*« Le personnel se contredit en fonctions des relèves. Pro allaitement, pro biberon. Façons manipulation bébé », « Personnel très changeant et parfois avec des discours différents, notamment sur l'allaitement. »*) et un manque d'écoute, de disponibilité et d'information de la part des soignants (*« Manque d'écoute de certaines personnes de l'équipe, manque de temps et de disponibilité pour apprendre les premiers gestes de soin du bébé », « Manque parfois d'information. Peu de passages en chambre. »*). Nous avons remarqué également deux femmes se plaignant de solitude (*« Stress d'être seule avec mon bébé. La solitude, loin de mon compagnon et ma maison »*). Et certaines

femmes se sont également plaintes de la logistique du service (*« Confort des chambres (chaleur, bruit, …) repas médiocres, passages inopportuns la nuit »*).

Comme pour les autres parties de cette étude, nous avons interrogé les femmes sur l'information qu'elles ont pu recevoir concernant les différents examens qu'elles ont pu avoir durant le séjour en suites de couches. Nous remarquons donc que 84,2% des femmes pensent avoir reçu suffisamment d'information, que 4,5% pensent au contraire ne pas en avoir reçu suffisamment et que 11,3% ne se sentent pas concernées par cette question.

De même que pour l'accouchement, nous nous sommes intéressées à la prise en charge de la douleur pendant le séjour en suites de couches. Concernant ce point, 94,7% des femmes déclarent que leur douleur a été correctement prise en charge, 3% des femmes déclarent que non et 2,3% des femmes ne sentent pas concernées par cette question.

De plus, 96,2% des femmes estiment que l'équipe médicale a répondu à leurs attentes, leurs questions et leurs inquiétudes.

Globalement, les femmes considèrent que leur relation avec les soignants est bonne, qu'elles sont entendues par les soignants (*« L'équipe médicale est disponible, à l'écoute de nos envies. La diversité des professionnels permet un croisement des regards important pour bien vivre les maternités. », « Très positive, soignants disponibles, à l'écoute et réactifs. Ils ont répondu à mes questions et à celles de mon époux, ont été prodigues de conseils pour que nous nous occupions au mieux de notre bébé. », « J'ai tout de suite été psychologiquement prise en charge. Les sages-femmes communiquent avec l'équipe de psychologues. »*). D'autres ont senti du jugement dans les paroles des soignants (*« Plutôt bonne. Souvent de la bienveillance mais parfois un peu de jugement ou paroles culpabilisantes sur la mise en place de l'allaitement qui est très douloureux et dans des conditions de fatigue extrême. Certains soignants m'ont beaucoup aidée, d'autres m'ont fait culpabiliser. »*). Comme dans les parties précédentes, certaines femmes considèrent que cela dépend des soignants qu'elles ont pu rencontrer (*« Bonne mais aide et accompagnement variable selon les équipes, aide précieuse des équipes de nuit. »*). Et d'autres encore, décrivent un manque de disponibilité des soignants et de communication entre eux et remarquent également les possibles problèmes engendrés par les sous-effectifs (*« Pas assez de communication entre eux », « A l'écoute mais pas toujours disponible immédiatement », « à l'écoute malgré des effectifs vraisemblablement en nombre insuffisant »*).

2.7. Analyse croisée du mauvais vécu

Pour approfondir l'analyse de notre étude, nous avons, à partir des questions ouvertes et des questions fermées, essayé de classer les raisons de mauvais vécu décrites par les femmes interrogées et tenté d'analyser les facteurs qui potentiellement pouvaient influencer ce mauvais vécu. A partir de leurs réponses, nous avons alors établi des catégories pour les trois périodes étudiées (*i.e.* grossesse, accouchement et séjour en suites de couches).

Pour la grossesse, nous avons établi les 11 catégories suivantes :

- Bon vécu
- Mauvais vécu sans lien avec la relation usager-soignant

  dû, par exemple, à l'existence d'une pathologie fœtale, à de la fatigue, des nausées, des vomissements…
- Problèmes d'information des patientes

  péridurale présentée comme obligatoire, examens non expliqués ou pas assez, *« informations fausses données au lieu de dire qu'ils ne savent pas… »*
- Problèmes de communication entre patientes et soignants mais aussi entre soignants

  manque de communication entre les soignants pouvant être anxiogène…
- Prise en charge des maux de grossesse
- Suivi trop médicalisé
- Manque de disponibilité du personnel
- Brutalité verbale

  Légère : *« personnalités brusques »*, un soignant *« pas sympa du tout »*, *« l'attitude de certains soignants (routine de leur métier) »*, contact froid, soignant peu à l'écoute, langage technique

  Modérée : annonce *« sans détail et sans ménagement »*, manque d'empathie, *« sensation d'être un numéro »*

  Sévère : soignants culpabilisants, violence verbale
- Brutalité physique

  examen pratiqué brusquement, *« échographies vaginales pas toujours faites avec délicatesse »*

En ce qui concerne l'accouchement, nous avons relevé 5 catégories :

- Bon vécu
- Mauvais vécu sans lien avec la relation usager-soignant

  césarienne en urgence bien expliquée et acceptée, *« déception de ne pas pouvoir accoucher par voie basse »*, complication de la péridurale, accouchement trop rapide, peur, stress, appréhension
- Problèmes d'information des patientes

  « manque d'information pendant la césarienne »
- Disponibilité du personnel

  « manque de personnel »
- Prise en charge de la douleur

  péridurale non efficace, longue attente de l'équipe d'anesthésie, *« la douleur ressentie pendant la césarienne était franchement intolérable… »*, douleur avec les spatules, *« refus pose péridurale »*

Et enfin pour ce qui est du séjour en suites de couches, nous avons établi 6 catégories :

- Bon vécu
- Mauvais vécu sans lien avec la relation usager-soignant

  « déplacements difficiles avec césarienne », séparation mère-enfant, fatigue
- Problèmes d'information des patientes

  « manque parfois d'information / manque de précision »
- Manque de disponibilité du personnel

  « manque de temps et de disponibilité pour apprendre les premiers gestes de soin du bébé », attente après sonnette
- Prise en charge de la douleur

  « douleurs et difficultés à se faire entendre »
- Brutalité verbale légère

  « parfois un peu de jugement ou paroles culpabilisantes »

2.7.1. Vécu global de la grossesse, de l'accouchement et du séjour en suites de couches

Figure 9 : Vécu global de la grossesse.

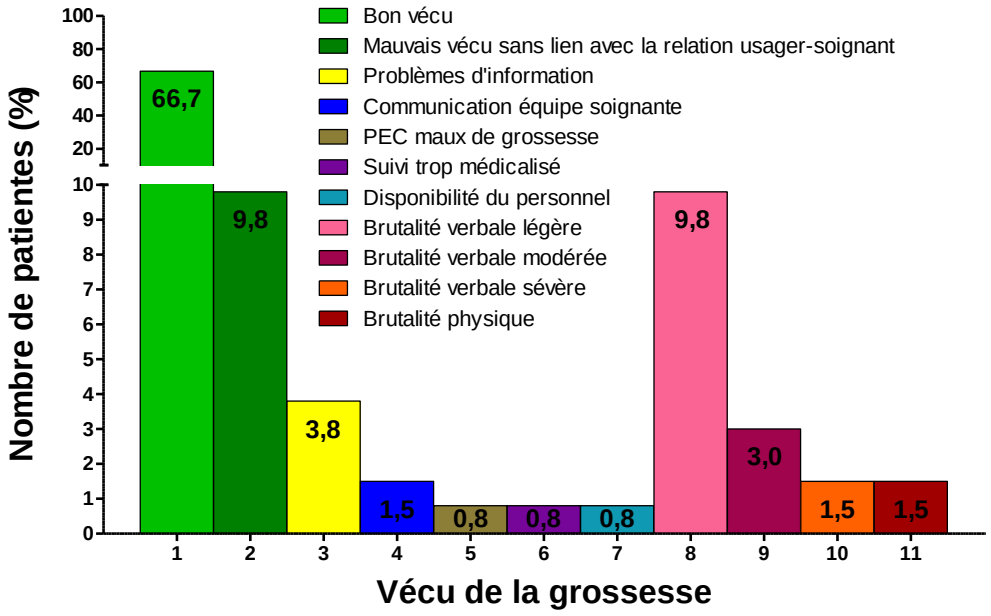


Figure 10 : Vécu global de l'accouchement.

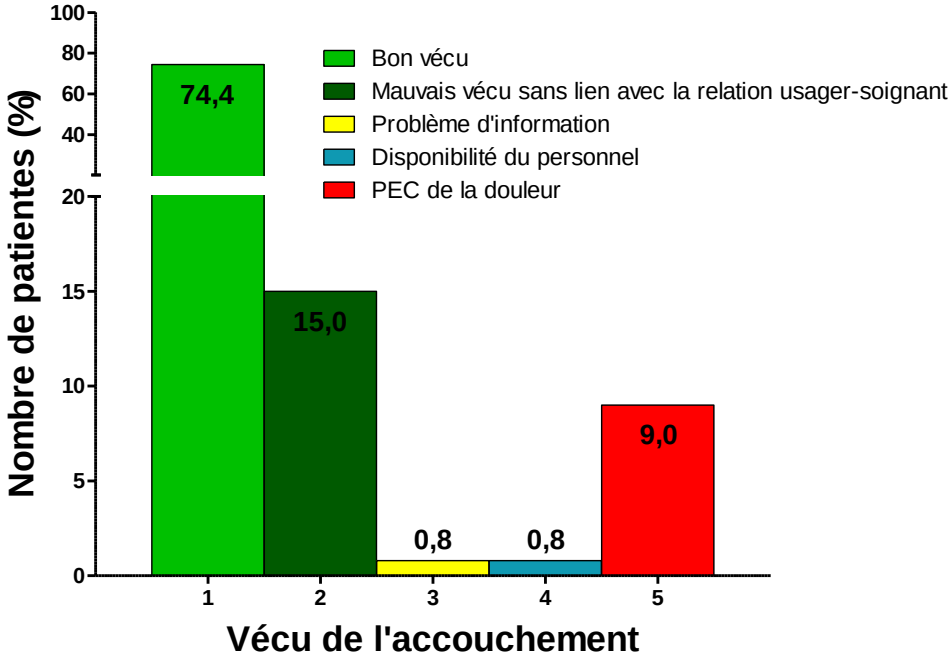
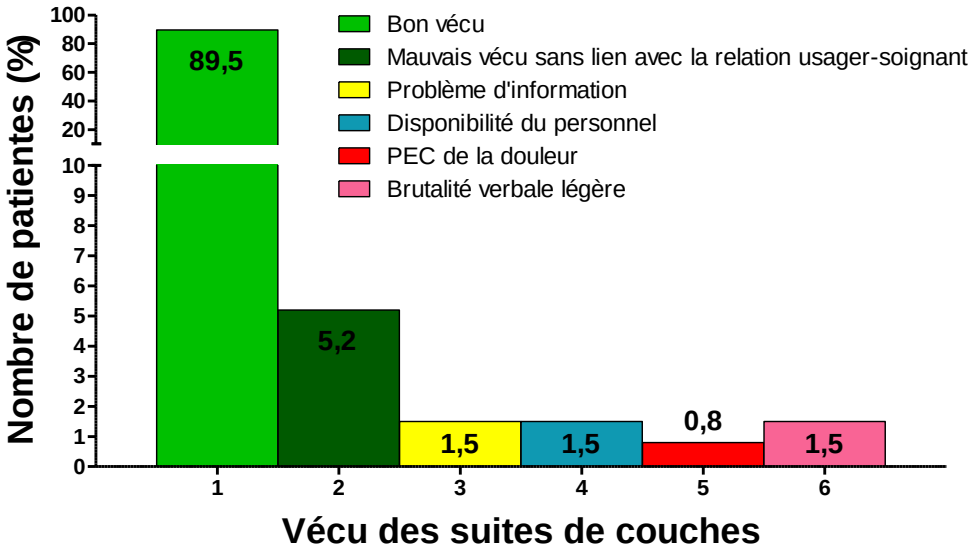


Figure 11 : Vécu global du séjour en suites de couches.



Ces trois graphiques nous montrent que le vécu global de la grossesse, de l'accouchement et du séjour en suites de couches est bon pour une très grande majorité de femmes. Néanmoins un mauvais vécu sans lien avec la relation usager-soignant est exprimé pendant les trois périodes observées et atteint 15,0% pendant l'accouchement.

Les autres catégories de mauvais vécu représentent des catégories de mauvais vécu en lien avec la relation usager-soignant. Si on les regroupe, elles atteignent 23,5% pendant la grossesse, 10,6% pendant l'accouchement et 5,3% pendant le séjour en suites de couches.

