

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2020

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

GYNECOLOGIE MEDICALE

par

Juliette LE GOFF

Présentée et soutenue publiquement le 29 juin 2020

EVALUATION DU VECU DE L'ACCOUCHEMENT DANS LE RESEAU DE
PERINATALITE DES PAYS DE LA LOIRE

Président : Monsieur le Professeur Norbert WINER

Directrice de thèse : Madame le Docteur Chloé ARTHUIS

NOM : LE GOFF

PRENOM : Juliette

**Titre de Thèse : EVALUATION DU VECU DE L'ACCOUCHEMENT DANS LE
RESEAU DE PERINATALITE DES PAYS DE LA LOIRE**

RESUME (10 lignes)

L'accouchement peut être vécu comme un évènement traumatique. En France, une polémique sur les « violences obstétricales » a émergé dans les médias et sur les réseaux sociaux. L'objectif de notre étude était d'évaluer le vécu de l'accouchement dans l'une des 23 maternités du réseau de périnatalité Naître Ensemble, à l'aide du questionnaire validé QACE. Parmi 2135 questionnaires analysés, un tiers des femmes ont un vécu non satisfaisant de leur accouchement. Les facteurs de risque de mauvais vécu étaient : la primiparité, la maternité de niveau 3 ou avec plus de 3000 accouchements par an, l'extraction instrumentale, la césarienne, l'épisiotomie, le déclenchement, la présence d'une analgésie péridurale, l'absence de consentement et le manque d'information avant la réalisation de gestes médicaux. La présence du conjoint, les premiers instants avec le nouveau-né et le soulagement de la douleur étaient des facteurs protecteurs.

MOTS-CLES

Vécu de l'accouchement ; grossesse ; violences obstétricales ; consentement

Childbirth experience; pregnancy; obstetric violence; consent

Remerciements

Merci au Professeur Norbert Winer de me faire l'honneur de présider le jury de cette Thèse.
Merci au Professeur Paul Barriere et au Professeur Cyril Flamant, de me faire l'honneur de juger mon travail.

Je remercie chaleureusement les personnes qui m'ont aidé pendant l'élaboration de ma thèse et notamment ma directrice, Chloé Arthuis de m'avoir confié ce sujet. Ce travail n'aurait pas été possible sans l'aide précieuse de l'équipe du Réseau Sécurité Naissance : Anne-Sophie Coutin, Marion Oliver, Nathalie Banaszkiewicz et Lucile Abiola.

Je remercie également toutes les équipes médicales qui m'ont accueillie et formée durant mon internat : le CHU de Nantes, le CH du Mans, le CH de La Roche Sur Yon, le centre Procréalis, le CH de Saint Nazaire et le CH d'Ancenis.

Au terme de ce parcours des études médicales, je remercie celles et ceux qui m'ont accompagnée tout au long de ces années : Pauline, Adèle, Léa et Manon ainsi que tous mes amis et co-internes.

A mes parents qui m'ont toujours soutenue et encouragée.

A Thomas pour son soutien au quotidien.

Juliette Le Goff

Introduction

L'accouchement est vécu comme un événement majeur dans la vie d'une femme mais il peut aussi être source de stress et d'inquiétude. Le collège de psychiatrie définit la grossesse, et l'arrivée d'un enfant, comme « une étape essentielle dans la vie d'une femme entraînant de profonds changements tant physiologiques que psycho-sociaux, qui sont à considérer comme un facteur de stress majeur » (*Tableau 1 en annexe*). Ainsi, une prise en charge avec respect et empathie permettra de les accompagner au mieux dans cette nouvelle étape.

Cependant, la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement a peut-être participé à une certaine déshumanisation de l'accouchement. Sous couvert d'évidences scientifiques et compétences techniques, les professionnels de santé utilisent l'autorité pour faire appliquer le protocole en entretenant des relations de pouvoir inégales avec les parturientes. Ainsi, ils ont contribué à perturber les interactions humaines et à affaiblir la confiance des femmes dans les soins prodigués. Cette approche entraîne la perte de l'autonomie de la femme et de son droit de décider lorsqu'il est question de son corps.

Il n'est pas rare d'observer dans les salles d'accouchement des femmes à moitié nues en présence d'étrangers, en position gynécologique, ou seules dans des environnements médicalisés inconnus, et régulièrement séparés de leur enfant à la naissance. Ainsi, les cas de violence décrits sont : violences verbales, déni de la présence de la personne accompagnante, manque d'informations sur les différentes procédures effectuées pendant les soins, césariennes dont le motif reste inexpliqué, privation de la liberté de mouvement et de s'alimenter, examens vaginaux de routine et répétitifs sans justification, utilisation fréquente d'ocytocine pour accélérer le travail, épisiotomie ou extraction sans le consentement des femmes. L'accouchement peut donc être vécu comme une expérience douloureuse avec des douleurs physiques et psychologiques voire traumatique, augmentant l'humeur dépressive et le baby blues (1).

En France et dans le monde, des femmes ont dénoncé certaines pratiques en les qualifiant de « violences obstétricales ». Ainsi, une polémique a émergé dans les médias et sur les réseaux

sociaux reprenant les termes de « violence », « maltraitance », « discrimination » ou « manque de respect » dans la pratique obstétricale. Dans une étude Européenne de 2015, Une femme enceinte sur cinq signalait avoir reçu des abus ou mauvais traitements lors des soins périnataux (2). Une revue de la littérature de 2018 caractérisait les différents types de violences obstétricales parmi 24 publications entre 2007 et 2017 dont 75% des études provenaient de pays d'Amérique latine(3). En s'appuyant sur ces témoignages, la notion de violence obstétricale pourrait être évoquée lorsqu'il y a une violation du code la Santé publique concernant le droit des patients. Le Conseil de l'Europe considère comme maltraitance « tout acte, ou omission, qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire, aux droits fondamentaux, aux libertés civiles, à l'intégrité corporelle, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable ». Ces maltraitances peuvent se traduire par des paroles discriminatoires ou insultantes, des humiliations, des négligences ou des violences physiques par le soignant. Le cadre légal prévoit une certaine autonomie dans la décision médicale pour le patient, ainsi que la nécessité pour le médecin de délivrer une information et d'obtenir le consentement libre et éclairé pour pratiquer un acte médical. Le plus souvent, les femmes rapportent un manque d'écoute, d'information, ou des gestes imposés. Il en ressort une très mauvaise perception de l'accouchement.

Cependant, il n'existe pas de données disponibles pour caractériser ces violences et estimer la proportion de femmes concernées en France. Evaluer nos pratiques est indispensable pour comprendre ce phénomène de « violences obstétricales », et ainsi améliorer la relation entre les femmes et les équipes soignantes.

L'objectif de notre étude était d'évaluer les perceptions positives et négatives des femmes ayant accouchées dans l'une des maternités d'un réseau de périnatalité. Les objectifs secondaires étaient d'identifier les femmes ayant une perception négative de leur accouchement, de définir des facteurs de risque et les actions pouvant être menées au sein des maternités pour améliorer la prise en charge des femmes.

Matériel et méthodes

Population

Les femmes majeures, comprenant le français, ayant accouché entre le 1er février 2019 et le 27 septembre 2019 étaient éligibles. L'inclusion a été réalisée dans les 23 maternités du réseau de périnatalité Naître Ensemble des Pays de La Loire, de niveau 1, 2 ou 3, publiques ou privées. Toutes les femmes ayant accouché dans les maternités du réseau pouvaient participer. Celles ayant accouché après une mort in utero ou une IMG pouvait également participer. Le seul critère limitant était de maîtriser suffisamment la langue française pour répondre au questionnaire. Le critère de non inclusion était une opposition formulée par la femme. Les questionnaires ont été envoyés du 15 mars au 8 novembre 2019.

Ethique

L'étude a été approuvée par le GNED, comité d'éthique local. L'investigateur s'engageait à informer la femme de façon claire et juste du protocole. La femme ayant donné son accord oral pour participer à la recherche (non opposition) communiquait son adresse mail à l'investigateur. Une information générale était disponible via un affichage dans les locaux. Les femmes recevaient une information individuelle par les professionnels de santé leur expliquant l'objectif de l'étude. Un flyer leur était remis sur lequel elles retrouvaient toutes les informations nécessaires à la compréhension de l'étude. La procédure de recueil de données était entièrement anonyme. La participation était fondée sur le volontariat. Six semaines après leur accouchement, les femmes ayant accepté de participer recevaient un e-mail leur donnant le lien pour compléter le questionnaire en ligne.

Questionnaire

Notre étude était descriptive et multicentrique a été réalisée à partir du questionnaire QACE validé en langue française, et enrichi de questions complémentaires pour mieux connaître les

répondantes et le déroulement de l'accouchement (4). Le questionnaire QACE était développé pour identifier les femmes ayant une expérience négative de leur accouchement. Un questionnaire global comprenant des questions sociodémographiques, des questions sur la grossesse et l'accouchement ainsi que des échelles a été utilisé pour cette étude. Pour évaluer le ressenti des femmes lors de leur accouchement, 4 dimensions à partir des 48 questions du formulaire ont été identifiées: statut émotionnel / relations avec l'équipe médicale / premiers moments avec le nouveau-né / sentiments à un mois du post-partum. La dimension psychologique était définie par 3 items issus de la dimension « statut émotionnel » du questionnaire QACE, et de 8 items supplémentaires en rapport avec cette thématique. La dimension relationnelle avec les soignants, celle avec le nouveau-né et la dimension du ressenti personnel dans le post-partum étaient définies par respectivement 4, 3 et 3 items issus du questionnaire QACE.

