



HAL
open science

État des lieux du vécu des femmes : vers la bientraitance dans le secteur de la naissance. Violences obstétricales : mythe ou réalité ? : étude monocentrique descriptive qualitative et quantitative auprès de 64 patientes dans un CHU de niveau III en PACA.

Charlotte Bouzinac

► **To cite this version:**

Charlotte Bouzinac. État des lieux du vécu des femmes : vers la bientraitance dans le secteur de la naissance. Violences obstétricales : mythe ou réalité ? : étude monocentrique descriptive qualitative et quantitative auprès de 64 patientes dans un CHU de niveau III en PACA.. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02270605

HAL Id: dumas-02270605

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02270605>

Submitted on 26 Aug 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Ecole de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de Médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

Etat des lieux du vécu des femmes : Vers la bienveillance dans le secteur de la naissance

Violences obstétricales : mythe ou réalité ?

*Etude monocentrique descriptive qualitative et quantitative auprès de 64
patientes dans un CHU de niveau III en PACA*

Mémoire présenté et soutenu publiquement le 17 Juin 2019 pour

L'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme

Par Charlotte BOUZINAC

Née le 26 septembre 1995

A Nice (Alpes-Martimes)

Sous la direction de Marianne CHAUCHEAU

Promotion 2014-2019



Ecole de Sages-Femmes de Nice

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de Médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

Etat des lieux du vécu des femmes : Vers la bienveillance dans le secteur de la naissance

Violences obstétricales : mythe ou réalité ?

*Etude monocentrique descriptive qualitative et quantitative auprès de 64
patientes dans un CHU de niveau III en PACA*

Mémoire présenté et soutenu publiquement le 17 Juin 2019 pour

L'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme

Par Charlotte BOUZINAC

Née le 26 septembre 1995

A Nice (Alpes-Martimes)

Sous la direction de Marianne CHAUVEAU

Promotion 2014-2019

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier sincèrement,

Ma directrice de mémoire, Marianne Chauveau, pour sa gentillesse et son soutien tout au long de ce travail.

L'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de Sages-Femmes de Nice, et particulièrement Madame Sicart pour m'avoir guidée dans des moments compliqués.

Mes amies de promotion toutes aussi folles que géniales, Priscilla et Victoria, sans qui ces années n'auraient clairement pas été aussi magiques.

A toutes mes autres copines de promotion, notamment Julie, Charlotte, Johanna, Margaux, Rebecca, Marine et Elora.

Mes meilleurs amis d'enfance, Marie, Agathe, Romane, Fanny, Sara et Lola, qui ne liront jamais une ligne de ce travail mais que j'aime profondément et ça depuis de longues années.

Marie pour avoir su me supporter pendant ces trois mois à Mayotte et avec qui j'ai partagé mes plus beaux souvenirs de ces dernières années.

Thibault, pour avoir été le premier à croire en moi.

Et enfin, ma famille, pour leur soutien constant dans tout ce que j'ai pu entreprendre.

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES	5
LISTE DES FIGURES.....	6
LISTE DES TABLEAUX	7
INTRODUCTION	9
1 VIOLENCES OBSTETRIQUES ET RETENTISSEMENTS.....	10
1.1 EMERGENCE DE LA MALTRAITANCE MEDICALE EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE.....	10
1.1.1 <i>En Amérique Latine</i>	10
1.1.2 <i>Les débuts en France</i>	13
1.1.3 <i>Enquêtes menées à ce jour</i>	16
1.2 LES VIOLENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES	17
1.3 LES RETENTISSEMENTS PHYSIQUES ET PSYCHIQUES SUR LE VECU DES PATIENTES	20
1.3.1 <i>Physiques</i>	22
1.3.1.1 Suivi gynécologique et obstétrical.....	22
1.3.1.2 L'épisiotomie	23
1.3.1.3 La prise en charge de la douleur	24
1.3.1.4 L'extraction instrumentale	24
1.3.1.5 L'expression abdominale.....	24
1.3.2 <i>Psychiques</i>	25
1.3.2.1 L'état de stress post-traumatique	25
1.3.2.2 La relation mère-enfant	25
1.4 UNE PROFONDE RESONNANCE ENTRE MALTRAITANCE ET BIEN-TRAITANCE	26
2 PRESENTATION DE L'ETUDE ET ANALYSE DES RESULTATS.....	30
2.1 TRAVAIL DE RECHERCHE	30
2.1.1 <i>Problématique</i>	30
2.1.2 <i>Objectif du mémoire</i>	30
2.1.3 <i>Hypothèses de travail</i>	30
2.2 METHODOLOGIE	31
2.2.1 <i>Type d'étude</i>	31
2.2.2 <i>Présentation du CHU</i>	31
2.2.3 <i>Population étudiée</i>	31
2.2.4 <i>Entretiens</i>	32
2.3 RESULTATS.....	33