Les problèmes liés à l'information des patientes sont observés dans les trois périodes étudiées mais concernent moins de 4% des patientes et sont rencontrés principalement au cours de la grossesse.

Le manque de disponibilité du personnel soignant, bien qu'il soit retrouvé dans les trois périodes, n'est que le ressenti d'une ou deux personnes sur chaque période.

Pour ce qui est de la prise en charge de la douleur, elle ne concerne que l'accouchement et les suites de couches mais atteint 9,0% des patientes durant l'accouchement.

Concernant la brutalité verbale légère, elle est présente essentiellement pendant la grossesse et également au cours du séjour en suites de couches avec un plus faible

pourcentage. Nous relevons que les brutalités verbales modérée et sévère ainsi que la brutalité physique sont présentes uniquement au cours de la grossesse. Elles concernent respectivement 4, 2 et 2 patientes.

Pour la suite de l'analyse, nous nous sommes intéressées préférentiellement aux catégories de mauvais vécu ce qui correspond aux réponses de 44 patientes pour la grossesse, 34 pour l'accouchement et 14 pour les suites de couches.

2.7.2. Rôle de la parité sur le vécu de la grossesse, de l'accouchement et du séjour en suites de couches

Nous avons recherché s'il existait un lien entre la parité de la patiente et l'expression d'un mauvais vécu.

Figure 12 : Vécu de la grossesse en fonction de la parité.

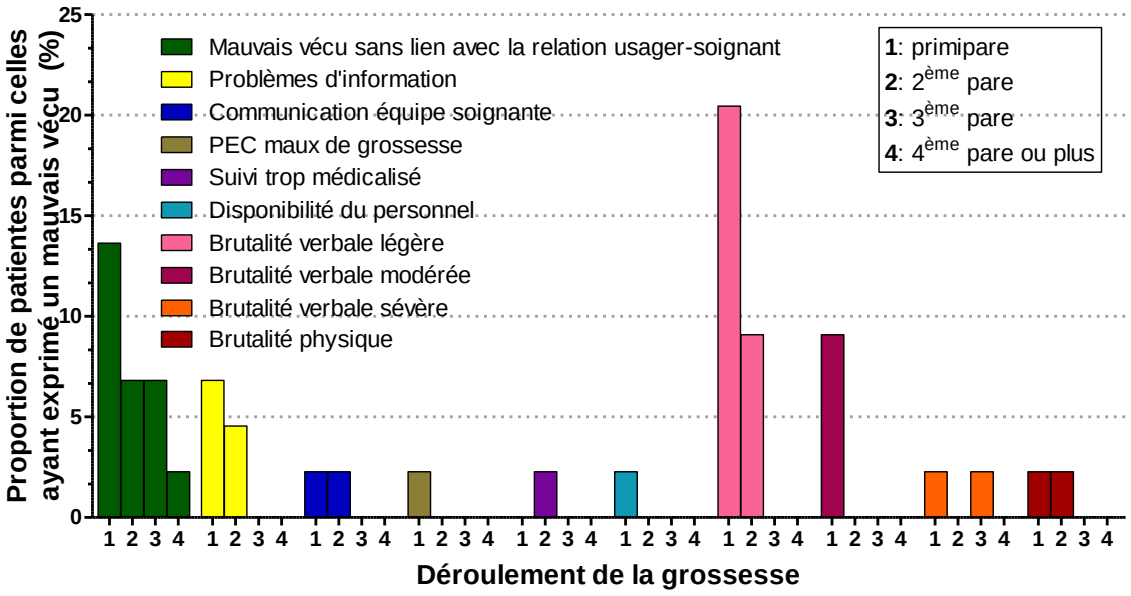


Figure 13 : Vécu de l'accouchement en fonction de la parité.

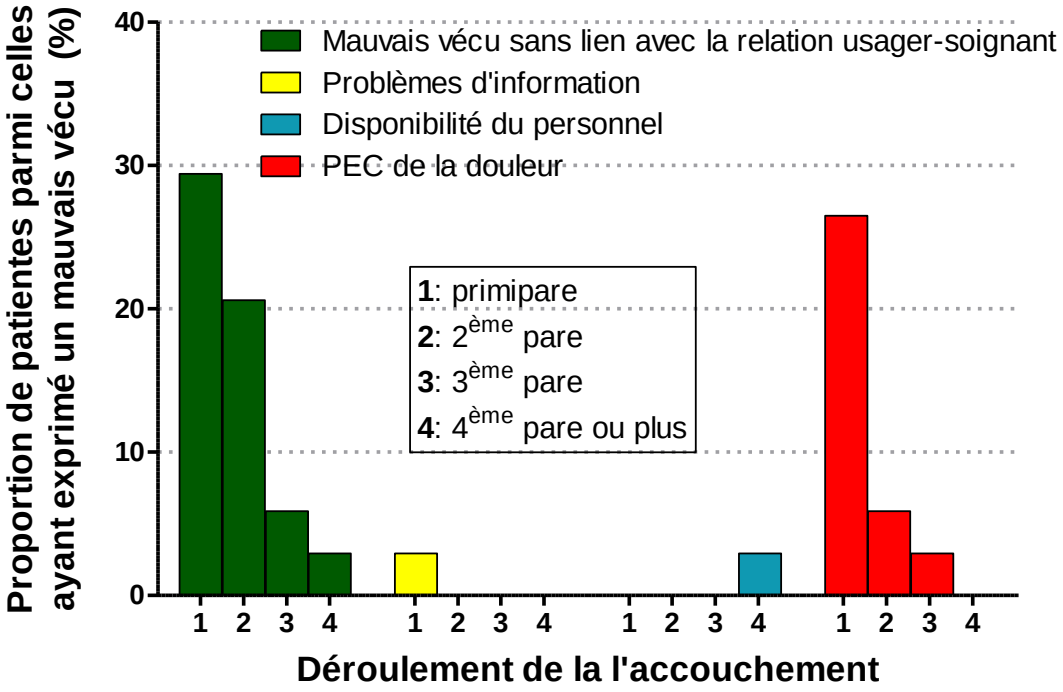
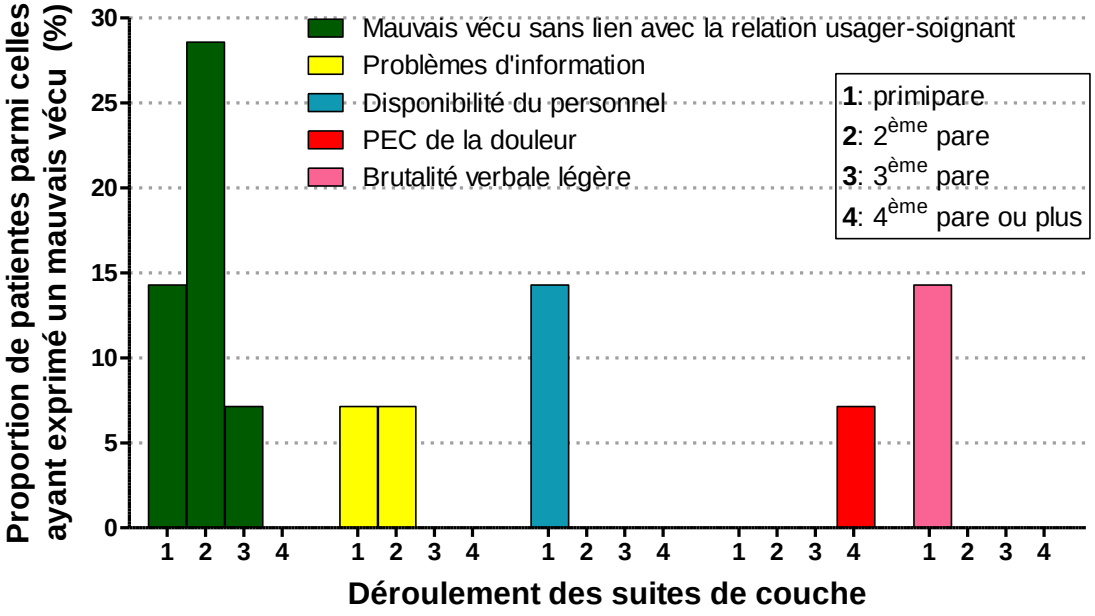


Figure 14 : Vécu du séjour en suites de couches en fonction de la parité.



Au cours des trois périodes d'observation, le mauvais vécu sans lien avec la relation usager-soignant est présent quelle que soit la parité, néanmoins il apparait plus fort chez les

primipares pendant la grossesse et l'accouchement et chez les deuxièmes pares au cours du séjour en suites de couches.

Au cours de la grossesse, nous pouvons remarquer que toutes les catégories de mauvais vécu en lien avec la relation usager-soignant à l'exception du suivi trop médicalisé, sont exprimées par les primipares. Les deuxièmes pares expriment également des problèmes d'information, de communication et de brutalités verbales légère et physique. Les troisièmes pares, elles, n'expriment aucune catégorie de mauvais vécu en lien avec la relation patient-soignant à l'exception d'une patiente qui signale de la brutalité verbale sévère.

Comme précisé précédemment, la catégorie de la prise en charge de la douleur apparait dans les facteurs de mauvais vécu principalement au cours de l'accouchement et de façon plus anecdotique pendant le séjour en suites de couches (une patiente). Au cours de l'accouchement, ce sont les primipares qui signalent le plus une mauvaise prise en charge de leur douleur. Nous relevons également qu'une quatrième pare ou plus signale un problème dans la prise en charge de sa douleur au cours de son séjour en suites de couches.

Les problèmes d'information ne semblent pas être dépendants de la parité. Par contre, le manque de disponibilité du personnel est particulièrement exprimé par les primipares au cours du séjour en suites de couches.

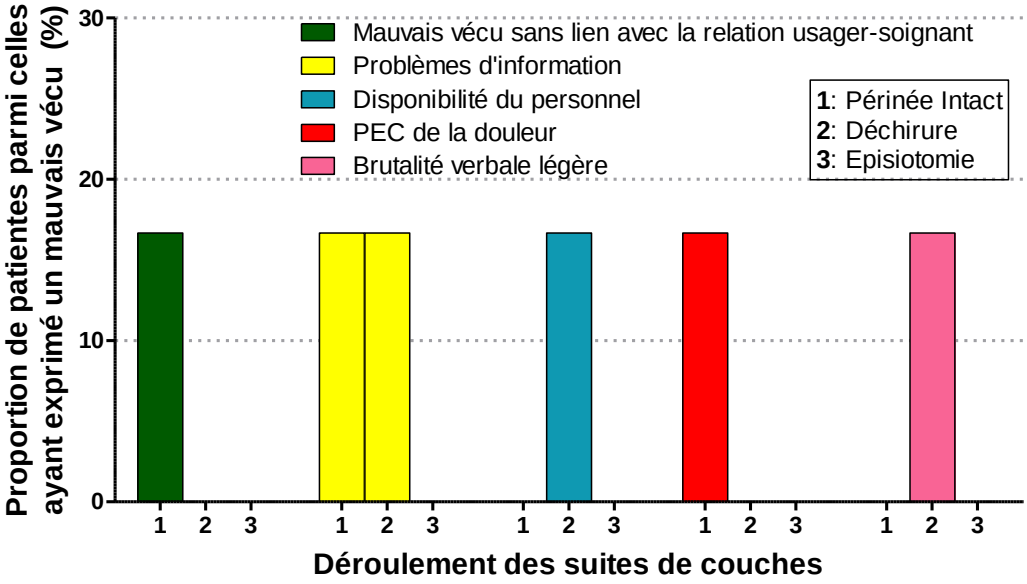
Enfin, ce sont essentiellement des primipares qui signalent des brutalités verbales et physiques et plus particulièrement au cours de la grossesse.

Il semble donc bien exister un lien entre la parité et le mauvais vécu en lien avec la relation usager-soignant, les primipares exprimant plus de brutalité verbale au cours de leur grossesse, un manque de prise en charge de la douleur au cours de l'accouchement et un manque de disponibilité du personnel et plus de brutalité verbale légère lors du séjour en suites de couches.

2.7.3. Rôle de l'état périnéal sur le vécu en suites de couches

Pour cette partie seulement, nous nous sommes intéressées uniquement aux 96 femmes ayant accouché par voie basse et nous nous sommes demandé si l'état périnéal de la patiente avait un lien avec un mauvais vécu au cours du séjour en suites de couches.

Figure 15 : Vécu du séjour en suites de couches en fonction de l'état périnéal.