Analyses statistiques

Toutes les analyses ont été réalisées à partir du logiciel R version 3.6.2. Le seuil de significativité était fixé à 5%. Nous avons procédé à une analyse descriptive des données. Les variables qualitatives ont été décrites avec des pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites avec des moyennes et un écart-type. Pour les analyses comparatives, la méthode du χ^2 ou le test exact de Fischer en cas de petits effectifs, ont été utilisés dans le cas des variables qualitatives. Une analyse bivariée puis multivariée par modèle de régression logistique multinomiale ordinaire à odds ratio (OR) cumulatifs proportionnels a été réalisée pour déterminer les facteurs pouvant avoir un impact sur le vécu des femmes lors de leur accouchement. La variable à expliquer « vécu de l'accouchement » étant une variable qualitative ordonnée, elle fut recodée en trois classes ordonnées pour définir un bon vécu (8 à 10), un vécu moyen (5 à 7) et un mauvais vécu (0 à 4). Afin d'identifier des associations entre variables et entre modalités de variables et d'étudier la variabilité des femmes (ressemblances et différences), nous avons réalisé une analyse factorielle des correspondances multiples. Concernant la question ouverte sur les commentaires laissés par

les participantes, nous avons choisi d'en citer quelque uns (Figure 1 en annexe). Une analyse textuelle par thématique sera proposée ultérieurement.

Résultats

Nous avons recueilli 2 135 questionnaires soit un taux de participation de 49,6% (figure 1). Le taux de participation par maternité est exposé dans la figure 2. A noter que huit femmes ayant accouché hors établissement ont répondu au questionnaire (cinq ont accouché à domicile, une dans le véhicule des sapeurs-pompiers, une dans la voiture et une chez des amis). Sur l'ensemble des 2 135 questionnaires analysés, 273 étaient partiellement incomplets pour au moins une question du formulaire soit 12,8% de questionnaires. Toutefois la proportion de données manquantes pour chacune des variables du questionnaire était très faible, inférieure à 2%. Ainsi, aucune imputation de données manquantes n'a été réalisée. Les caractéristiques de la population sont exposées dans le tableau 1. Notre population d'étude était comparable aux données de la population générale en France (Tableau 2).

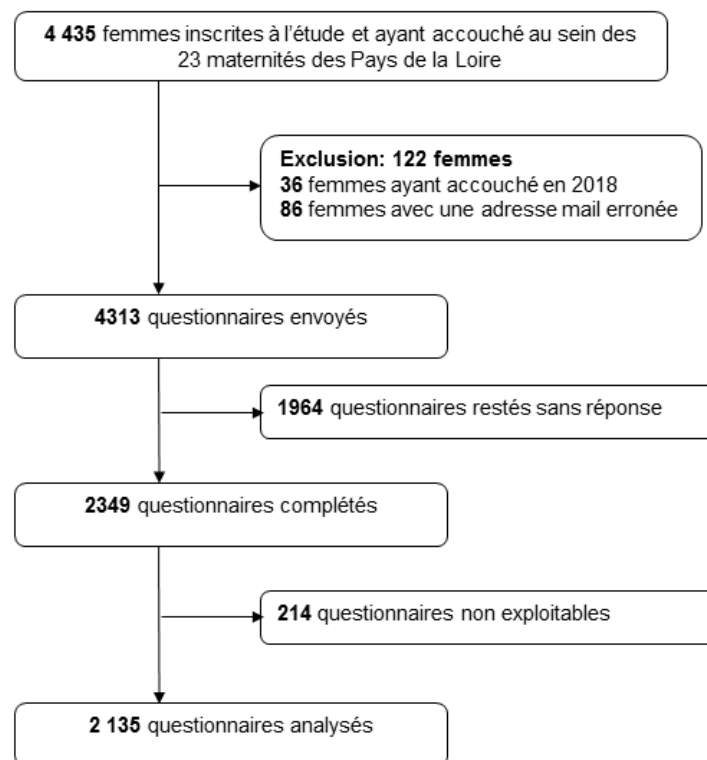


Figure 1. Flow chart

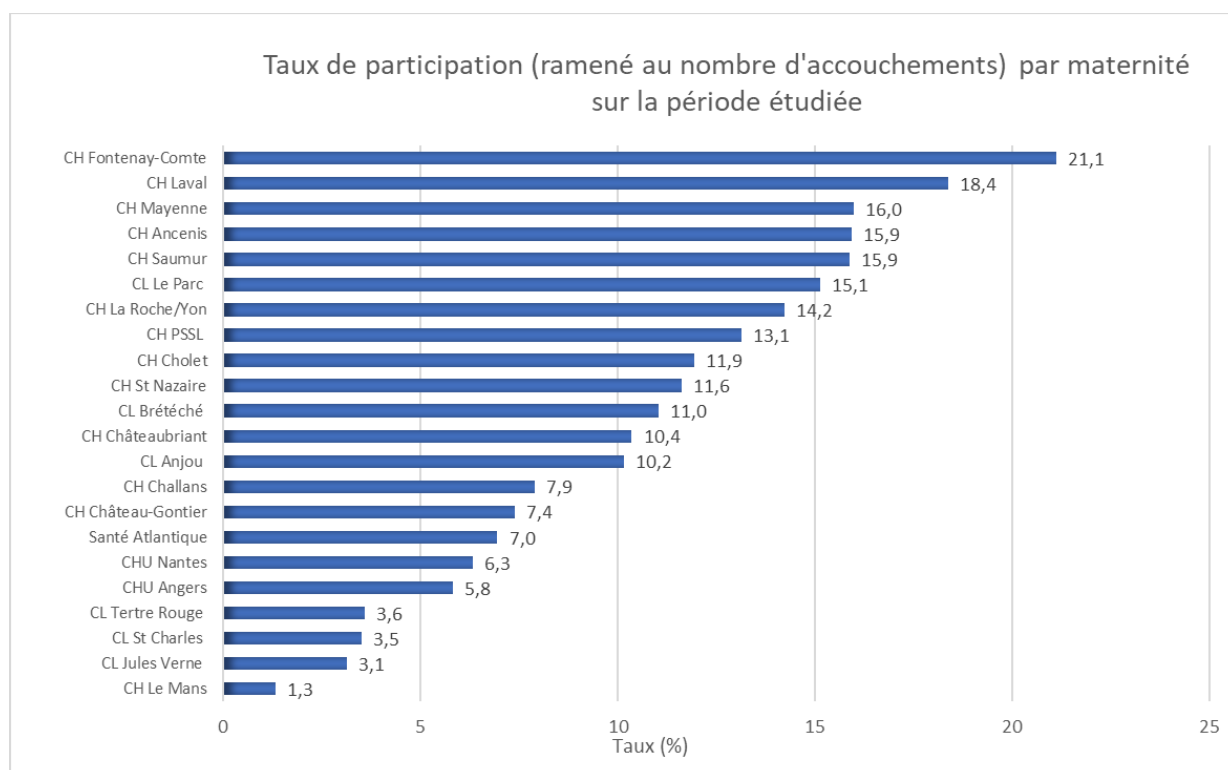


Figure 2. Taux de participation ramené au nombre d'accouchements par maternité

Tableau 1. Caractéristiques de la population

Variables	Femmes N (%)
Age (années) :	30,8 [19 – 45]
Catégorie socio professionnelle (%) :	
- Employée	1031 (48,4%)
- Cadre	366 (17,2%)
- Profession intermédiaire	363 (17,1%)
- Sans profession	200 (9,4%)
- Artisan, commerçante, chef d'entreprise	92 (4,3%)
- Ouvrière	61 (2,9%)
- Agricultrice	15 (0,7%)
Départements (%) :	
- Loire Atlantique	806 (37,9%)
- Maine et Loire	590 (27,8%)
- Vendée	370 (17,4%)
- Mayenne	249 (11,7%)
- Sarthe	110 (5,2%)
Maternité (%) :	
- Privée	524 (24,7%)
- Publique	1534 (72,2%)
- ESPIC *	67 (3,2%)
Type de maternité (%) :	
- 1	512 (24,1%)
- 2	1267 (59,6%)
- 3	346 (16,3%)
Nombre d'accouchement / an (%) :	
- Moins de 1000	440 (20,7%)
- 1000 à 3000	1089 (51,2%)
- Plus de 3000	596 (28,1%)
Parité (%) :	
- Primipare	943 (44,2%)
- Multipare	1192 (55,8%)
Grossesse (%) :	
- Singleton	2081 (98,6%)
- Gémellaire	28 (1,3%)
- Triple ou plus	1 (0,1%)
Délai de 1ere consultation dans l'établissement (%) :	
- < 6 ^e mois	1053 (49,4%)
- > 6 ^e mois	1005 (47,2%)
- Pas de contact	55 (2,6%)
- Ne sait plus	17 (0,8%)
Caractéristiques de l'accouchement (%) :	
Jour / Nuit *	983 (46,1%) / 1 148 (53,9%)
Analgésie péridurale	1696 (80,0%)
Voie vaginale	1826 (85,6%)
Césarienne :	307 (14,4%)
- Programmées	78 (25,4%)
- En cours de travail	229 (74,5%) **
Extraction instrumentale :	311 (17,1%)