Parmi les six femmes ayant accouché par voie basse et ayant exprimé un mauvais vécu, c'est une femme ayant un périnée intact qui signale des problèmes de prise en charge de la douleur lors du séjour en suites de couches. Il s'agit en fait d'une grande multipare dont les douleurs sont alors plus probablement des douleurs utérines connues pour être plus intenses chez les multipares.

C'est également une femme avec un périnée intact qui signale un mauvais vécu sans lien avec la relation usager-soignant. Par contre, c'est suite à une déchirure, que l'on relève des problèmes d'information, de disponibilité du personnel et de la brutalité verbale légère.

Concernant un éventuel lien entre le mauvais vécu et l'état périnéal, l'effectif de la population étudiée ne nous permet pas ici de conclure.

2.7.4. Rôle de l'existence d'une pathologie pendant la grossesse sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement

Ici, nous avons voulu étudier s'il existait un lien entre la présence d'une pathologie au cours de la grossesse et l'expression des différents mauvais vécus. Pour cela, nous avons regroupé les femmes en fonction de l'existence d'une pathologie : grossesse normale, grossesse à risque (existence d'antécédents obstétricaux ou de pathologie maternelle nécessitant une surveillance) et grossesse pathologique (existence de pathologie obstétricale ou fœtale).

Figure 16 : Vécu du la grossesse en fonction de l'existence d'une pathologie pendant la grossesse.

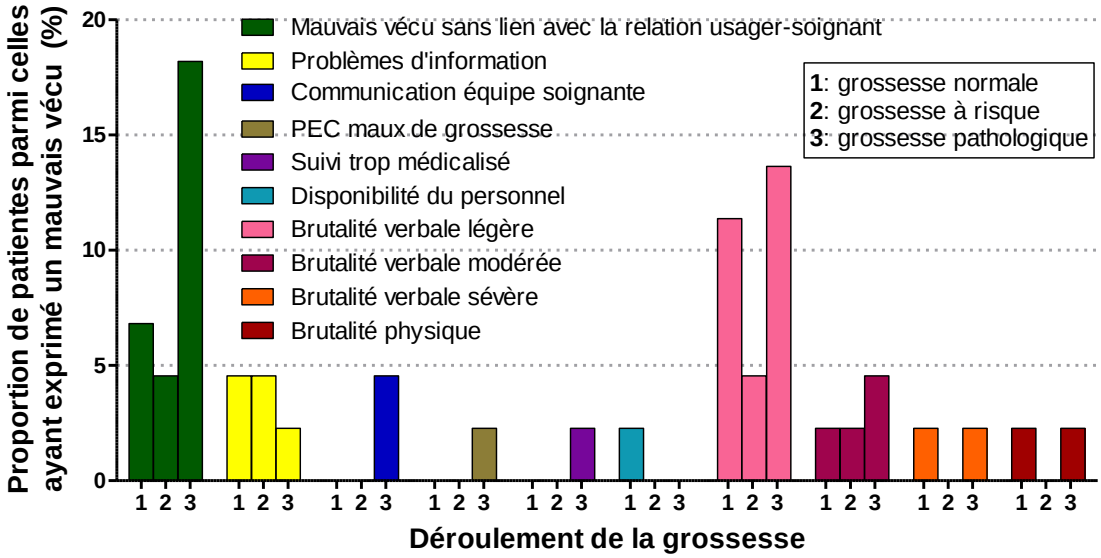
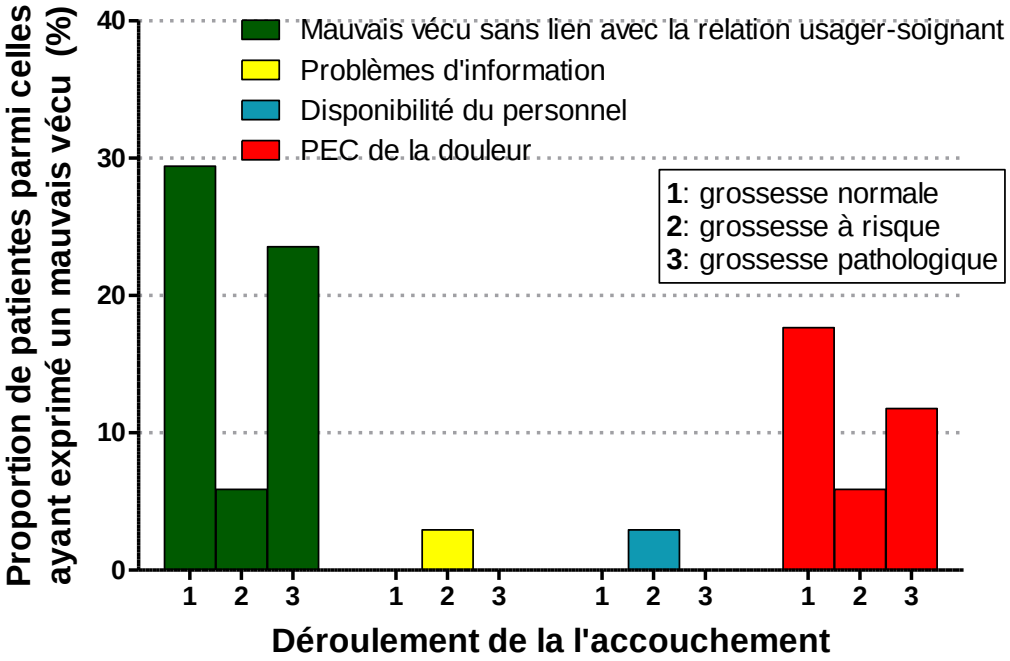


Figure 17 : Vécu de l'accouchement en fonction de l'existence d'une pathologie pendant la grossesse.



Concernant le vécu de la grossesse, nous pouvons constater que les femmes présentant une grossesse pathologique sont celles qui déclarent le plus de mauvais vécu sans lien avec la relation usager-soignant, certainement lié au stress de la connaissance de la pathologie et/ou à la surveillance particulière associée.

C'est également cette catégorie de femmes qui signale des problèmes de communication, des problèmes dans la prise en charge des maux de grossesse et un suivi trop médicalisé de la grossesse. Leur grossesse pathologique les amène certainement à rencontrer plus souvent les soignants, voire à être hospitalisées.

Par contre en ce qui concerne le vécu de l'accouchement, le mauvais vécu sans lien avec la relation usager-soignant est autant dénoncé par les femmes ayant une grossesse normale que par les femmes présentant une grossesse pathologique. Nous pouvons faire le même constat en ce qui concerne les brutalités verbales ou physiques au cours de la grossesse et la prise en charge de la douleur lors de l'accouchement.

De façon anecdotique, les problèmes liés à l'information des patientes sont signalés indépendamment de la présence d'une pathologie au cours de la grossesse. Et ce sont deux femmes présentant des grossesses à risque qui signalent respectivement des problèmes d'information et des problèmes de disponibilité des soignants.

Il est donc difficile sur la base de ces résultats d'établir un lien entre le mauvais vécu et l'existence d'une pathologie au cours de la grossesse.

2.7.5. Rôle d'une hospitalisation prénatale sur le vécu de l'accouchement et du séjour en suites de couches

Nous nous sommes ensuite intéressées à l'incidence que peut avoir une hospitalisation prénatale sur le mauvais vécu de la grossesse, de l'accouchement et du séjour en suites de couches.

Figure 18 : Vécu de la grossesse en fonction de l'hospitalisation pendant la grossesse.

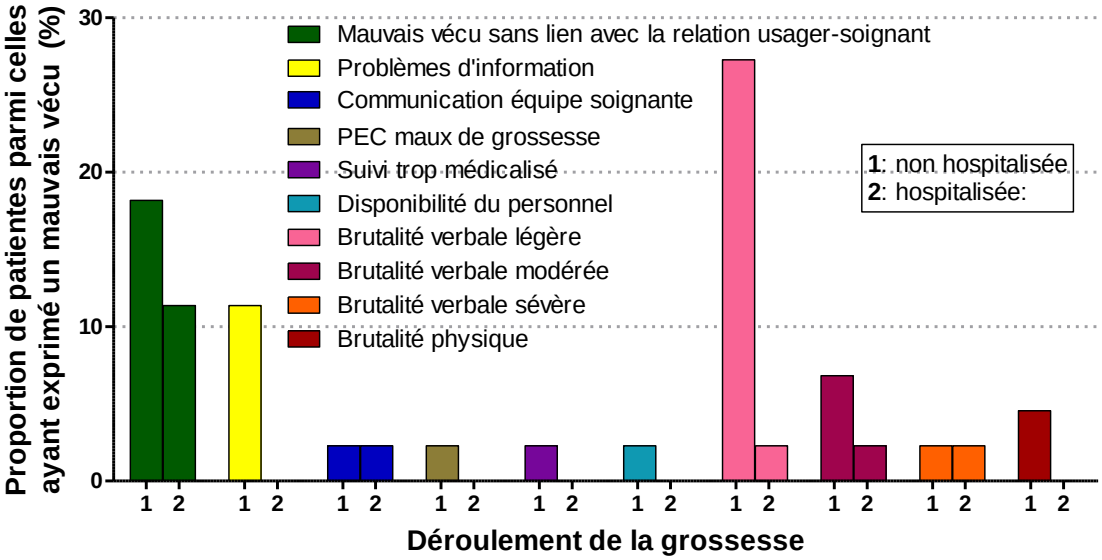


Figure 19 : Vécu de l'accouchement en fonction de l'hospitalisation pendant la grossesse.

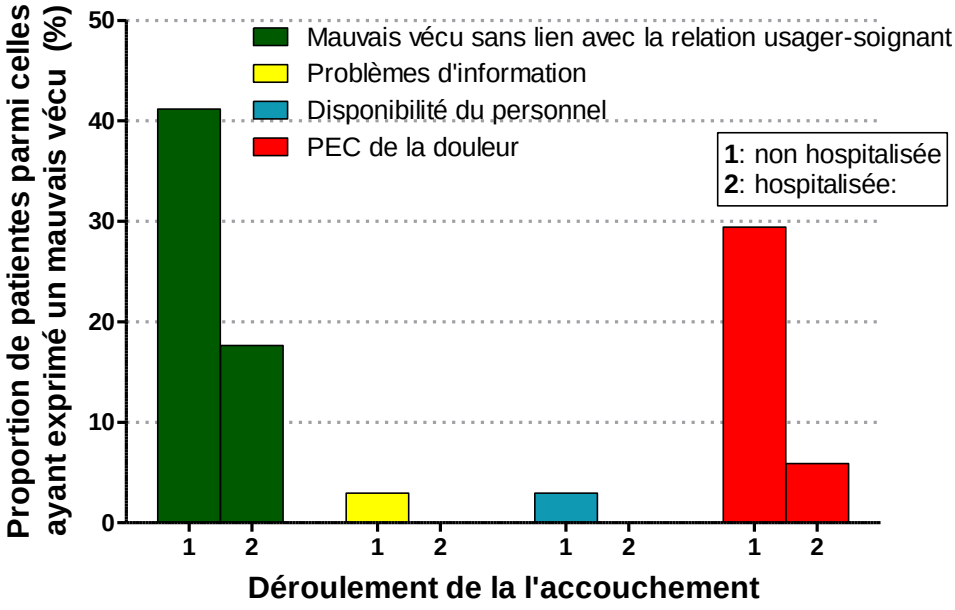
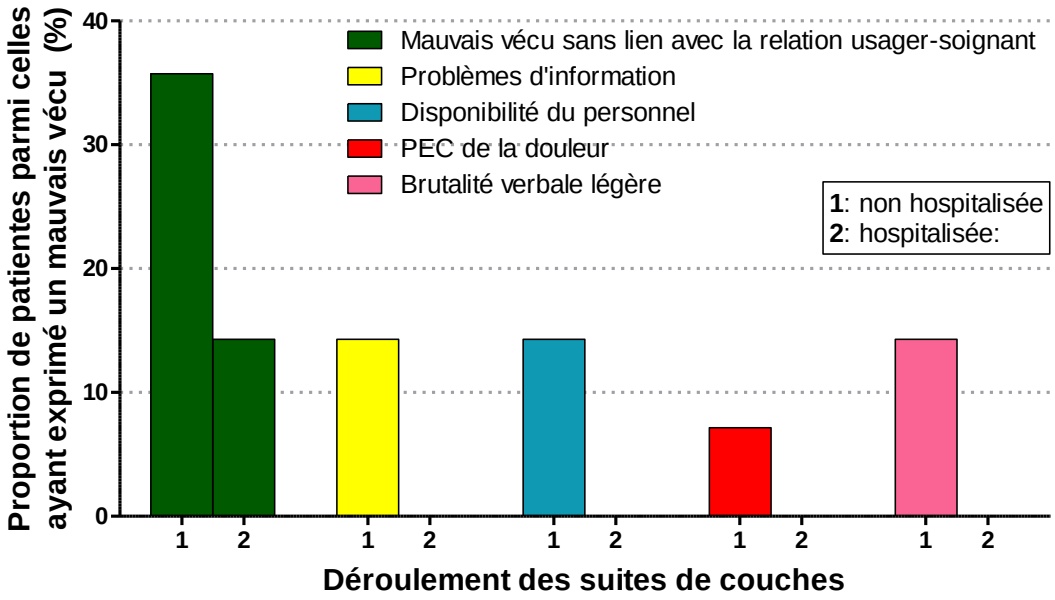


Figure 20 : Vécu du séjour en suites de couches en fonction de l'hospitalisation pendant la grossesse.



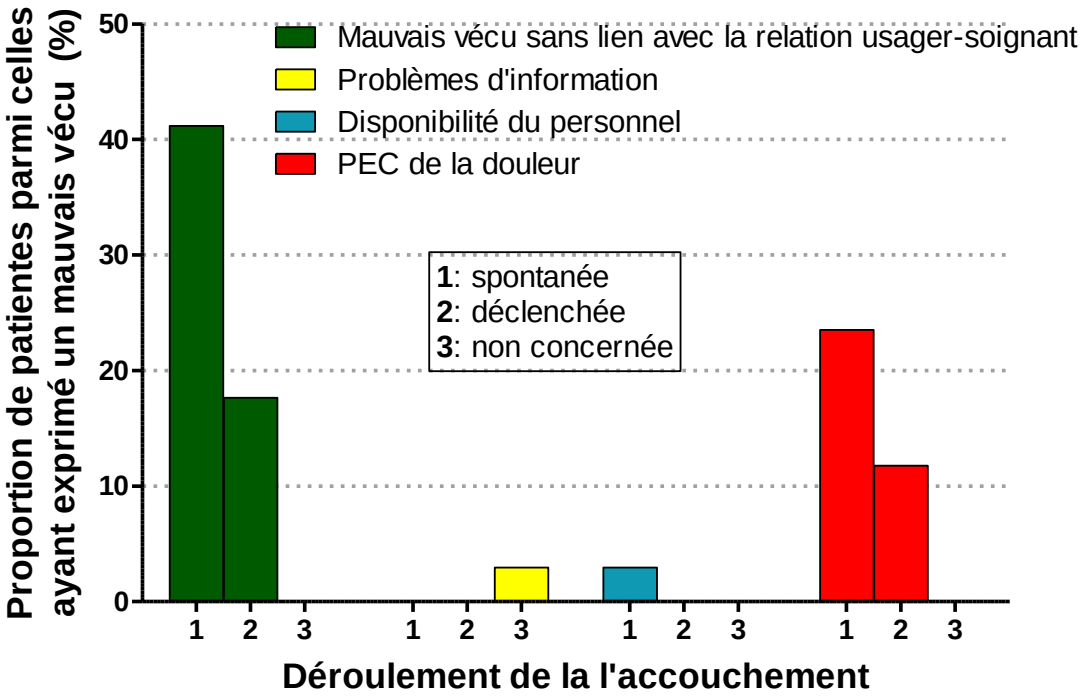
Globalement, ce sont les femmes non hospitalisées pendant leur grossesse qui expriment le plus un mauvais vécu que ce soit pendant la grossesse, l'accouchement ou le séjour en suites de couches. Pendant la grossesse, c'est particulièrement la brutalité verbale légère que l'on remarque. Au cours de l'accouchement, les femmes non hospitalisées expriment plus des problèmes de prise en charge de la douleur et du mauvais vécu sans lien avec la relation usager-soignant. Au cours du séjour en suites de couches, le mauvais vécu en lien avec la relation usager-soignant n'est exprimé que par des femmes non hospitalisées pendant leur grossesse.

Il semble donc que l'hospitalisation pendant la grossesse améliore le vécu de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Les femmes hospitalisées ont dû recevoir plus d'attention et d'information pendant leur suivi du fait justement de cette hospitalisation.

2.7.6. Rôle du mode de mise au travail sur le vécu de l'accouchement

Par la suite, nous avons voulu connaitre l'influence du mode de mise en travail sur le mauvais vécu de l'accouchement par les femmes.

Figure 21 : Vécu de l'accouchement en fonction du mode de mise en travail.



Etonnement, nous pouvons observer que ce sont les femmes qui se sont mises en travail spontanément qui signalent le plus de mauvais vécu sans lien avec la relation usager-soignant et de problèmes dans la prise en charge de leur douleur. Dans le cadre de notre population, le mauvais vécu sans lien avec la relation usager-soignant est dû à la durée du travail (trop longue ou trop rapide), au stress, à la frustration de l'accouchement par césarienne ou à des convulsions au cours du travail.

2.7.7. Rôle de la voie d'accouchement sur le vécu de l'accouchement et du séjour en suites de couches

Enfin, nous nous sommes intéressées à l'influence de la voie d'accouchement sur le vécu de l'accouchement et du séjour en suites de couches.

Figure 22 : Vécu de l'accouchement en fonction de la voie d'accouchement.

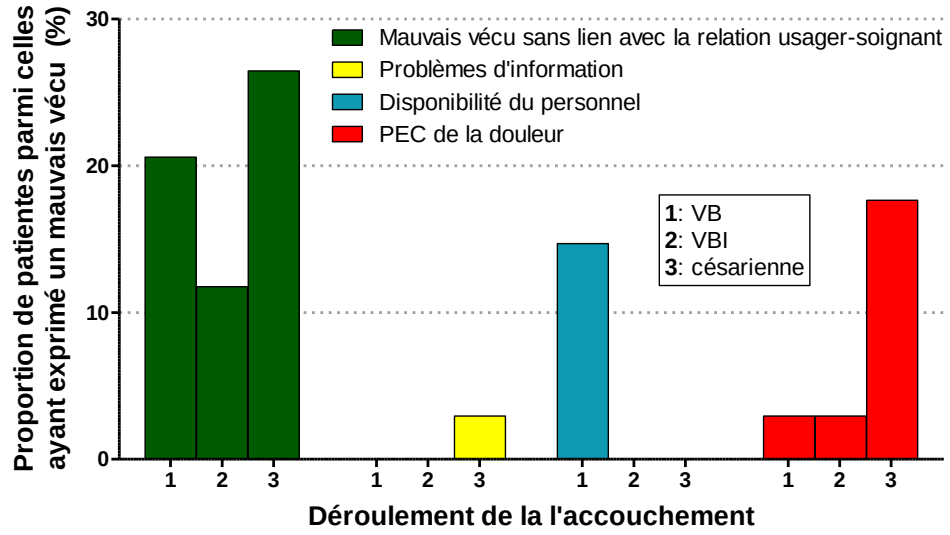
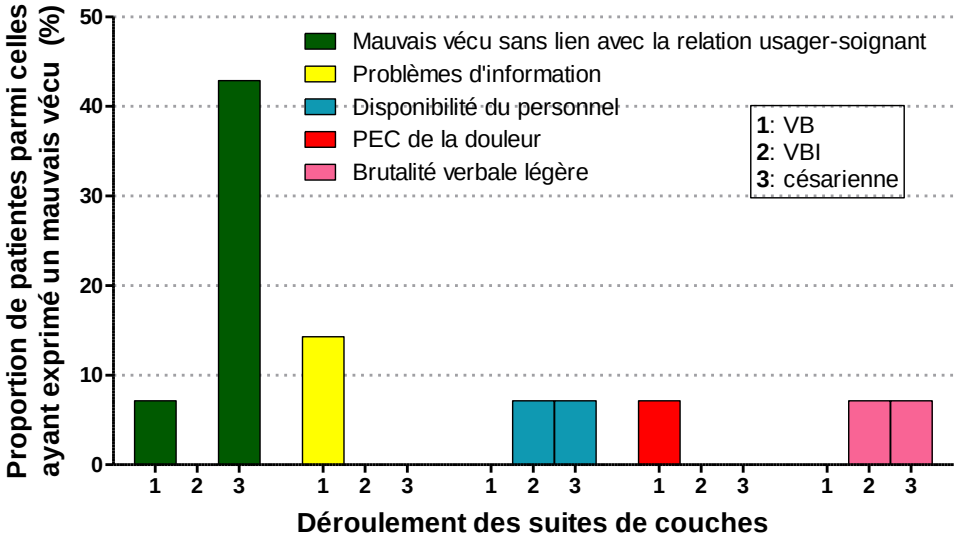


Figure 23 : Vécu du séjour en suites de couches en fonction de la voie d'accouchement.



Le mauvais vécu sans lien avec la relation usager-soignant est observé quel que soit le mode d'accouchement mais semble plus fortement exprimé chez les femmes césarisées particulièrement pendant les suites de couches. Ce sont aussi les femmes césarisées qui évoquent le plus un manque ou une mauvaise prise en charge de la douleur pendant leur accouchement. Cependant, on ne différencie pas, dans cette étude, les césariennes programmées des césariennes en cours de travail pour lesquelles la prise en charge de la douleur peut s'avérer plus difficile dans un contexte d'urgence.

Ce sont les femmes ayant accouché par voie basse qui décrivent un manque de disponibilité de la part des soignants pendant l'accouchement.

Etonnement, ce ne sont pas les femmes césarisées mais une femme ayant accouché par voie basse qui déclare un problème dans la prise en charge de la douleur pendant le séjour en suites de couches.

Ce sont également deux femmes ayant accouché par voie basse qui relèvent des problèmes d'information.

Et enfin, ce sont une femme césarisée et une femme ayant accouché par voie basse instrumentale qui signalent des problèmes concernant la disponibilité des soignants ainsi que de la brutalité verbale légère.

Il est difficile sur la base de ces résultats d'affirmer qu'il existe un lien entre la voie d'accouchement et le mauvais vécu de l'accouchement et des suites de couches, néanmoins ces résultats semblent révéler globalement que les femmes césarisées vivent moins bien leur accouchement et leurs suites de couches, ce qui peut se comprendre.

2.8. Facteurs de vulnérabilité

Nous avons également au cours de cette enquête, pu identifier des facteurs de vulnérabilité chez cinq patientes. Cette vulnérabilité est surtout liée à une grande fatigue (*« jugement ou paroles culpabilisantes sur la mise en place de l'allaitement qui est très douloureux et dans des conditions de fatigue extrême », « à la fin, j'étais très fatiguée à cause du diabète », « fatigue physique et psychologique. A cela s'ajoutant un peu de difficulté à allaiter et le babyblues »*) et à un sentiment de solitude (*« Stress d'être seule avec mon bébé, la solitude, loin de mon compagnon et de ma maison », « seule en chambre, sans famille la journée, bébé très agité, pas de temps pour aller faire pipi… »*). Trois de ces femmes, ont exprimé en plus un mauvais vécu pendant la grossesse, l'accouchement ou le séjour en suites de couches.

De plus, une de ces cinq femmes, d'après ses commentaires recueillis sur le questionnaire, a subi une césarienne « à vif » sans pour autant mettre la responsabilité de la prise en charge de sa douleur sur les soignants : *« Levée de la péridurale lors de la césarienne »*, *« La douleur ressentie lors de la césarienne était franchement intolérable mais il n'y a pas de coupable, ce qui est extrêmement dur à accepter »*, *«[…] je n'ai pas été*

préparée à la douleur et à la violence de la césarienne : je ne m'attendais pas à la violence sans coupable. C'est très déstabilisant et difficile à accepter ». A la lecture de ses écrits, on ressent de la détresse, particulièrement parce qu'elle ne parvient pas à mettre la faute sur quelqu'un. Cette patiente a néanmoins pu bénéficier d'une prise en charge psychologique en suites de couches : *« J'ai tout de suite été psychologiquement prise en charge. Les sages-femmes communiquent avec l'équipe de psychologues »*.

III. Discussion

Cette étude, par l'intermédiaire d'un questionnaire, a permis de donner la parole à une centaine de femmes au cours de leur séjour en suites de couches au CHU de Nantes. Ces femmes ont pu s'exprimer sur le vécu de leur grossesse, de leur accouchement, et de leur séjour en suites de couches. Leurs réponses ont permis de quantifier et de qualifier le mauvais vécu de ces femmes. La présentation et l'analyse de ce mauvais vécu ont pour but de permettre de continuer la prise de conscience par les soignants de l'existence des violences obstétricales et d'améliorer les pratiques en conséquence.