- Ventouse	216 (69,5%)
- Forceps ou Spatules	129 (41,5%)
Episiotomie	247 (13,5%)
Déclenchement :	523 (24,6%)
- Maturation cervicale	296 (13,9%)
- Déclenchement par Ocytocine	227 (10,7 %)
Transfert du nouveau-né (%)	54 (2,6%)
Projet de naissance (%) :	
- Oral	587 (27,5%)
- Écrit	197 (9,2%)

*Jour : entre 8h et 18h. Nuit : entre 18h et 20h ; ESPIC établissement de santé privé à intérêt collectif

**Dont 25 (8,1%) étaient programmées mais ont eu lieu à un autre moment

Tableau 2. Comparaison de notre population à la population générale Française

Variable	Population d'étude	Population générale
Âge moyen (années)	30,8	30,5**
Voie vaginale instrumentale	17,1%	16,5%*
Episiotomie	13,5%	8,7% * et 10,3%**
Déclenchement	24,6%	22%***
Césarienne	14,5%	18,9%*

* source PMSI-MCO 2019 ; ** source PMSI-MCO 2018 ; ***source ENP 2016

Vécu global de l'accouchement

Le vécu global de l'accouchement était bon pour 70,7% (n=1501) (8<score<10) et 38% des femmes ont classé leur accouchement avec la note maximale de 10. En revanche, un tiers des femmes avaient un plus mauvais vécu avec un score global inférieur à 7, parmi lesquelles 7,3% (n=155) des femmes avaient un très mauvais vécu de leur accouchement avec un score inférieur à 5 sur 10 (figure 3).

La prise en charge de l'accouchement a été très ou assez satisfaisante pour 94,8% (n=2024) des femmes. Il y avait une association significative entre le vécu de l'accouchement et la prise en charge (p<0,05). Les femmes ayant un bon vécu de leur accouchement ont classé la prise en charge médicale comme satisfaisante. L'accouchement idéal était défini par la voie vaginale pour 51,7% des femmes (n=1094), la mise en travail spontané pour 37,4% des femmes (n=791), ou l'absence de douleur pour 22,2% des femmes (n=468).

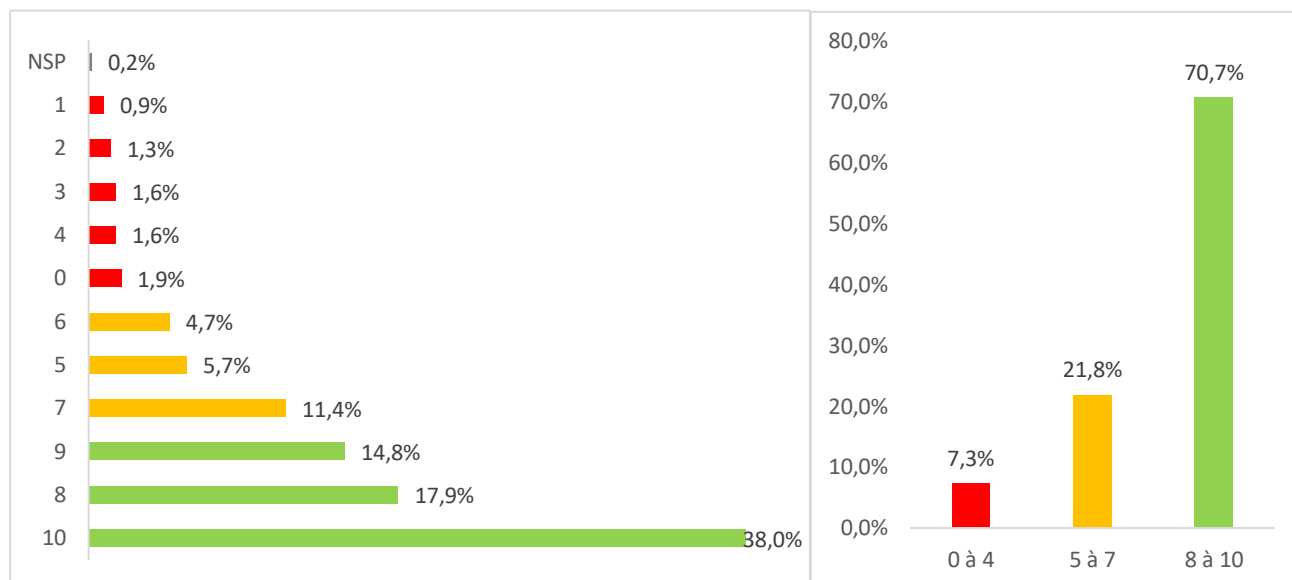


Figure 2. Analyse du vécu global de l'accouchement sur une échelle allant de 0 à 10. A gauche, pourcentages de réponses selon la note donnée ; et à droite répartition du score du vécu en 3 classes (mauvais vécu 0 à 4, vécu moyen 5 à 7, bon vécu 8 à 10). Quatre femmes ont répondu « non concernée »

Sentiments ressentis au cours de l'accouchement

La quasi-totalité des femmes se sentaient en sécurité (n=2076 soit 97,5%), satisfaites de la manière dont les événements s'étaient déroulés (n=1990 soit 93,5%), et exprimaient un sentiment de fierté (n=2161 soit 96,3%). Deux tiers des femmes ont qualifié leur accouchement « comme elles l'avaient imaginé ». A contrario parmi celles qui exprimaient que l'accouchement ne s'était pas passé comme imaginé on dénombrait 20,8% de primipares contre 13,4% de multipares. De plus, 36,6% (n=780) des femmes ayant répondues exprimaient un sentiment d'inquiétude au cours de cette période, et 34,6% (n=727) des femmes exprimaient jusqu'à « une perte de tous leurs moyens » pendant l'accouchement. Ce dernier sentiment était plus fréquent chez les primipares ($p < 0,05$). La présence du conjoint améliorait le vécu ($p < 0,05$). Finalement, 23,1% (n=493) exprimaient également des regrets et 10,3% (n=219) un sentiment d'échec.

Information et consentement

Les femmes n'ayant pas donné leur consentement avant la réalisation de soins médicaux de la part des professionnels de santé (extraction, épisiotomie et déclenchement) avaient un plus mauvais vécu de l'accouchement. Le manque d'information de la part des professionnels de santé était associé à un plus mauvais vécu de l'accouchement. Dans notre population :

- Pour 74,6% (n=2065) des femmes, les informations données par les professionnels de santé étaient tout à fait satisfaisantes.
- 97,2% (n=2075) trouvaient que le ton ou les mots employés par les soignants étaient souvent ou toujours adaptés.
- 96,6% (n=2058) estimaient que les soignants les comprenaient et répondaient à leurs désirs.
- 96,1% (n=2046) se sentaient soutenues émotionnellement par l'équipe soignante.
- 93,1 % (n=1982) des femmes sentaient qu'elles pouvaient s'exprimer et donner leur avis sur les décisions.
- 2,6% (n=55) des femmes estimaient que leur intimité n'était pas respectée lors de l'accouchement.

Il n'y avait pas d'association significative entre le fait d'avoir exprimé des demandes ou souhaits particuliers sur le déroulement de l'accouchement et son vécu ($p=0,06$). Des demandes ou des souhaits particuliers auprès du personnel de santé étaient exprimés par 36,7% (n=784) des femmes dont 9,2% (n=197) de projets de naissance écrits et 7,5% (n=59) ont déclarées que leurs demandes n'avaient pas été respectées. Près de 5% (n=104) des femmes ont regretté ne pas avoir formulé de souhaits particuliers,

Facteurs de risques pouvant influencer le vécu

Dans notre étude plusieurs facteurs influençaient le vécu de l'accouchement de façon significative (tableau 3). La primiparité était un facteur de risque de mauvais vécu de l'accouchement ($p<0,01$).

Une **extraction instrumentale** était associée à un plus mauvais vécu de l'accouchement. Les femmes ayant donné leur consentement avant l'aide instrumentale avaient un meilleur vécu. Cependant, 48,1 % (n=149) d'entre elles déclaraient ne pas avoir donné leur accord avant la réalisation de l'extraction. Les femmes déclaraient même ne pas avoir été prévenues de la réalisation d'une extraction dans 6,8 % (n=21) des cas, et de ne pas avoir eu d'explications sur le motif de l'extraction dans 8,7% (n=27) des cas. Il n'y avait pas d'association significative entre le type d'instrument utilisé et le vécu de l'accouchement. Les regrets et le sentiment d'échec étaient plus fréquents chez les femmes ayant eu une aide instrumentale.