Cette étude révèle, tout d'abord, un point positif. En effet, la grande majorité des femmes interrogées vit assez bien la grossesse, l'accouchement et le séjour en suites de couches. De plus, pour une très grande majorité de femmes, leur consentement a été recueilli pour tous les examens au cours de leur grossesse. Cependant cette étude relève aussi certains facteurs de risque de mauvais vécu et des causes de ce vécu en lien avec la relation avec les soignants. La prise de conscience par les soignants de ces dernières est une première étape. Puis l'amélioration de nos pratiques permettra potentiellement de les réduire.

3.1. Représentativité de l'étude

Notre population est composée majoritairement de femmes âgées de 26 à 35 ans, vivant plutôt en couple et de classe moyenne. Elle est constituée d'un tiers de primigestes et d'un tiers de deuxièmes gestes. Pour presque la moitié des femmes, il s'agit de leur premier accouchement. Parmi celles qui ont déjà accouché par voie basse, 50% ont eu comme antécédent une déchirure et un peu plus de 25% une épisiotomie. Près des trois quarts de notre population a rencontré une sage-femme au cours de la grossesse. La moitié des femmes ont eu une surveillance particulière au cours de la grossesse et près de 20% ont été hospitalisées. Un tiers des patientes ont rédigé un projet de naissance qu'elles ont estimé en majorité respecté. Notre population comporte une majorité de femmes s'étant mises en travail spontanément.

Nous avons comparé notre population avec la population de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 [24] pour savoir si notre étude est représentative de la population générale.

3.1.1. Comparaison des tranches d'âge

Les tranches d'âge décrites dans l'ENP de 2016 ne sont pas exactement les mêmes que celles que nous avons utilisé dans cette étude. Aussi pour des raisons de simplification, nous avons regroupé certaines tranches d'âge ou comparé des tranches variant d'une année.

Tranches d'âge	ENP 2016	Notre étude
18-24*/18-25 ans	13,6%	12,8%
25-29*/26-30 ans	31,3%	32,3%
30-34*/31-35 ans	33,8%	34,6%
35-39*/36-40 ans	17,3%	19,5%
> 40 ans	4,0%	0,8%

* Tranches d'âge de l'ENP de 2016.

La représentation des tranches d'âge de notre population semble assez similaire à celle de l'ENP de 2016.

3.1.2. Comparaison de la situation familiale

Situation familiale	ENP 2016	Notre étude
Mariée ou en couple	40,6%	87,1%
Pacsée	41,3%	8,3%
Célibataire	18,1%	4,6%

Pour notre étude, nous avions également mentionné la catégorie « en couple » qui ne figure pas dans l'ENP de 2016. Dans un souci de simplification, nous avons regroupé les femmes mariées et en couple de notre étude.

Notre population comporte moins de femmes célibataires que dans l'ENP de 2016.

3.1.3. Comparaison de la catégorie socio-professionnelle

Catégorie socio-professionnelle	ENP 2016	Notre étude
Agricultrice	0,4%	0,8%
Artisane, commerçante	3,1%	3,8%
Cadre	13,3%	22,6%
Profession intermédiaire	40,3%	9%
Employée	29,3%	43,6%
Ouvrière	4,7%	0,8%
Sans activité	16,8%	19,5%

Notre population présente un pourcentage plus important de cadres et d'employées et moins important de professions intermédiaires et d'ouvrières.

3.1.4. Comparaison de la parité

Parité	ENP 2016	Notre étude
Primipare	42,2%	48,9%
Deuxième pare	35,6%	36,1%
Troisième pare	14,3%	9,0%
Quatrième pare ou plus	7,9%	6,0%

Notre population se rapproche assez bien de celle de l'ENP de 2016 pour ce qui est de la parité des femmes interrogées.

3.1.5. Comparaison suivi de grossesse

Praticien	ENP 2016	Notre étude
Sage-femme	65,9%	72,2%
Médecin traitant	19,3%	37,6%
Gynécologue – obstétricien	90,1%	54,1%

Comparé à l'ENP de 2016, les femmes de notre étude ont plus consulté une sage-femme ou un médecin traitant durant leur grossesse et beaucoup moins un gynécologue-obstétricien. Cela est sans doute lié au fonctionnement du CHU de Nantes où les patientes ne sont reçues en consultation qu'au 8ème et 9ème mois après un suivi en libéral, contrairement à des structures ou des villes plus petites où le suivi est plus global.

3.1.6. Comparaison de l'hospitalisation prénatale

Les taux d'hospitalisation prénatale au sein de notre étude sont assez proches de ceux décrits dans l'ENP de 2016 (19,5% vs 18,1%).

3.1.7. Comparaison du vécu de la grossesse

Vécu de la grossesse	ENP 2016	Notre étude
Bien	67,7%	60,9%*
Assez bien	22,2%	23,3%
Assez mal	7,3%	13,5%
Mal	2,8%	2,3%

* Les catégories très bien et bien de notre étude ont été regroupées.

Notre population a eu un vécu de la grossesse assez similaire à celui de la population de l'ENP de 2016 avec tout de même un peu moins de bien vécu et plus de assez mal vécu.

3.1.8. Comparaison du mode de mise en travail

Le taux de déclenchement est légèrement supérieur dans notre étude (28,6% vs 22,0%), mais il représente celui de la maternité d'un seul établissement alors que l'ENP de 2016 est une étude multicentrique. De plus, le CHU de Nantes est un établissement de type 3 donc qui accueille, *a priori*, plus de grossesses pathologiques qui peuvent être amenée à être déclenchées.

3.1.9. Comparaison du projet de naissance

Dans notre étude, plus de femmes ont fait un projet de naissance (33,1% vs 20,9%) mais le taux de satisfaction est un peu moins important que dans l'ENP de 2016 (81,8% vs 96,6%).

3.1.10. Comparaison de la satisfaction à la réponse à la douleur

Les femmes sont moins satisfaites de ce qui a été mis en œuvre pour soulager leur douleur dans notre étude que dans l'ENP de 2016 (21,1% vs 11,7%).

3.1.11. Comparaison de la voie d'accouchement

Voie d'accouchement	ENP 2016	Notre étude
Voie basse	67,4%	60,2%
Voie basse instrumentale	12,2%	12,0%
Césarienne	20,4%	27,8%

On observe légèrement plus de césariennes dans notre étude et le taux de voie basse instrumentale est similaire à l'ENP de 2016.

3.1.12. Comparaison de l'état périnéal

On observe moins de femmes ayant eu une épisiotomie ou une déchirure dans notre étude que dans l'ENP de 2016 (6,8% et 36,8% vs 20,1% et 52,1% respectivement).

En conclusion, notre population est assez proche de celle de l'ENP de 2016 en ce qui concerne les tranches d'âge, la parité, le taux d'hospitalisation prénatale et le vécu de la grossesse. Par contre, elle comporte moins de femmes célibataires, plus de cadres et d'employées et moins de professions intermédiaires et d'ouvrières que l'ENP de 2016. Le suivi de notre population est assuré plus par des sages-femmes et des médecins traitants, il y a plus de déclenchements dans notre étude et nos patientes sont moins satisfaites de la prise en charge de la douleur pendant l'accouchement que dans l'ENP de 2016. Nous avons également plus de césariennes dans notre étude mais moins de déchirures et d'épisiotomies

et plus de femmes ont exprimé un projet de naissance cependant, elles sont moins satisfaites que dans l'ENP de 2016.

3.2. Points faibles et limites de notre étude

Notre étude comporte plusieurs points faibles et biais. Tout d'abord, elle ne s'est intéressée qu'au CHU de Nantes et elle recense le ressenti d'un effectif restreint de femmes. La population et les résultats de cette étude auraient pu être plus représentatifs de la population générale si elle avait été réalisée sur plusieurs centres et avec un nombre plus important de patientes.

Notre population regroupe majoritairement des femmes employées donc appartenant à la classe moyenne. Notre critère d'exclusion qui a écarté les femmes parlant peu ou pas le français, souvent issues de l'immigration, a pu contribuer à écarter une population de femmes précaires qui sont plus sujettes aux violences et au sexisme.

D'autre part, nous avons un autre biais de sélection car les femmes étaient interrogées seulement deux à trois jours après leur accouchement. Elles n'avaient alors peut-être pas le recul suffisant pour pouvoir juger du vécu de leur accouchement et de leur séjour en suites de couches par rapport à la grossesse qui est une période plus longue. En effet, une plus grande diversité de mauvais vécu pendant la grossesse (11 catégories) a été relevée par rapport à l'accouchement (5 catégories) et le séjour en suites de couches (6 catégories). Il aurait pu être intéressant d'interroger les femmes plus à distance de leur accouchement pour leur laisser un recul suffisant pour exprimer leur ressenti.

L'anonymisation de l'enquête et le fait de les avoir laissées seules pour remplir le questionnaire a laissé une certaine liberté aux femmes pour exprimer leurs ressentis. Cependant, il aurait pu être pertinent de reprendre avec elles certaines de leurs réponses pour avoir plus de détails ou pour approfondir.

3.3. Retour sur les hypothèses

Nous allons tenter maintenant de répondre à nos hypothèses de départ.

Concernant notre première hypothèse : « Les femmes ne comprennent pas forcément les raisons pour lesquelles un acte est pratiqué, et ceci peut entraîner un

sentiment de maltraitance. », notre étude révèle au contraire que la majorité des femmes interrogées au CHU de Nantes ont bien compris les raisons d'un acte pratiqué pendant leur accouchement et également les raisons d'une surveillance particulière ou d'une hospitalisation au cours de la grossesse.

A notre deuxième hypothèse : « Les femmes ne reçoivent peut-être pas au cours de leur grossesse ou au moment de leur accouchement, une information suffisante sur le risque de recours à des actes comme l'épisiotomie, la césarienne ou l'extraction instrumentale. L'information sur l'utilité de ces actes n'est peut-être aussi, pas suffisante. », nous pouvons répondre que, oui les problèmes d'information sont signalés au cours des trois périodes étudiées par les femmes interrogées, mais nous ne savons pas toujours sur quoi porte ce manque d'information. Cependant la plupart des femmes ayant eu un acte comme par exemple une césarienne ou une épisiotomie au moment de l'accouchement disent avoir reçu des informations suffisantes.

Pour notre troisième hypothèse : « Les suites difficiles (cicatrisation et cicatrice handicapante, douleur pendant les rapports sexuels, cicatrice psychologique…) peuvent contribuer pour certaines femmes à un ressenti de violence obstétricale. ». Nous n'avons malheureusement pas pu l'évaluer. En effet, ayant interrogé les femmes seulement à deux ou trois jours de leur accouchement, elles n'avaient pas le recul nécessaire pour cette évaluation, la cicatrisation a tout juste commencé et la reprise des rapports sexuels et l'apparition d'une cicatrice psychologique sont généralement plus tardifs.

3.4. Rôle de la sage-femme face aux violences obstétricales

Nous l'avons montré dans notre étude, les sages-femmes sont les professionnels les plus rencontrés par les femmes au cours de leur grossesse. En effet 72,2% des femmes interrogées dans notre étude et 65,9% des femmes selon l'ENP de 2016 [24] ont rencontré au moins une fois pendant leur grossesse une sage-femme. De plus, toujours selon l'ENP de 2016, 58,6% des accouchements sont réalisés par des sages-femmes et nous savons également que les femmes rencontrent surtout des sages-femmes, des auxiliaires de puériculture, des puéricultrices, des médecins généralistes et des pédiatres en suites de couches. La sage-femme est donc un interlocuteur privilégié des femmes au cours de toutes les étapes de la périnatalité ainsi qu'au cours de leur suivi gynécologique de prévention. Elle a certes le rôle du suivi médical mais elle a également un rôle d'écoute. Elle a une place importante dans l'information des femmes, pendant les consultations ou les cours de préparation à la naissance et à la parentalité par exemple, mais elle peut également

intervenir sur l'instant et/ou *a posteriori* pour expliquer aux femmes ce qui a été fait et pourquoi. Elle apporte une attention bienveillante et rassurante pour la future maman. Elle a donc un rôle essentiel dans le repérage, la prévention et la réduction des violences obstétricales.

De plus, les femmes interrogées dans notre étude, ont apprécié également la présence des étudiants sages-femmes auprès d'elles, qui sont selon elles plus disponibles et passent plus de temps à expliquer : *« la présence des étudiants qui prennent le temps avec les futurs parents »* ou *« nous avons apprécié la présence des étudiants souvent plus disponibles »*. En effet, comme le relève notre étude, des femmes et particulièrement des primipares ont signalé un manque de disponibilité du personnel. Ce problème est directement lié à l'organisation des maternités qui, comme de nombreux autres services hospitaliers, nécessiterait un renforcement à la fois humain et financier. L'idéal serait d'avoir une sage-femme par femme pour pouvoir apporter correctement la qualité des soins attendue par la population et prendre le temps nécessaire pour instaurer un lien de confiance et un dialogue afin de permettre un accompagnement de la physiologie et une explication des actions médicales mises en place si nécessaire. Cependant, en France, on est loin de ce rapport d'une sage-femme par femme dans les services de maternité sauf dans le cas des maisons de naissance ou des plateaux techniques ouverts aux sages-femmes libérales pour l'accompagnement global à la naissance.

Pourtant dans une méta-analyse parue en 2013 [26] regroupant 22 essais contrôlés randomisés incluant 15 288 femmes au total, il a été démontré, que le soutien continu des femmes durant le travail permet d'augmenter le taux de voie basse spontanée (RR=1,08 ; intervalle de confiance (IC) à 95% [1,04-1,12]) et donc de diminuer les taux de césarienne (RR=0,78 ; IC à 95% [0,67-0,91]) et d'accouchement par voie basse instrumentale (RR = 0,90 ; IC à 95% [0,85-0,96]), mais aussi ceux d'un score d'Apgar bas à cinq minutes pour les nouveau-nés (RR = 0,69 ; IC à 95% [0,50-0,95]). De plus, le soutien continu diminue la durée du travail (durée médiane - 0,58 heure ; IC à 95% [- 0,85 à - 0,31]), le recours à une analgésie (quelle qu'elle soit) pendant le travail (RR = 0,90 ; IC à 95% [0,84-0,96]), et les taux d'insatisfaction des femmes de leur accouchement.

3.5. Propositions d'améliorations dans le repérage, la compréhension et la réparation des violences obstétricales

Depuis la forte médiatisation des violences obstétricales ainsi que la parution en juin 2018 du rapport du HCE, quelques pistes de solutions et d'axes d'amélioration ont été évoquées.

3.5.1. Propositions du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

Avant la parution du rapport du HCE, le CIANE a publié en octobre 2017 un dossier intitulé « Violences obstétricales : comprendre, prévenir et réparer » [27]. Ce document expose six propositions pour lutter contre les violences obstétricales. Parmi ces propositions, le CIANE met en avant la nécessité d'informer les patientes sur leurs droits pour ainsi les aider à les exercer : *« Il est nécessaire de mener une campagne d'information d'ampleur en direction du grand public rappelant les droits des patientes, dénonçant les comportements maltraitants et sensibilisant aux conséquences possibles de ces maltraitances sur la santé physique et psychique des femmes ».* Ce document évoque également le fait que les violences et la maltraitance ne sont pas forcément volontaires de la part des soignants, d'où le besoin et le devoir de sensibiliser et de former les professionnels de santé en matière d'éthique, de droits des patients et notamment sur l'importance du recueil de consentement, et de les former aussi aux préjugés ou biais en perception en santé et à la détection du syndrome de stress post-traumatique… L'école de sages-femmes de Nantes inclut d'ailleurs dans son programme de formation plusieurs modules concernant ces points. De plus, elle va proposer pour la première fois cette année un module de formation sur le recueil des projets des patients et sur l'amélioration et la personnalisation de la relation usager-soignant.

Le CIANE présente, par ailleurs, l'importance de la communication dans la relation soigné/soignant et de sa promotion : *« Une bonne compréhension/communication entre soignants et soignés fait partie des soins ».* Il évoque la possibilité d'un entretien post-natal pour toutes les femmes qui le souhaitent, pour pouvoir revenir sur certains points de l'accouchement, pouvoir comprendre ce qui s'est passé. Il demande également à ce que les violences obstétricales soient réparées (consultations de psychothérapie prise en charge à 100% suite à un accouchement traumatique ou mal vécu), reconnues (sensibilisation des experts médicaux et professionnels du secteur judiciaires concernant la maltraitance obstétricale) et sanctionnées. Le CIANE souhaite également un système de santé réellement

centré sur la patiente, c'est-à-dire que l'organisation des soins et la gestion du service soient pensées en fonction des besoins de sécurité affective, psychique et médicale des femmes.

3.5.2. Propositions du Haut Conseil à l'Egalité

Le rapport du HCE, paru en juin 2018 [4], propose 26 recommandations autour de trois axes qui se recoupent avec les propositions précédentes du CIANE. Dans son premier axe, il propose, entre autre, de réaliser une enquête de santé publique concernant le suivi gynécologique des femmes et leur satisfaction (recommandation 1), de rendre publique les données des maternités relatives aux actes médicaux pratiqués lors de l'accouchement (recommandation 2), de mesurer la satisfaction des femmes quant à leur suivi obstétrical (recommandation 3) et d'intégrer dans les soins pris en charge à 100%, les soins dispensés suite à un accouchement traumatique (recommandation 6). Notre étude a, en effet, révélé un mauvais vécu non négligeable qu'il soit ou non en lien avec la relation usager-soignant au cours de toute la période périnatale et il est important de l'évaluer pour mettre en place des mesures pour l'amélioration des pratiques et du vécu des patientes. Une prise en charge psychologique pourrait peut-être être plus systématiquement proposée à toutes les patientes. Une évaluation du vécu des patientes avant leur sortie de la maternité et plus à distance, par exemple lors de la visite post-natale, pourrait être assez facilement mise en place.

Le second axe est centré sur la prévention, il propose, comme le CIANE, de renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé afin de renforcer la prévention et la lutte contre le sexisme et de définir des normes pour un suivi gynécologique et obstétrical respectueux et adapté, comme l'introduction de l'interdiction pour les médecins d'utiliser le caractère asymétrique de la relation médicale pour initier toute relation sexuelle avec les patient(e)s dans le Code de déontologie médicale, l'évaluation de l'expérimentation des huit maisons de naissance et l'application des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'OMS à propos du suivi gynécologique et obstétrical.

Le troisième axe, lui, se concentre sur l'information des femmes sur leurs droits tout au long de leur vie et la mise en place d'une meilleure réponse pénale concernant les pratiques sanctionnées par la loi. Il existe déjà des initiatives pour promouvoir l'information des femmes avec les programmes d'Education à la Vie Affective et Sexuelle (EVAS) qui réalisent des interventions dans les écoles, collèges et lycées. L'école de sages-femmes de Nantes a aussi un programme en collaboration avec l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) et réalise des interventions animées par les étudiantes

sages-femmes auprès de lycéens sur la vie affective et sexuelle. De plus, depuis la rentrée 2018, tous les étudiants en santé ont vu la mise en place du service sanitaire leur permettant d'acquérir des compétences pour mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé auprès de tous les publics [28].

Concernant la meilleure réponse pénale, on peut noter que récemment le CNOSF a sanctionné pour la première fois une sage-femme qui a réalisé une épisiotomie sans le consentement de la patiente [29].

Cet axe aborde également dans sa recommandation 18, l'importance de la généralisation de l'entretien prénatal précoce et la possibilité d'élaboration d'un projet de naissance pour améliorer l'implication des femmes dans le suivi de grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Cela aurait été particulièrement adapté aux primipares de notre étude qui ont exprimé de façon plus importante un mauvais vécu en lien avec la relation usager-soignant au cours de leur grossesse, très certainement lié pour la majorité d'entre elles au fait qu'il s'agissait de leur première expérience de grossesse.

Dans sa lettre n°55, le CNOSF salue ce rapport et estime que certaines pistes ouvertes par le HCE présentent un intérêt certain, dont certaines rejoignent l'analyse de l'Ordre. [30].

3.5.3. Nos propositions d'amélioration suite à l'étude

Malgré le faible effectif de notre population, notre étude a recueilli une expression non négligeable de mauvais vécu, qui quand il est exprimé sans lien avec la relation usager-soignant atteint 15% pendant l'accouchement et qui, en lien avec la relation usager-soignant dépasse les 23% au cours de la grossesse. Le mauvais vécu sans lien avec la relation usager-soignant est un peu plus fortement exprimé par les primipares pendant la grossesse et l'accouchement. Les facteurs responsables du mauvais vécu en lien avec la relation usager-soignant sont principalement liés à des problèmes d'informations et à de la brutalité verbale et - heureusement dans une moindre proportion - physique pendant la grossesse, et à des problèmes de prise en charge de la douleur pendant l'accouchement. Les brutalités verbales et physiques relevées dans cette étude au cours de la grossesse ont été exprimées par presque 16% des femmes interrogées. Cela est loin d'être négligeable et représente des causes d'un ressenti de violences obstétricales en dehors des actes médicaux eux-mêmes. Ces brutalités qu'elles soient verbales ou physiques sont plus particulièrement exprimées par des primipares, qui vivant en majorité leur première expérience de grossesse sont

certainement plus vulnérables et sensibles lors des échanges avec les soignants. De plus, les perturbations psychologiques engendrées chez la patiente ne sont souvent pas corrélées au degré de la brutalité reçu. Une sensibilisation et une formation spécifique du personnel soignant comme le soulignent le CIANE et le HCE, pour aller vers une personnalisation de la relation usager-soignant qui tiendra compte des caractéristiques propres de chaque patiente pourront certainement contribuer à réduire ce mauvais vécu. La traçabilité du dialogue usager-soignant au cours de la périnatalité des femmes au même titre que celle des soins réalisés et du suivi médical sera un moyen incontournable pour percevoir les spécificités de chaque patiente.

Des problèmes sur la prise en charge de la douleur au cours de l'accouchement ont été également particulièrement exprimés par les primipares. Lors du déroulement du travail ou de l'accouchement, des problèmes liés à l'efficacité de l'analgésie péridurale ou à un manque de réactivité de l'équipe soignante face à la douleur ont été décrits de façon non négligeable. De plus, la douleur n'est pas ressentie de la même manière par chaque patient et nécessite donc une écoute personnalisée. Certes le manque de personnel face à une activité importante impacte fortement sur la prise en charge de la douleur, cependant un accompagnement renforcé et personnalisé (un soignant pour une femme) pourrait aider les femmes à gérer la douleur des contractions dans l'attente ou non d'une analgésie. Il est important également d'évaluer régulièrement la douleur des femmes, à l'aide de l'échelle visuelle analogique par exemple, pour suivre l'efficacité de la prise en charge, ce qui peut aussi permettre d'évaluer et potentiellement améliorer les pratiques. L'empathie, l'écoute des femmes et les relations humaines sont donc assurément autant importantes dans cette prise en charge que la technicité des pratiques. L'évaluation des pratiques des soignants tout au long du suivi périnatal des femmes est lui indispensable pour corriger, adapter et faire évoluer les pratiques, afin d'améliorer la prise en charge et le bien-être des patientes.

Nous avons recueilli, au cours de notre étude, le témoignage d'une grande multipare signalant une mauvaise prise en charge de sa douleur pendant le séjour en suites de couches. Les multipares ont, en effet, souvent plus de douleurs utérines dans les suites immédiates de l'accouchement. La prise en charge de ces douleurs mérite une attention particulière de la part des équipes soignantes.

Nous avons aussi relevé que plus de la moitié des femmes n'ont pas pu choisir leur position d'accouchement et que près d'un quart n'a pas eu la possibilité de bouger pendant le travail. Peut-être qu'une formation des soignants de salle de naissance sur les différentes positions d'accouchement serait nécessaire pour qu'ils se les approprient et puissent plus

facilement les proposer aux femmes au moment de l'accouchement ou du travail. L'information des patientes sur ces différentes positions d'accouchement doit être améliorée pour qu'elles puissent choisir en connaissance de cause. C'est redonner l'autonomie aux femmes qui ont été dépossédées de la maitrise de leur fécondité par le corps médical. Ceci s'inscrit dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes. Néanmoins actuellement nous sommes plutôt dans une approche visant à respecter leur volonté d'autonomie et de libre-choix.

Pour ce qui est de la possibilité de mobilité pendant le travail, il est important d'écouter les besoins de la femme et comme le recommande le CNGOF dans sa 4ème édition des protocoles en gynécologie obstétrique de 2018 [31] d'après les recommandations de la HAS de 2017, il faut « favoriser les appareils de monitorage permettant une mobilité et le confort des femmes ». De plus, comme l'expriment plusieurs femmes de notre étude, il est important d'amener la patiente à être actrice de son accouchement.

Notre étude a révélé qu'un peu moins de 20% des femmes interrogées ont subi un examen invasif au cours de la grossesse et qu'un peu plus du tiers d'entre elles l'ont mal vécu pour des raisons liées au stress et à la douleur. Sur ces points, nous pouvons suggérer des améliorations au niveau de l'accompagnement de la patiente dans ce moment, comme par exemple en amont, une meilleure préparation de la patiente à l'examen (expliquer les différentes étapes, rassurer la patiente sur le déroulement de l'examen…). Nous pouvons aussi agir au niveau de la prise en charge de la douleur et proposer par exemple de l'hypnose pendant l'examen ou, comme le propose actuellement le CHU de Nantes pour les versions par manœuvre externe, réaliser l'examen sous mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote.