L'épisiotomie était également associée à un plus mauvais vécu de l'accouchement. Ici encore, les femmes ayant été informées et ayant donné leur consentement avant la réalisation avaient un meilleur vécu ($p<0,05$). Dans notre étude, 61,9 % (n=153) déclaraient ne pas avoir donné leur consentement, 46,2 % (n=114) des femmes déclaraient ne pas avoir été informées de la réalisation d'une épisiotomie au moment de l'accouchement et 20,2% (n=23) déclaraient ne pas avoir été informée même après l'accouchement.

Le **déclenchement** était aussi associé à un plus mauvais vécu de l'accouchement ($p<0,01$). Des informations sur le déclenchement étaient données pour 97,1% (n=507) des femmes mais 13,2% d'entre elles déclaraient que ces informations étaient insuffisantes (n=55 soit 10,5%) ou difficilement intelligibles (n=14 soit 2,7%). Donner son consentement au déclenchement améliorait le vécu global de l'accouchement ($p=0,03$). Toutefois, 13,8 % (n=71) des femmes déclaraient ne pas avoir pu donner leur accord pour le déclenchement. Le type de déclenchement influait aussi sur le vécu, avec un plus mauvais vécu de l'accouchement chez les femmes ayant eu une maturation cervicale par dispositif vaginal que chez les femmes déclenchées d'emblée par ocytocine ($p=<0,01$).

Dans notre population, 1696 femmes (80%) avaient une **analgésie péridurale** (APD). Elles déclaraient avoir ressenti moins de douleur pendant le travail et l'accouchement que celles qui n'en avaient pas. Il y avait une association significative entre l'intensité de la douleur et le vécu

de l'accouchement ($p < 0,05$). Paradoxalement, le vécu était moins bon chez les femmes qui avaient eu une APD : 22,2% ($n=137$) de mauvais vécu versus 7% ($n=18$) en l'absence de péridurale ($p < 0,001$). Les 11,2% de femmes ($n=189$) non satisfaites de l'APD avaient un plus mauvais vécu de leur accouchement que les femmes satisfaites de l'APD ($p < 0,05$). Les regrets et le sentiment d'échec étaient plus fréquents chez les femmes ayant eu une péridurale quel que soit le mode d'accouchement. Les 119 femmes (5,6%) n'ayant pas bénéficié d'une APD alors qu'elles le souhaitaient exprimaient un plus mauvais vécu de l'accouchement que les autres ($p < 0,05$).

Les femmes ayant eu une **césarienne** ressentaient moins de douleur à l'accouchement que les femmes ayant accouché par voie vaginale ($p < 0,05$). Cependant avoir une césarienne en urgence apparaissait comme un facteur de risque de mauvais vécu de l'accouchement ($p < 0,01$). Les regrets, le sentiment d'échec, et la peur d'un accouchement ultérieur étaient également plus fréquents chez les femmes ayant eu une césarienne.

Par ailleurs, le **type de maternité** intervenait aussi dans le vécu. Un accouchement dans un type 3 était associé à un vécu négatif ($p < 0,01$). Nous avons choisi de garder à la fois la variable « nombre d'accouchement par an » et « type de maternité » dans l'analyse multivariée car elles n'apportaient pas la même information. Cependant, il existait une forte association entre ces 2 variables car aucun type 1 n'a plus de 3000 accouchements par an et aucun type 3 n'a moins de 3000 accouchements par an.

Les mères avaient un moins bon vécu lorsque leur **nouveau-né** était transféré à la naissance ($p < 0,05$). Avoir son nouveau-né contre soi au moment désiré est associé de façon significative au bon vécu de l'accouchement ($p < 0,01$).

Tableau 3. Analyse bivariable du vécu en 3 classes définies selon le score global du vécu de l'accouchement donné par les femmes (score de 0 à 4, de 5 à 7, et de 8 à 10 sur 10).

Variables	Score 0 – 4 (n=156)	Score 5 – 7 (n=464)	Score 8 – 10 (n=1501)	p-value
Age < 30 ans	81 (7,9%)	224 (21,8%)	723 (70,3%)	0,69
Age > 30 ans	75 (6,9%)	239 (21,9%)	774 (71,1%)	
CSP * (%) :				0,20
- Employée	72 (7,1)	217 (21,2%)	732 (71,7%)	
- Cadre	23 (6,3%)	83 (22,7%)	259 (70%)	
- Profession intermédiaire	35 (9,7%)	85 (23,5%)	242 (66,9%)	
- Sans profession	21 (10,6%)	45 (22,6%)	133 (66,8%)	
- Artisan, commerçante, chef d'entreprise	3 (3,3%)	16 (20,9%)	69 (75,8%)	
- Ouvrière	2 (3,3%)	14 (23%)	45 (73,8%)	
- Agricultrice	0 (0%)	1 (6,7%)	14 (93,3%)	
Départements (%) :				0,27
- Loire Atlantique	59 (7,4%)	184 (22,9%)	559 (69,7%)	
- Maine et Loire	42 (7,2%)	122 (20,9%)	421 (71%)	
- Vendée	28 (7,6%)	89 (24,2%)	251 (68,2%)	
- Mayenne	14 (5,7%)	53 (21,4%)	181 (72%)	
- Sarthe	13 (12%)	15 (13,9%)	80 (74,1%)	
Maternité (%) :				0,29
- Privée	32 (6,1%)	103 (19,7%)	389 (74,2%)	
- Publique	118 (7,8%)	347 (22,8%)	1056 (69,4%)	
- ESPIC *	6 (9,1%)	13 (19,7%)	47 (75,1%)	
Niveau (%) :				<0,01
- 1	27 (5%)	100 (19,7%)	382 (75,1%)	
- 2	84 (6,7%)	281 (22,3%)	895 (71%)	
- 3	45 (13,2%)	82 (24%)	215 (62,9%)	
Nb d'accouchement / an (%) :				<0,01
- Moins de 1000	23 (5,3%)	83 (20%)	331 (75,7%)	
- 1000 à 3000	70 (6,5%)	241 (22,2%)	772 (71,3%)	
- Plus de 3000	63 (10,7%)	139 (23,6%)	389 (65,9%)	
Parité (%)				<0,01
- Primipare	87 (9,3%)	248 (26,5%)	601 (64,2%)	
- Multipare	69 (5,8%)	216 (18,2%)	900 (75%)	
Grossesse (%) :				0,07
- Singleton	152 (7,4)	447 (21,7)	1468 (71%)	
- Multiple	3 (10,4)	11 (37,9)	15 (51,7%)	
Voie vaginale	97 (5,3%)	351 (19,3%)	1371 (75,4%)	<0,01
Césarienne	59 (19,7%)	112 (37,3%)	129 (43%)	
Césarienne programmée	5 (6,6%)	21 (27,7%)	50 (65,8%)	<0,01
Césarienne était programmée mais a eu lieu à un autre moment	2 (8%)	8 (32%)	15 (60%)	
Césarienne en urgence	52 (26,1%)	83 (41,7%)	64 (32,2%)	
Situation particulière				0,20
- Oui	28 (10%)	60 (21,4%)	193 (68,7%)	

- Non	127 (7%)	404 (22%)	1301 (71%)	
Épisiotomie	20 (8,1%)	72 (29,2%)	155 (43%)	<0,01
Pas d'épisiotomie	77 (5%)	277 (17,7%)	1212 (77,4%)	
Déclenchement	60 (11,6%)	144 (27,9%)	313 (60,5%)	<0,01
Pas de déclenchement	93 (5,9%)	317 (19,9%)	1182 (74,3%)	
Jour	67 (6,9%)	215 (22%)	695 (71,1%)	0,71
Nuit	89 (7,9%)	248 (21,8%)	803 (70,4%)	
Extraction Instrumentale				
- Oui	41 (13,2%)	105 (33,9%)	164 (52,9%)	<0,01
- Non	56 (3,8%)	246 (16,3%)	1204 (79%)	
Ventouse	27 (12,6%)	76 (35,4%)	112 (52,1%)	0,70
Forceps ou Spatules	14 (14,9%)	29 (30,9%)	51 (54,3%)	
Péridurale	137 (22,2%)	394 (27,8%)	1152 (50%)	<0,01
Pas de péridurale	18 (7%)	67 (21,7%)	337 (71,2%)	
Transfert du nouveau-né	12 (22,2%)	15 (27,8%)	27 (50%)	<0,01
Pas de transfert	144 (7%)	445 (21,7%)	1459 (71,2%)	
Prise en charge : **				
- Satisfaisante	112 (5,6%)	424 (21,1%)	1475 (73,4%)	<0,01
- Moyenne ou Insatisfaisante	44 (40%)	40 (36,3%)	26 (23,7%)	
Souhaits et demandes particulières pendant la grossesse :				
- Oui	57 (7,3%)	173 (22,2%)	549 (70,5%)	0,53
- Non	96 (7,3%)	288 (21,9%)	930 (70,8%)	
- Ne sait plus	3 (12,5%)	2 (8,3)	19 (79,2%)	

* ESPIC : établissement de santé privé à but non lucratif ; CSP : catégories socio-professionnelles

** prise en charge satisfaisante regroupe « très satisfaisante » et « assez satisfaisante », prise en charge moyenne correspond à « moyennement satisfaisante » et prise en charge insatisfaisante regroupe « assez insatisfaisante » et « très insatisfaisante »

Etude des facteurs de risque de mauvais vécu de l'accouchement

Le tableau 4 montre les résultats de l'analyse de multivariée après identification des facteurs de risque mauvais vécu de l'accouchement. Sur la population totale, les femmes multipares ayant accouché par voie vaginale, sans APD, sans déclenchement, sans transfert du nouveau-né et ayant jugé la prise en charge satisfaisante avaient plus de chances d'avoir un bon vécu. La prise en charge médicale jugée satisfaisante (ORa 11,35 ; IC95% 7,69-16,75) et l'accouchement par voie vaginale (ORa 3,93 ; IC95% 3,04-5,08) étaient les facteurs ayant le plus fort impact sur le vécu, ceci quel que soit le niveau actuel de satisfaction et à variables explicatives égales. Nous avons souhaité modéliser le vécu selon le mode d'accouchement

par voie vaginale ou césarienne. En effet ces deux modes d'accouchement faisaient intervenir des pratiques spécifiques pouvant jouer un rôle sur le vécu ressenti par les femmes. Les femmes ayant eu une extraction avaient 2,6 fois plus de risque d'avoir un mauvais vécu. Les femmes ayant eu une césarienne en urgence étaient plus à risque d'avoir un mauvais vécu de l'accouchement que celles ayant eu une césarienne programmée, même lorsque celle-ci avait lieu à un autre moment que celui initialement prévu.

Tableau 4. Régression multinomiale du vécu de l'accouchement (en 3 classes) dans la population totale et dans les sous-populations de femmes ayant accouchées par voie vaginale ou par césarienne.

Vécu de l'accouchement dans la population totale		
Variable	OR ajusté (IC 95%)	p-value
Analgesie péridurale	1,33 (1-1,78)	0,05
Voie vaginale	3,93 (3,04-5,08)	<0,01
Déclenchement	1,69 (1,35-2,11)	<0,01
Transfert du nouveau-né	1,95 (1,12-3,42)	0,02
Multipare	1,48 (1,21-1,82)	<0,01
Prise en charge satisfaisante	11,35 (7,69-16,75)	<0,01
Vécu de l'accouchement dans la population voie vaginale		
Variable	OR ajusté (IC 95%)	p-value
Déclenchement	1,60 (1,23-2,06)	<0,01
Episiotomie	1,33 (0,97-5,08)	0,07
Extraction instrumentale	2,65 (1,98-3,55)	<0,01
Complication médicale ou psychologique de la grossesse	1,46 (1,05-2,02)	0,02
Multipare	1,37 (1,07-1,82)	0,01
Prise en charge satisfaisante	11,03 (7,23-16,81)	<0,01
Vécu de l'accouchement dans la population césarienne		
Variable	OR ajusté (IC 95%)	p-value
Transfert du nouveau-né	6,49 (1,98-21,26)	<0,01
Césarienne programmée ayant eu lieu au moment prévu	4,61 (1,50-9,54)	<0,01
Césarienne programmée ayant eu lieu à un autre moment	3,9 (2,51-8,46)	<0,01
Complication médicale ou psychologique de la grossesse	2,61 (1,36-5,01)	<0,01
Multipare	0,58 (0,36-0,94)	0,02
Prise en charge médicale satisfaisante	5,46 (1,82-16,4)	<0,01

Lors de l'analyse descriptive, nous avons noté que 10,3% (n=219) des femmes ressentaient un sentiment d'échec suite à leur accouchement. Une analyse multivariée concernant le

sentiment d'échec a été réalisée sur notre échantillon total puis dans les sous-groupes voie vaginale et césarienne (Tableau 5). Le sentiment d'échec était plus fréquent chez les femmes jeunes : lorsque l'âge augmentait de 1 année, il y avait 0.9 fois plus de chances d'avoir un sentiment d'échec. Le sentiment d'échec était plus fréquent chez les primipares que chez les multipares ($p<0,05$). Avoir une péridurale multipliait par 5,6 le risque de sentiment d'échec. La douleur n'était pas liée au sentiment d'échec : les femmes ayant coté leur douleur entre 8 et 10/10 n'avaient pas plus de sentiment d'échec que celles ayant coté la douleur entre 0 et 7/10 ($p=0,13$). Le risque de sentiment d'échec était plus faible lorsqu'il s'agissait d'une césarienne programmée que lorsqu'il s'agissait d'une césarienne en urgence.

Tableau 5. Régression multinomiale du sentiment d'échec dans la population totale et dans les sous-populations de femmes ayant accouchées par voie vaginale ou par césarienne.

Sentiment d'échec dans la population totale		
Variable	OR ajusté (IC 95%)	p-value
Analgesie péridurale	5,64 (2,75-13,66)	<0,01
Césarienne	7,38 (5,28-10,33)	<0,01
Déclenchement	1,82 (1,31-2,52)	<0,01
Age en continu (+1 an) *	0,93 (0,90-0,96)	<0,01
Souhaits exprimés lors de la grossesse	1,61 (1,16-2,21)	<0,01
Prise en charge satisfaisante	0,16 (0,10-0,26)	<0,01
Sentiment d'échec dans la population voie vaginale		
Variable	OR ajusté (IC 95%)	p-value
Analgesie péridurale	5,65 (2,22-14,40)	<0,01
Déclenchement	1,87 (1,21-2,88)	<0,01
Episiotomie	0,60 (0,37-1)	<0,01
Extraction instrumentale	0,40 (0,26-0,63)	<0,01
Age en continu (+1 an) *	0,95 (0,91-1)	0,05
Souhaits exprimés lors de la grossesse	1,73 (1,14-2,63)	0,01
Prise en charge satisfaisante	0,14 (0,08-0,25)	<0,01
Sentiment d'échec dans la population césarienne		
Variable	OR ajusté (IC 95%)	p-value
Césarienne programmée ayant eu lieu au moment prévu	0,18 (0,08-0,40)	<0,01
Césarienne programmée ayant eu lieu à un autre moment	0,41 (0,14-1,15)	0,09
Age en continu (+1 an) *	0,93 (0,87-0,98)	0,01

* L'âge est classé en 4 catégories avec comme classe de référence 25 – 30 ans

Portrait-robot de la femme associée au bon et mauvais vécu de l'accouchement

D'après nos résultats, le profil des femmes associé à un bon vécu était une femme multipare qui accouchait par voie vaginale, sans APD, après une mise en travail spontanée, qui gardait son nouveau-né à ses côtés et qui avait une prise en charge médicale jugée satisfaisante. À l'inverse, le profil des femmes qui présentait un mauvais vécu était une primipare ayant accouché par césarienne après déclenchement du travail dans une maternité de niveau 3, pour laquelle le nouveau-né nécessitait un transfert pédiatrique, avec prise en charge médicale jugée non satisfaisante. A l'issue de l'analyse multivariée, la variable « type de maternité » n'était plus significativement liée au vécu, car très corrélée à la variable « satisfaction de la prise en charge » ($p < 0,001$) et 8% des femmes ayant accouché en type 3 ont déclaré une prise en charge non satisfaisante (contre 6% en type 2 et 2% en type 1) ($p < 0,01$). Cela s'expliquait sans doute par le type de pathologies prises en charge dans les types 3 concernant la mère ou le nouveau-né. Dans notre questionnaire, nous ne demandions pas l'âge gestationnel de naissance afin de distinguer les nouveau-nés prématurés. Nous avons alors regardé l'association entre type de maternité et transfert du nouveau-né à la naissance, celle-ci était en effet très liée ($p < 0,05$) : 5,8% des nouveau-nés en type 3 ont été transférés (contre 2,2% en type 2 et 1,2% en type 1). Le fait d'avoir vécu une situation particulière c'est-à-dire une complication médicale ou psychologique au cours de la grossesse, était significativement ($p < 0,05$) liée au type de la maternité d'accouchement (20% en type 3 contre 12% en type 1 et 2).

Dimensions émotionnelles et relationnelles

La visualisation des items sur un diagramme commun (figures 4 et 5) permet de montrer que plus de 75% des femmes se sentaient en sécurité, confiantes, satisfaites de la manière dont les événements se sont déroulés, et ont compris tout ce qui s'était passé lors de leur accouchement. Plus de 60% d'entre elles, ont été satisfaites du déroulement du travail et de l'accouchement. Moins de 40% ont été inquiètes, ont ressenti des sensations bizarres ou ont eu l'impression de perdre tous leurs moyens lors du travail ou de l'accouchement. Plus de 90%

des femmes ont jugé avoir eu de bonnes relations avec les professionnels de santé que ce soit en termes de compréhension, d'information ou de soutien. Plus de 85% des femmes étaient satisfaites des premiers instants avec leur nouveau-né. La majorité des femmes (96%) se disaient être fières d'elles-mêmes. Cependant 23% exprimaient des regrets et 10% ont ressenti un sentiment d'échec.