Nous avons aussi remarqué que presque 8% des femmes interrogées disent ne pas avoir pu poser des questions pendant les consultations de grossesse tout simplement par peur de les poser pour la grande majorité d'entre elles ou par manque de temps. L'allongement des temps de consultations et une mise en confiance des patientes pourraient résoudre ce problème facilement. Cependant, cela va en l'encontre du fonctionnement tarifaire actuel à l'activité bien qu'une valorisation par majoration de la visite post-natale et des consultations longues comme la première consultation ait été demandée par les syndicats de sages-femmes pour la nouvelle convention lors des négociations avec l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM).

Nos résultats ont révélé des problèmes liés à l'information des patientes. Or, comme le constatent le CIANE et le HCE et comme le dit le Code de la Santé Publique [21], il est nécessaire de donner la plus claire information possible aux patientes quant aux soins et à leur suivi et de rechercher leur consentement libre et éclairé afin d'améliorer leur vécu tout au long de la période périnatale.

3.5.4. Quelques propositions de patientes

Dans notre questionnaire, nous avons laissé une dernière question ouverte permettant aux femmes de compléter leurs réponses ou d'évoquer des points n'ayant pas été abordées. Certaines femmes ont alors formulé des axes d'améliorations qui, selon elles, permettraient un meilleur vécu de la grossesse, de l'accouchement ou du séjour en suites de couches.

Au cours de la grossesse, une femme est en général amenée à avoir des examens vaginaux. Ces examens, pas forcément très agréables pour elle, peuvent parfois être pratiqués avec un manque de délicatesse. Une des femmes interrogées souhaiterait généraliser l'utilisation de lubrifiant lors de ces examens vaginaux : *« Serait-il possible que les sages-femmes utilisent du lubrifiant lors des examens qui exigent une pénétration vaginale? »*. Cette femme s'adresse aux sages-femmes car ce sont en effet les professionnels le plus souvent rencontrés par les femmes dans notre enquête. Cependant, cela peut également s'appliquer à tous les professionnels de santé qui sont amenés à pratiquer cet acte. La demande de cette patiente doit être entendue mais on peut aussi lui expliquer les inconvénients de l'utilisation de lubrifiant qui peut, en étant mélangé aux pertes vaginales, ne plus permettre de voir correctement le col, les muqueuses et les pertes et pour lequel un risque allergique n'est pas nul.

Une deuxième femme soulève un point déjà évoqué par le dossier du CIANE [27] et le rapport du HCE [4]. Il s'agit de faire un débriefing avec les femmes suite à leur accouchement. Pour cette femme, le chirurgien s'est déplacé en suites de couches pour reparler de la césarienne et cela a été apprécié par le couple : *« La visite du chirurgien qui est venu débriefer est un vrai plus »*. Certes, cela peut être compliqué, d'un point de vue organisationnel, que ce soit la sage-femme ou le gynécologue-obstétricien concerné par l'accouchement qui se charge du débriefing. Cependant permettre aux femmes de revenir sur leur ressenti et leur expliquer *a postériori* pourquoi les choses ont été faites, pourrait permettre d'améliorer le ressenti de l'accouchement et le vécu du séjour en suites de couches qui s'en trouve forcément impacté. Cela pourrait être alors fait en suites de couches

par les soignants qui prennent en charge la femme ou comme le propose le rapport du HCE, dans sa recommandation 19, et le dossier du CIANE lors d'un entretien spécifique pendant le séjour à la maternité : *« Toute femme qui le souhaite devrait pouvoir bénéficier d'un débriefing post-accouchement ou entretien post-natal »* [27], *« La Direction Générale de la Santé (DGS) du ministère des Solidarités et de la Santé suggère également de prévoir un débriefing systématique, pendant le séjour en maternité, sur les conditions de l'accouchement avec la mère ou le couple. Ce débriefing serait effectué par le.la cadre de la maternité ou un.e membre de l'équipe (gynécologue-obstétricien.ne, anesthésiste, sage-femme ou pédiatre selon les situations). »* [4].

Une autre femme souhaiterait une aide organisationnelle pour les femmes hospitalisées en suites de couches ayant leur enfant hospitalisé en service de néonatologie : *« Il manque une aide d'organisation pour les mamans qui sont hospitalisées en même temps que leur enfant mais pas ensemble. Allaitement, présence, repas, difficile de trouver le rythme »*. En effet, ces femmes passent la majeure partie de leur temps auprès de leur bébé et sont alors absentes de leur chambre lorsque les soignants passent les voir. Elles n'ont donc pas toute l'information les concernant et ne trouvent pas forcément quelqu'un de disponible quand elles, elles le sont. Des solutions au cas par cas peuvent certainement être trouvées mais il est vrai que cela touche l'organisation de tout un service et qu'à la fois on peut comprendre qu'une maman souhaite rester un maximum de temps auprès de son enfant. Une initiative a été mise en place au CHU de Nantes qui permet aux femmes de disposer d'un self-service pour le petit-déjeuner.

Conclusion

Notre étude avait pour but de comprendre ce qui pouvait être mal vécu par les femmes pendant la période périnatale et de relever les éléments pouvant potentiellement engendrer un ressenti de violence obstétricale. Certes, notre étude ne reflète le ressenti que d'un petit effectif de femmes mais, au final, elle est assez proche de la population de l'ENP de 2016. L'analyse des résultats de cette enquête a permis de recenser et de qualifier un certain nombre de facteurs potentiellement à l'origine d'un mauvais vécu. Il semble que le mauvais vécu des femmes ne soit pas directement lié aux actes médicaux qu'elles ont pu subir mais que ce soit plus généralement un problème d'écoute, d'attention ou de mécompréhension des attentes des patientes et/ou des couples lors des échanges avec les soignants. En effet, notre étude relève un nombre non négligeable de problèmes de prise en charge de la douleur ou de brutalités verbales et/ou physiques. Sur ces points, une prise de conscience générale, une sensibilisation et une formation adaptée des soignants, des améliorations au niveau de l'écoute des patientes, de leur état, de leur douleur et de leurs souhaits, ainsi que la mise en place d'un débriefing postnatal pourraient contribuer à la prévention, la réduction et le dépistage des violences obstétricales.

Une étude multicentrique avec un effectif plus important de patientes pourrait compléter notre enquête et être plus représentative de la population générale. C'est ce que souhaite faire le Réseau Sécurité Naissance – Naître Ensemble des Pays de la Loire avec son enquête sur le vécu de l'accouchement. Cette enquête vise à interroger les femmes sur leur vécu et leur satisfaction de leur accouchement sur les maternités des Pays de la Loire à l'aide d'un questionnaire sur une période allant du 1er février au 30 avril 2019. Les femmes seront alors interrogées six semaines après leur accouchement ce qui leur permettra, contrairement à notre étude, d'avoir plus de recul sur leur ressenti [32]. Il serait intéressant de mettre en place le même type d'étude sur le vécu de la grossesse, des suites de couches et du suivi gynécologique.

Références bibliographiques

[1] Haute Autorité de Santé. Le déploiement de la bientraitance, guide à destination des professionnels en établissement de santé et EHPAD. Mai 2012. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_rapport.pdf

[2] Maltraitance des personnes handicapées mentales dans la famille, les institutions, la société : prévenir, repérer, agir. Livre blanc de l'UNAPEI. Juillet 2000

[3] Lahaye M-H. Qu'est-ce que la violence obstétricale ? [en ligne]. 2016. Blog Marie accouche là. Disponible sur : http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/03/09/quest-ce-que-la-violence-obstetricale/ [consulté le 25 juin 2018]

[4] Bousquet D., Couraud G. et Collet M. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Rapport n°2018-06-26-SAN-034. 2018. 164 pages. Disponible sur : http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/travaux-du-hcefh/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-des-remarques

[5] Aguiar J.M., D'Oliveira A.F.L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface. 2010 : Vol. 15, n°36 : p. 727-739

[6] Pino N. La violence obstétricale : mais qu'est-ce que c'est ? [en ligne]. 2017. Blog Maternité et Dignité. Disponible sur : https://materniteetdignite.wordpress.com/2017/05/01/la-violence-obstetricale-mais-quest-ce-que-cest/ [consulté le 30 juillet 2018]

[7] Organisation Mondiale de la Santé. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de soins. 2014.

[8] Franceinfo. Comment définir les violences obstétricales ? [en ligne]. 2017. Disponible sur :https://www.francetvinfo.fr/sante/grossesse/comment-definir-les-violences-obstetricales_2319253.html [consulté le 30 juillet 2018]

[9] Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Communiqué de presse. Rapport sur les violences obstétricales : une nécessité. [en ligne]. 2017. Disponible sur : http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/rapport-sur-les-violences-obstetricales-une-necessite/ [consulté le 28 août 2018]

[10] Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Communiqué de presse. Rapport sur les maternités : l'Ordre des sages-femmes réitère son appel à des états généraux de la naissance. [en ligne]. 2015. Disponible sur : http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/680-2/ [consulté le 28 août 2018]

[11] Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Accouchement normal : publication des recommandations de la HAS. [en ligne]. 2018. Disponible sur : http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/accouchement-normal-publication-des-recommandations-de-la-has/ [consulté le 28 août 2018]

[12] Fenech G., Thomson G. (2014).Tormented by ghosts from their past': A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. 2014. Midwifery 30, p. 185-193.

[13] McKenzie-McHarg K., Ayers S., Ford E., Horsch A., Jomeen J., Sawyer A., Stramrood C., Thomson G., Slade P. Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research, Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2015. Vol. 33, 3. ISBN: 0264-6838 : p. 219-237

[14] Audibert N. « Violences obstétricales » Emergence d'un problème public en France. Mémoire en vue de l'obtention d'un Master en développement international. Paris. 2016. Disponible sur : http://www.academia.edu/29049665/Violence_obst%C3%A9tricale_-_%C3%A9mergence_dun_probl%C3%A8me_public_en_France

[15] Déchalotte M. Le livre noir de la gynécologie, maltraitance gynécologiques et obstétricales : libérer la parole des femmes. 2017. Editions First.

[16] D'ercole C., Debillon T., Deneux-Tharaux C. et Dupont C. Société Française de Médecine Périnatale. Communiqué de presse. « Violences obstétricales » Ecoute et évolution des pratiques, une dynamique permanente. [en ligne]. 2017. Disponible sur : http://www.sfmp.net/violences-obstetricales-ecoute-et-evolution-des-pratiques-une-dynamique-permanente-communique-de-presse/ [consulté le 28 août 2018]

[17] Duguet M. #PayeTonUterus, les dessous d'un buzz. [en ligne]. Europe 1. 2014. Disponible sur http://www.europe1.fr/societe/payetonuterus-les-dessous-d-un-buzz-2295243 [consulté le 21 août 2018]

[18] Dorothée. Accouchement volé. [en ligne]. 2005. Disponible sur : https://episio.ovh/accouchement-vole/ [consulté le 21 août 2018]

[19] Perrine. Mon épisiotomie, ou comment une « petite coupure » a changé ma vie. [en ligne]. 2006. Disponible sur : https://episio.ovh/mon-episiotomie-ou-comment-une-petite-coupure-a-change-ma-vie-par-perrine/ [consulté le 21 août 2018]

[20] Franceinfo. Enquête Franceinfo. Césariennes à vif, épisiotomies imposées… Le grand tabou des violences durant l'accouchement. [en ligne]. Publié en 2016 et mis à jour en 2018. Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/cesariennes-a-vif-episiotomies-imposees-le-grand-tabou-des-violences-durant-l-accouchement_1881273.html [consulté le 21 août 2018]

[21] Art L111-4 du Code de la Santé Publique, Modifié par la Loi n°2016-87 du 2 février 2016 – art. 5, relatif à l'information des usagers du système de santé et expression de leur volonté.

[22] Art. 222-22 et 222-23 du Code Pénale relatifs aux atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne.

[23] Ouest-France. Violences obstétricales : quand l'accouchement tourne au cauchemar. [en ligne]. 2017. Disponible sur : https://www.ouest-france.fr/sante/violences-obstetricales-quand-l-accouchement-tourne-au-cauchemar-5160245 [consulté le 7 décembre 2017]

[24] INSERM et DREES. Enquête nationale périnatale, Rapport 2016, Les naissances et les établissements : Situation et évolution depuis 2010. 2017. 317 pages. Disponible sur : https://drees.solidarite-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements [consulté le 28 août 2018]

[25] Ministère des Solidarités et de la Santé. Les maisons de naissance. [en ligne]. 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance [consulté le 30 août 2018]

[26] Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Review). 2013. Cochrane Library.