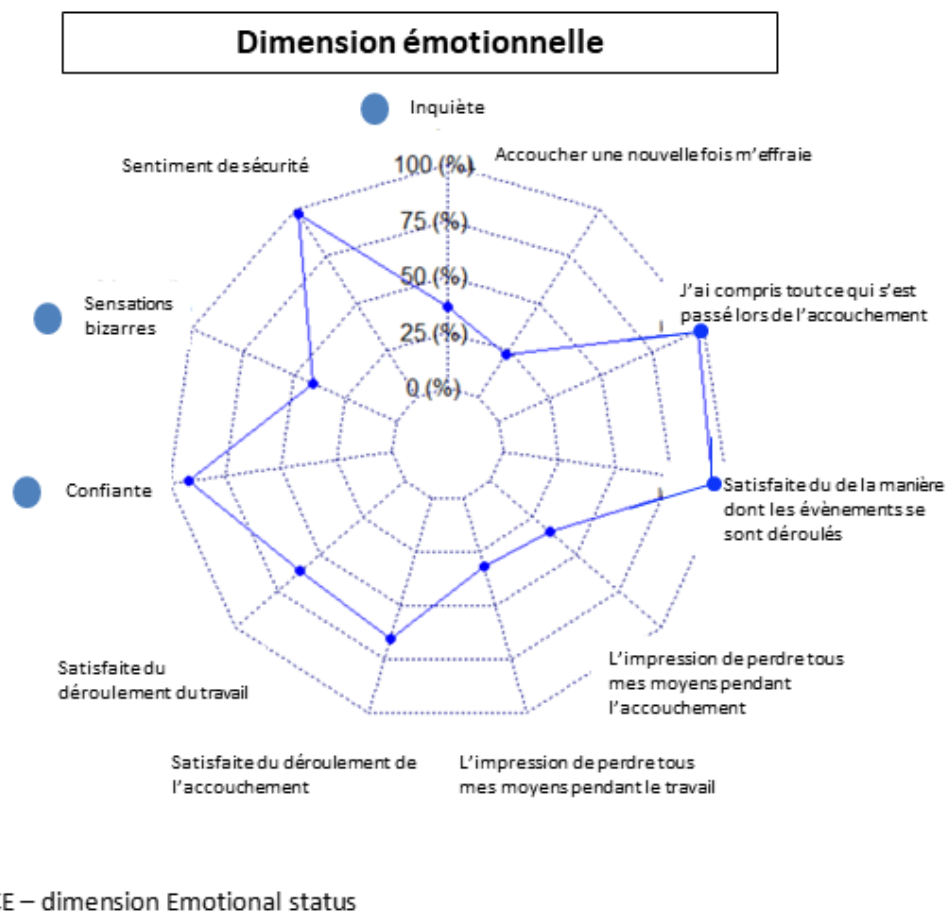


Figure 4 : Diagramme en radar représentant la dimension émotionnelle : 3 items sont issus du questionnaire QACE, les autres items ont été ajoutés à cette étude.

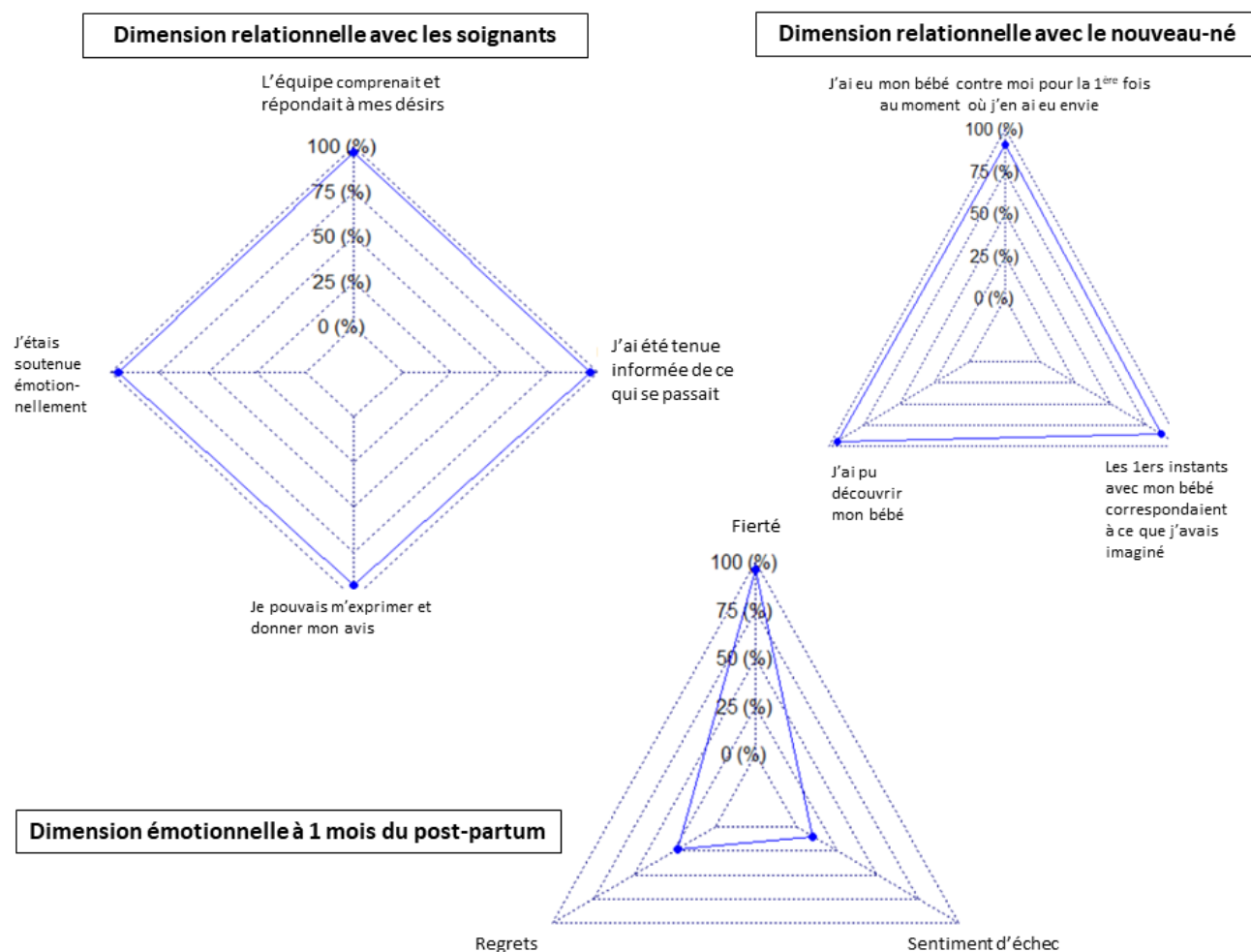


Figure 5 : Diagramme en radar représentant les dimensions relationnelles avec les soignants et le nouveau-né, dimension émotionnelle à un mois du post-partum

Discussion

Nos résultats montraient que 70% des femmes avaient un bon vécu de leur accouchement. En revanche, 7% des femmes avaient un très mauvais vécu de leur accouchement avec un score inférieur à 5 sur 10. Le collectif CIANE (5) révélait que 8 femmes sur 10 étaient satisfaites du soutien des équipes médicales. Les principaux souhaits exprimés par les femmes concernaient la liberté de mouvement (choix de position et possibilité de déambuler), un accompagnement personnalisé de la douleur et le refus de l'épisiotomie en dehors d'une nécessité sérieuse. Dans notre étude 27% des femmes ont exprimés des souhaits pendant

lors des consultations de suivi et 9% ont rédigé un projet de naissance. Le respect des souhaits et du consentement était associé à un bon vécu de l'accouchement. Dans les enquêtes du CIANE, 90% des femmes dont les souhaits avaient été respectés avaient un bon vécu de leur accouchement. Cette étude retrouvait une progression du taux de projet de naissance entre 2005 et 2011. Cependant, dans l'enquête nationale périnatale (6) publiée en 2017, les femmes étaient assez peu nombreuses à rédiger un projet de naissance (3,7%). L'évaluation de la qualité des soins repose souvent sur des objectifs de performance. Ce type d'évaluation n'est pas suffisant et des données qualitatives comme la satisfaction des usagers représentent un enjeu important dans les méthodes d'évaluation de la périnatalité.

Stress post traumatique

Plusieurs équipes ont évalué l'accouchement comme facteur déclenchant d'un état de stress post traumatique (SPT). Une revue de la littérature effectuée en 2009 rapportait une prévalence d'ESPT en lien avec l'accouchement de 1,3 à 6 % (7). Une perception négative de l'accouchement serait un facteur de risque de développer un état de SPT. En 1994, l'accouchement fut reconnu comme facteur de risque de SPT par le DSM-IV (8). Celui-ci est toujours présent dans le DSM-V de 2013 et le SPT est défini comme une réaction spécifique qui peut se développer suite à l'exposition à un ou des événements traumatiques. Le diagnostic peut être posé à partir d'un mois après l'exposition à l'événement traumatique. La reconnaissance de l'accouchement en que facteur de risque d'état de SPT est récente et aucun traitement approprié n'a véritablement été testé et validé à ce jour. Si la plupart des femmes vivent leur accouchement comme un événement positif, une minorité développe des symptômes psychopathologiques en post-partum. Les principaux facteurs de risque de stress post traumatique en lien avec la naissance sont une expérience subjective négative de l'accouchement, un accouchement avec extraction instrumentale ou césarienne, le manque de soutien de la part de l'équipe soignante (9).

Facteurs de risques de vécu négatif

Dans notre population, être primipare, accoucher dans une maternité de niveau 3 ou une structure avec plus de 3000 accouchements par an, avoir une extraction instrumentale, une césarienne, une épisiotomie, un déclenchement ou une péridurale étaient associés à un mauvais vécu. Certains résultats sont en accord avec les données des études antérieures. Le niveau et la taille de la maternité ne semblaient pas avoir été étudiés avant notre étude. Dans les commentaires libres, les femmes évoquent un mauvais vécu lors de la pose du cathéter par l'équipe d'anesthésie, une peur de l'aiguille, des douleurs pendant le geste ou des APD non efficaces pour ne citer que les plus courants. Dans notre étude, l'APD était associée au mauvais vécu et au sentiment d'échec. Cependant, la douleur est associée au mauvais vécu et une majorité de femmes classent « l'accouchement sans douleur » comme un accouchement idéal. Ce paradoxe laisse supposer qu'il existe une certaine « fierté » à accoucher sans APD. L'accouchement pourrait alors être vécu comme une performance par la femme. Ce phénomène est probablement encouragé par le développement des salles physiologiques en maternité qui prônent un accouchement « naturel » par opposition à l'accouchement sous APD qui lui est perçu comme « médicalisé ». Il semble important de préparer les femmes enceintes en amont sur la douleur lors de l'accouchement, de les informer sur la sécurité apportée par l'APD. Avoir une péridurale efficace est, en revanche, souvent associée à un bon vécu dans la littérature. Selon M. Chabbert (10), les femmes avec un vécu négatif étaient plus souvent célibataires et primipares, elles avaient plus souvent vécu une césarienne d'urgence ou un accouchement prématuré ou déclenché, ou avec une APD non efficace. Un travail prolongé semblait diminuer la satisfaction à l'accouchement (11). Le déclenchement du travail était retrouvé comme facteur de risque de mauvais vécu de l'accouchement dans plusieurs études. (12),(13) Notre étude semble être la première à montrer que les femmes avec maturation cervicale étaient moins satisfaites de leur accouchement que celles ayant été déclenchées d'emblée par perfusion d'ocytocine. On peut suggérer que ces femmes ressentent plus de douleur et sur une durée plus longue avant la mise en travail. Encore une fois, une information adaptée permettrait de mieux préparer les

femmes avant une maturation cervicale. En 2019, une cohorte rétrospective suédoise incluant 16 775 femmes qui ont accouché entre janvier 2016 et décembre 2017 retrouvait une prévalence totale de l'insatisfaction à l'accouchement de 5,7%(14). Les principaux facteurs de risque d'insatisfaction à l'accouchement étaient la césarienne d'urgence, l'hémorragie post-partum $\geq 2L$ et un score Apgar <7 à cinq minutes. De plus, l'induction du travail, l'accouchement instrumental et les blessures obstétricales du sphincter anal étaient significativement associés à l'insatisfaction des femmes à l'accouchement. Dans l'étude de M. Chabbert, les femmes ayant eu un vécu négatif de leur accouchement avaient des relations précoces mère–nouveau-né de moins bonnes qualités que celles avec un vécu positif. Les résultats de cette étude incitent à prendre en charge de façon plus spécifique les vécus négatifs, voire traumatiques, de l'accouchement dans le post-partum afin de réduire leur impact potentiellement négatif sur les relations précoces mère–nouveau-né.

Une étude américaine de 2019(15), avec un échantillon de 2138 femmes, montrait qu'une femme sur 6 (17,3%) avait reçu des mauvais traitements tels que : perte d'autonomie, être ignorée ou menacée, ne recevoir aucune réponse aux demandes d'aide. Pour 5,5% des femmes il y avait une violation de leur vie privée et pour 4,5% elles disaient avoir été forcées à accepter un traitement qu'elles ne voulaient pas. Les expériences de maltraitance représentaient 5,1% des femmes ayant accouché à domicile contre 28,1% des femmes ayant accouché à l'hôpital. Les facteurs associés à une probabilité plus faible de mauvais traitements incluaient une naissance par voie vaginale, l'accompagnement par une sage-femme et le fait d'être blanche, multipare et âgée de plus de 30 ans. Dans cette étude, une discrimination sociale et raciale était mise en évidence. Par exemple, 27,2% des femmes de couleur avec un faible niveau socio-économique avaient signalé des mauvais traitements contre 18,7% des femmes blanches avec un faible niveau socio-économique. Indépendamment de l'ethnie maternelle, le fait d'avoir un partenaire noir augmentait également les mauvais traitements signalés. Une discrimination raciale était retrouvée sur les femmes noires aux Etats-Unis(16) et sur les Roms en Europe(17). Nous n'avons pas recueilli l'origine ethnique dans cette étude sur le vécu, pour une raison éthique.

Facteurs protecteurs de vécu positif

Dans notre échantillon, les résultats montraient que l'absence de consentement avant la réalisation de gestes médicaux et le manque d'information délivrée par les professionnels de santé semblaient être des facteurs de risque de mauvais vécu. Une revue de la littérature canadienne de 2002 identifiait quatre facteurs influençant le ressenti des femmes à l'accouchement. Les attentes personnelles, le niveau de soutien des soignants, la qualité de la relation soignant / patient et l'implication de la femme dans la prise de décision participaient au ressenti positif de l'accouchement(18). Dans notre étude, il n'y avait pas d'association significative entre le fait d'avoir exprimé des demandes ou souhaits particuliers sur le déroulement de l'accouchement et vécu de l'accouchement ($p=0,062$). En revanche, une étude de 2004 menée sur 60 femmes de 18 à 46 ans aux Etats Unis montrait que l'autonomie et le sentiment de contrôle pendant l'accouchement était un facteur significativement lié à la satisfaction des femmes à l'égard de l'expérience de l'accouchement(19). Les femmes qui avaient effectué une préparation à l'accouchement étaient globalement plus satisfaites de l'expérience de l'accouchement. Selon une étude réalisée en Angleterre sur 825 femmes, les informations reçues par la femme et leur sentiment de contrôler la prise en charge médicale étaient associées à une expérience positive(20). Après la naissance, 78% des femmes avaient défini leur accouchement comme un élément épanouissant. Comme dans notre étude, le taux de satisfaction était plus faible chez les primipares. Les interventions médicales (césarienne, extraction, épisiotomie) diminuaient également l'épanouissement, le sentiment de bien-être et la satisfaction à l'accouchement de façon cumulative : plus une femme avait subi d'interventions, moins elle avait le sentiment de contrôle et moins elle était satisfaite. Notre étude montre que les premiers instants avec le nouveau-né impactent le vécu positif des femmes et 91% des femmes estimaient que le soutien des partenaires les a aidées. Offrir aux femmes la possibilité immédiate d'être avec leur nouveau-né et le soutien des pères lors de l'accouchement est un facteur protecteur(21).

Forces et limites

Cette étude comporte des limites. Tout d'abord, il s'agit d'une étude basée sur des auto-questionnaires. Ces données subjectives et rétrospectives comportent des biais liés notamment à l'état émotionnel et des biais de remémoration. C'est pourquoi la période de réponse était très encadrée pour limiter ces biais. Nous n'avons pas accès aux données médicales vérifiables par rapport au déroulement de l'accouchement, l'ensemble des données étaient déclaratives. Il aurait pu être intéressant de comparer le ressenti des soignants avec le vécu rapporté par les femmes. En l'absence d'outil validé, la mesure du vécu de l'accouchement a été faite par une échelle arbitraire de 0 à 10.

Il s'agit de la seule étude française dans l'ensemble d'un réseau de périnatalité, évaluant le vécu des femmes lors de l'accouchement. Cette étude réalisée sur une vaste population de femmes à partir d'un questionnaire validé, avec une réponse obtenue dans un délai préalablement déterminé, permet de recueillir le vécu des femmes dans des maternités publiques et privées. Ceci permet donc d'obtenir une vision globale du vécu de l'accouchement par les femmes en France. Et d'identifier certaines données sociodémographiques et particularités de l'accouchement permettant de distinguer les femmes qui ont eu un vécu négatif ou positif de leur accouchement. Nous avons mis en évidence un fort impact de la relation soignant – patientes et l'importance d'obtenir le consentement de la patiente avant la réalisation de gestes médicaux. Nous avons pu établir des dimensions psychologiques et relationnelles avec les soignants et avec le nouveau-né.

La cohérence interne de notre étude a été validée par différentes associations dans notre questionnaire.