[27] Collectif Interassociatif Autour de la Naissance. Violences obstétricales, comprendre, prévenir, réparer. Dossier de presse. 2017. Disponible sur : https://ciane.net/2017/10/violences-obstetricales-comprendre-prevenir-reparer/

[28] Ministère des Solidarités et de la Santé. Le service sanitaire, les formations en santé au service de la prévention. [en ligne]. 2018. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/le-service-sanitaire

[29] Richard-Guerroudj N. Première sanction ordinale pour défaut d'information. Profession Sage-Femme n°243. 2018.

[30] Curat AM. « Violences gynécologiques et obstétricales » : le HCE publie son rapport. Contact sages-femmes. [en ligne]. 2018. n°55. p. 24-26. Disponible sur : http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/9707-2/ [consulté le 27 juillet 2018]

[31] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Protocoles en gynécologie obstétrique, 4ème édition. 2018. Editions Elsevier Masson.

[32] Réseau Sécurité Naissance – Naitre Ensemble. Enquête satisfaction. [en ligne]. 2018. Disponible sur : https://www.reseau-naissance.fr/enquete-satisfaction/

Index des figures

Figure 1 : *Tranches d'âges de la population étudiée (page 15)*

Figure 2 : *Antécédents d'accouchement des femmes interrogées ayant déjà accouché auparavant (page 16)*

Figure 3 : *Antécédents périnéaux des patientes ayant déjà accouché par VB (page 17)*

Figure 4 : *Suivi de grossesse (page 17)*

Figure 5 : *Vécu de la grossesse (page 18)*

Figure 6 : *Voie d'accouchement (page 22)*

Figure 7 : *Vécu de l'accouchement (page 24)*

Figure 8 : *Vécu du séjour en suites de couches (page 26)*

Figure 9 : *Vécu global de la grossesse (page 30)*

Figure 10 : *Vécu global de l'accouchement (page 30)*

Figure 11 : *Vécu global du séjour en suites de couches (page 31)*

Figure 12 : *Vécu de la grossesse en fonction de la parité (page 32)*

Figure 13 : *Vécu de l'accouchement en fonction de la parité (page 33)*

Figure 14 : *Vécu du séjour en suites de couches en fonction de la parité (page 33)*

Figure 15 : *Vécu du séjour en suites de couches en fonction de l'état périnéal (page 35)*

Figure 16 : *Vécu de la grossesse en fonction de l'existence d'une pathologie pendant la grossesse (page 36)*

Figure 17 : *Vécu de l'accouchement en fonction de l'existence d'une pathologie pendant la grossesse (page 36)*

Figure 18 : *Vécu de la grossesse en fonction de l'hospitalisation pendant la grossesse (page 38)*

Figure 19 : *Vécu de l'accouchement en fonction de l'hospitalisation pendant la grossesse (page 38)*

Figure 20 : *Vécu du séjour en suites de couches en fonction de l'hospitalisation pendant la grossesse (page 39)*

Figure 21 : *Vécu de l'accouchement en fonction du mode de mise en travail (page 40)*

Figure 22 : *Vécu de l'accouchement en fonction de la voie d'accouchement (page 41)*

Figure 23 : *Vécu du séjour en suites de couches en fonction de la voie d'accouchement (page 41)*

Annexe I

Actuellement étudiante en 4ème année à l'Ecole de Sages-Femmes de Nantes, je réalise dans le cadre de mon mémoire une enquête portant sur les violences obstétricales. Merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. Votre anonymat sera respecté.

Partie 1 : Renseignements cliniques :

1 – Quelle est votre tranche d'âge ?

□ 18-25 □ 26-30 □ 31-35 □ 36-40 □ >40 ans

2 – Quelle est votre situation familiale ?

□ En couple □ Mariée □ Seule □ Autres :……

3 – Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

□ Agricultrice	□ Artisane, commerçante, chef d'entreprise	□ Cadre et profession intellectuelle supérieure	□ Profession intermédiaire
□ Employée	□ Ouvrière	□ Retraitée	□ Sans activité

4 – Combien de grossesses avez-vous eu, y compris celle-ci *(en comptant les fausses couches et les avortements) ?*

□ 1 □ 2 □ 3 □ >3

5 – Combien de fois avez-vous accouché en comptant cet accouchement ?

□ 1 □ 2 □ 3 □ >3

6 – Lors de vos précédents accouchements, avez-vous accouché par :

□ Voie basse □ Césarienne □ Avec de l'aide (forceps, ventouse)
□ Non concernée

7 – Lors de vos précédents accouchements, vous avez eu :

□ Une épisiotomie □ Une déchirure □ Non concernée

Partie 2 : Déroulement de la grossesse :

8 – Par quel(s) professionnel(s) avez-vous été suivi pour votre grossesse ? (plusieurs réponses possibles)

□ Une sage-femme □ Votre médecin traitant □ Un gynécologue/obstétricien

9 – Votre grossesse a-t-elle nécessité une surveillance particulière ?

□ Oui □ Non

Si oui, pour quelles raisons ?.....

Si oui, quel type de surveillance avez-vous eu ? ……

10 – Avez-vous été hospitalisée pendant votre grossesse ?

□ Oui □ Non

Si oui, pour quelles raisons ?.....

11 – Comment avez-vous vécu votre grossesse ?

□ Très bien □ Bien □ Plutôt bien □ Difficilement □ Très difficilement

Si vous l'avez vécu avec difficulté, de quel ordre étaient ces difficultés ? .....
……
……
……
……

12 – Comment avez-vous vécu les consultations de grossesse ainsi que les échographies ?

□ Très bien □ Bien □ Plutôt bien □ Difficilement □ Très difficilement

Si vous les avez vécu avec difficulté, de quel ordre étaient ces difficultés ? .....
……
……
……
……

13 – Comment avez-vous vécu les examens invasifs si vous en avez eu (amniocentèse…) ?

□ Très bien □ Bien □ Plutôt bien □ Difficilement □ Très difficilement

□ Non concernée

Si vous les avez vécu avec difficulté, de quel ordre étaient ces difficultés ? .....
……
……
……
……

14 – Pensez-vous avoir reçu suffisamment d'information sur les différents examens que vous avez eu (examen sanguin, prélèvement, palpation, examen invasif, toucher vaginal…) ?

□ Oui □ Non □ Non concernée

Avez-vous pu poser toutes vos questions ? □ Oui □ Non

Si non, pourquoi ?.....

15 – A-t-on recueilli votre consentement pour tous les examens ?

□ Oui □ Non

Dans le cas où vous n'étiez pas d'accord avec un examen, avez-vous pu exprimer votre refus ?

□ Oui □ Non □ Non concernée

16 – Avez-vous mal vécu quelque chose dans la prise en charge de votre grossesse, l'attitude des soignants… ?

□ Oui □ Non

Si oui, pouvez-vous préciser ? ....

17 – Pendant votre grossesse, comment qualifieriez-vous votre relation avec les soignants (aides-soignants, sages-femmes, médecins) ?

……
……
……

<u>Partie 3 : Déroulement de l'accouchement :</u>

18 – La mise en route de votre travail a été :

□ spontanée □ déclenchée □ Non concernée

19 – Etiez-vous accompagnée par un de vos proche pour votre accouchement ?

□ Oui □ Non

Si oui, par qui ?.....

20 – Combien de temps a duré votre travail (entre l'entrée en salle de naissance et l'accouchement) ?

□ Moins de 4h □ Entre 4 et 10h □ Plus de 10h □ Non concernée

21 – Aviez-vous un projet de naissance ?

□ Oui □ Non

Si oui, pensez-vous qu'il a été respecté ? □ Oui □ Non

Si non, pour quelles raisons ?.....

22 – Votre douleur a-t-elle été prise en charge comme vous le souhaitiez ?

□ Oui □ Non

Si non, pour quelles raisons ? ....

23 – Avez-vous pu bouger comme vous le souhaitiez pendant le travail (déambulation, changement de position, ballon…) ?

□ Oui □ Non □ Non concernée

24 – Avez-vous pu choisir votre position d'accouchement ?

□ Oui □ Non □ Non concernée

25 – Pour cet accouchement, vous avez eu :

□ Une perfusion pour donner des contractions

□ Une rupture artificielle de la poche des eaux

□ Une épisiotomie

□ Une déchirure

□ Une aide instrumentale (ventouse, forceps…)

□ Une césarienne

□ Autres : …….....

Avez-vous eu des explications concernant ces gestes ?

□ Oui □ Non □ Non concernée

Comment les avez-vous vécu ? ……..
……
……
……
……

Vous a-t-on prévenu de l'acte ?

□ Oui □ Non □ Non concernée

Si vous avez eu besoin d'une suture, a-t-on pris en charge la douleur associée ?

□ Oui □ Non □ Non concernée

26 – Le médecin ou la sage-femme ont-ils eu à pratiquer des gestes supplémentaires pendant l'accouchement ou l'expulsion du placenta?

□ Oui □ Non

Si oui, lesquels ? ……..
……
……

27 – Comment avez-vous vécu votre accouchement ?

□ Très bien □ Bien □ Plutôt bien □ Difficilement □ Très difficilement

Si vous l'avez vécu avec difficulté, de quel ordre étaient ces difficultés ? .....
……
……
……
……

28 – Pendant votre travail et votre accouchement, comment qualifieriez-vous votre relation avec les soignants (aides-soignants, sages-femmes, médecins, auxiliaires de puériculture) ?

……
……
……
……..

<u>Partie 4 : Déroulement du séjour en suites de couche :</u>

29 – Comment avez-vous vécu votre séjour en suites de couche ?

□ Très bien □ Bien □ Plutôt bien □ Difficilement □ Très difficilement

Si vous l'avez vécu avec difficulté, de quel ordre étaient ces difficultés ? .....
……
……
……
……

30 – Pensez-vous avoir reçu suffisamment d'information sur les différents examens que vous avez eus (prise de sang…) ?

□ Oui □ Non □ Non concernée

31 – A-t-on correctement pris en charge votre douleur ?

□ Oui □ Non □ Non concernée

32 – A-t-on répondu à toutes vos questions et vos inquiétudes lors de votre séjour ?

□ Oui □ Non

33 – Pendant votre séjour en suites de couches, comment qualifieriez-vous votre relation avec les soignants (aides-soignants, sages-femmes, médecins, auxiliaires de puériculture, puéricultrices) ?

……
……
……

Avez-vous d'autres remarques ? Ou envie de parler de quelque chose en particulier que je n'aurais pas abordé ? ……
……
……
……

Merci pour le temps que vous avez consacré à répondre à mon enquête.

RESUME

Les violences obstétricales sont actuellement dénoncées par un certain nombre de femmes et ont été récemment médiatisées d'autant plus avec la sortie en juin 2018 du rapport du Haut Conseil à l'Egalité sur les violences sexistes et sexuelles.

Cette étude vise à relever le ressenti des femmes pendant la période périnatale et s'intéresse particulièrement à ce qui a pu être mal vécu au cours de la grossesse, de l'accouchement et du séjour en suites de couches. Elle vise à connaitre et à comprendre ce qui est à l'origine de ce ressenti et d'en extraire des éléments explicatifs. L'objectif final de ce travail est la sensibilisation des professionnels et le développement de la prise de conscience de l'existence d'attitudes maltraitantes envers les patientes dans le but d'améliorer la relation patient-soignant et prévenir les traumatismes qui peuvent en découler.

Pour recueillir le ressenti des femmes, nous avons réalisé une étude prospective qualitative à partir d'un questionnaire anonyme. Nous avons obtenu 133 réponses de patientes lors de leur séjour dans le service des suites de couches du CHU de Nantes. Notre population est constituée principalement de femmes âgées de 26 à 35 ans et de femmes primipares. La majorité des femmes ont eu un assez bon vécu de la période périnatale. Néanmoins, nous avons relevé 15,8% de femmes ayant exprimé un vécu difficile pendant la grossesse, 24,0% au cours de l'accouchement et 12,8% pendant le séjour en suites de couches. Les causes de ce ressenti sont liées principalement à des problèmes dans la relation usager-soignant au cours de la grossesse et du séjour en suites de couches et des problèmes dans la prise en charge de la douleur au cours de l'accouchement.

Cette étude, à travers les réponses des femmes interrogées, a permis d'élaborer un certain nombre de propositions pour améliorer le bien-être des femmes, certaines propositions sont communes avec celles du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance et du Haut Conseil à l'Egalité.

Mots-clés : violences obstétricales / ressenti / relation usager-soignant / périnatalité