Les recommandations

Les inquiétudes concernant la surmédicalisation des soins maternels dans le monde ne sont pas récentes. Elles se sont souvent intégrées aux mouvements sociaux sur les droits des femmes. Différents travaux se sont attardés à trouver les facteurs influençant la perception positive ou négative de l'accouchement. Dans son rapport sur la prévention et l'élimination de

l'irrespect et des abus pendant l'accouchement, l'OMS met en évidence cinq catégories de violences obstétricales (22) :

- Interventions de routine inutiles et médicalisation (sur la mère ou le nourrisson)
- Abus verbal, humiliation ou agression physique
- Manque de matériel et installations inadéquates
- Soins pratiqués par les professionnels sans informer la femme et sans son consentement
- Discrimination pour des motifs culturels, économiques, religieux et ethniques

Dans un but d'amélioration des pratiques obstétricales, l'OMS a émis une guideline en 2016 pour une expérience positive de l'accouchement, des soins de santé centrés sur la personne et le bien-être des femmes et des familles. Ces récentes recommandations sur les soins per-partum représentent un ensemble de repères de bonne pratique médicale autour de la naissance (23),(24). L'OMS propose de développer la recherche pour améliorer la qualité des soins de santé maternelle, en respectant les droits des femmes à des soins de santé dignes et respectueux tout au long de la grossesse et de l'accouchement. La HAS recommande qu'un entretien spécifique soit proposé systématiquement au 4^{ème} mois de grossesse afin de mieux dépister les femmes en situation de vulnérabilité psycho-sociale. Le plan périnatalité de 2015-2017 a formulé des exigences d'intégration du point de vue des usagers dans la prise en charge médicale qui leur est proposée. Il comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il vise également à améliorer la connaissance du secteur et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent.

Conclusions

Un tiers des femmes ont un vécu non satisfaisant de leur accouchement. La satisfaction de la prise en charge intervient principalement dans le vécu de l'accouchement. L'équipe soignante a donc un grand rôle à jouer dans le vécu. Les femmes ayant un bon vécu sont principalement des multipares, ayant accouché par voie-basse, sans déclenchement, sans péridurale, sans transfert du nouveau-né et avec une prise en charge médicale jugée satisfaisante. A l'inverse, les femmes ayant un mauvais vécu sont principalement des primipares, ayant accouché dans une maternité de type 3, ayant eu une césarienne, un déclenchement, un transfert du nouveau-né, ou une prise en charge jugée insatisfaisante.

La surmédicalisation et les interventions inutiles entraînent une perte d'autonomie et de liberté de choix et affectent négativement la qualité de vie des femmes. Les actes négligents, abusifs, discriminatoires et irrespectueux fondés sur des relations de pouvoir et d'autorité exercées par des professionnels de la santé fragilise relation de confiance entre les femmes et les professionnels de santé. La présence d'un compagnon, la possibilité d'accouchement dans la position de son choix ou de déambuler, le respect du projet de naissance de la femme, la présence du nouveau-né sont autant d'éléments à privilégier au cours de l'accouchement. L'amélioration du vécu passe également par la relation entre les femmes et les soignants, comme nous l'avons bien montré dans cette étude. L'information et la recherche du consentement sont devenues indispensables au cours de nos pratiques obstétricales, même dans les situations d'urgence.

Bibliographie

1. Boudou M, Teissèdre F, Walburg V, Chabrol H. [Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues]. *L'Encephale*. oct 2007;33(5):805-10.
2. Lukasse M, Schroll A-M, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys A-S, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. mai 2015;94(5):508-17.
3. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 29 nov 2018 [cité 30 mai 2020];26. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6280177/>
4. Carquillat P, Vendittelli F, Perneger T, Guittier M-J. Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 30 août 2017 [cité 29 mars 2020];17. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5577741/>
5. CIANE. Enquête sur les accouchements. Dossier n°8. Juin 2014
6. Enquête nationale périnatale. Rapport de 2016.
7. Denis A, Callahan S. État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. *J Thérapie Comport Cogn* [Internet]. 1 déc 2009 [cité 20 août 2019];19(4):116-9. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1155170409000780>
8. Grohol JM, Founder PD, Final DSM 5 Approved by American Psychiatric Association [Internet]. *World of Psychology*. 2012 [cité 20 août 2019]. Disponible sur: <https://psychcentral.com/blog/final-dsm-5-approved-by-american-psychiatric-association/>
9. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med*. avr 2016;46(6):1121-34.
10. Chabbert M, Wendland J. Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère bébé ? 2017.
11. Kempe P, Vikström-Bolin M. Women's satisfaction with the birthing experience in relation to duration of labour, obstetric interventions and mode of birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. mars 2020;246:156-9.
12. Henderson J, Redshaw M. Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. oct 2013;92(10):1159-67.
13. Coates R, Cupples G, Scamell A, McCourt C. Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. *Midwifery*. févr 2019;69:17-28.
14. Falk M, Nelson M, Blomberg M. The impact of obstetric interventions and complications on women's satisfaction with childbirth a population based cohort study including 16,000 women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 11 déc 2019;19(1):494.

15. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, et al. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health*. 11 juin 2019;16(1):77.
16. Hamm RF, Srinivas SK, Levine LD. Risk factors and racial disparities related to low maternal birth satisfaction with labor induction: a prospective, cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 30 déc 2019 [cité 26 avr 2020];19(1):530. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2658-z>
17. Watson HL, Downe S. Discrimination against childbearing Romani women in maternity care in Europe: a mixed-methods systematic review. *Reprod Health* [Internet]. 5 janv 2017 [cité 26 avr 2020];14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5217576/>
18. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. mai 2002;186(5 Suppl Nature):S160-172.
19. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. avr 2004;46(2):212-9.
20. Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth Berkeley Calif*. mars 1990;17(1):15-24.
21. Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*. févr 2008;37(1):24-34.
22. WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience [Internet]. [cité 29 mai 2020]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf;jsessionid=A8117DFFE2608EAE6487C422BBCB4D99?sequence=1
23. WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience: Summary [Internet]. [cité 30 mai 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259947/WHO-RHR-18.02-eng.pdf?sequence=1>
24. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018 [cité 7 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513809/>

Annexes

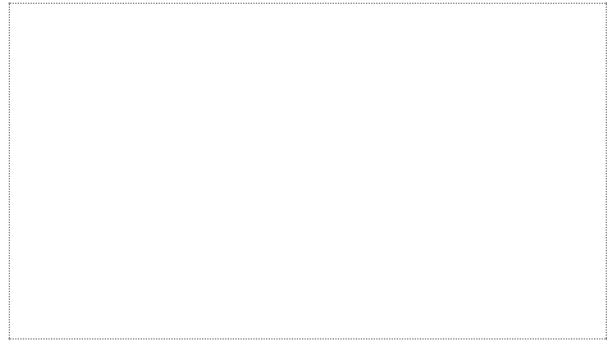
Tableau 1: Facteurs de risque de troubles psychiques selon le collège de psychiatrie

Facteurs de vulnérabilité psychiatriques
Antécédents de troubles psychiatriques personnels ou familiaux ; trouble lié à l'usage de substances, et particulièrement trouble lié à l'usage d'alcool.
Facteurs gynécologiques et obstétricaux
Âge (grossesse < 20 ans et > 35 ans) ; primiparité ; grossesse non désirée ; découverte ou suspicion de malformation ou de pathologie fœtale ; grossesse compliquée (diabète gestationnel, hypertension gravidique) ; accouchement dystocique/césarienne (surtout en urgence et/ou sous anesthésie générale) / prématurité / petit poids de naissance.
Facteurs environnementaux
Mère célibataire / difficultés conjugales ; précarité socio-économique / faible niveau d'éducation / isolement social ; antécédents d'abus ou de maltraitance dans l'enfance ; facteurs culturels concernant principalement les femmes migrantes : langue, représentations culturelles et rituels différents autour de la maternité et de la grossesse.

Figure 1 : quelques citations parmi les 834 commentaires des patientes en texte libre

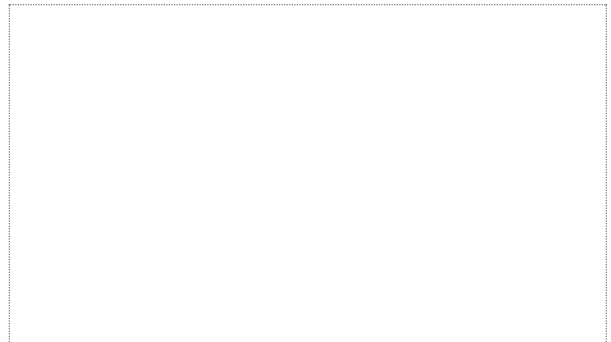


Vu, le Président du Jury, (tampon et signature)



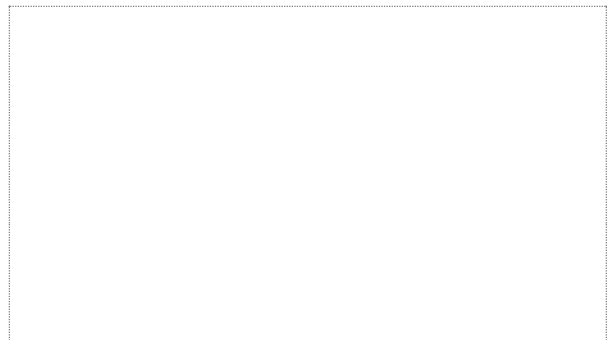
Professeur Norbert WINER

Vu, le Directeur de Thèse, (tampon et signature)



Docteur Chloé ARTHUIS

Vu, le Doyen de la Faculté, (tampon et signature)



Professeur Pascale JOLLIET