2.3.1	<i>Analyse descriptive de l'échantillon</i>	33
2.3.1.1	Effectifs.....	33
2.3.1.2	Description générale de la population	33
2.3.1.3	Caractéristiques obstétricales de la population	34
2.3.1.4	Souhaits et respect des souhaits de la patiente.....	38
2.3.1.5	Accompagnement des soignants.....	42
2.3.1.6	Présence et place accordée à l'accompagnant	54
2.3.1.7	Vécus des patientes.....	55
2.3.1.8	Suggestions des patientes	61
2.3.2	<i>Croisement des données</i>	64
2.3.2.1	Description de la population	65
2.3.2.2	L'accompagnement apporté par les soignants	68
2.3.2.3	Place accordée à l'accompagnant	74
3	ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION	74
3.1	L'ETUDE MENEES	74
3.1.1	<i>Points forts de l'étude</i>	74
3.1.2	<i>Points à améliorer de l'étude</i>	75
3.1.3	<i>Caractéristiques générales et obstétricales de la population</i>	76
3.1.4	<i>Réponses aux hypothèses de travail</i>	77
3.2	PROPOSITIONS ET AXES D'AMELIORATION	85
3.2.1	<i>L'information, un besoin crucial des patientes</i>	85
3.2.2	<i>Prise en charge de la douleur : une meilleure approche pour un vécu plus serein</i>	88
3.2.3	<i>L'importance capitale de l'écoute des femmes enceintes et de leur entourage</i>	89
3.2.4	<i>La bientraitance en milieu hospitalier : un gage de qualité</i>	90
3.2.5	<i>Sensibiliser les soignants et les femmes</i>	93
	CONCLUSION	96
	BIBLIOGRAPHIE	I
	LISTE DES ANNEXES	IX
	ANNEXES	X

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIANE : Comité Interassociatif Autour de la Naissance

CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

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

IRASF : Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SA : Semaine d'Aménorrhée

SDC : Suites De Couches

SDN : Salles De Naissances

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : SOUHAIT(S) OU DEMANDE(S) EXPRIME(S) PENDANT LA GROSSESSE OU AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT	38
FIGURE 2 : SOUHAITS ET DEMANDES DES PATIENTES AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT EN FONCTION DES SOUHAITS EXPRIMES PENDANT LA GROSSESSE.....	38
FIGURE 3 : TYPE D'ALIMENTATION DES PATIENTES AUPRES DE LEUR NOUVEAU-NE	40
FIGURE 4 CHOIX DE L'ANESTHESIE ET PRISE EN CHARGE A L'ACCOUCHEMENT	40
FIGURE 5 : SATISFACTION DU RESPECT DES SOUHAITS DES PATIENTES.....	41
FIGURE 6 : SOUHAIT DES PATIENTES DE PROPOSITION D'AUTRES POSITIONS PAR LA SAGE-FEMME	46
FIGURE 7 : BESOIN DE PRESENCE PHYSIQUE SUPPLEMENTAIRE EN FONCTION DU SENTIMENT D'ECOUTE, D'ENTENTE ET DE COMPREHENSION	49
FIGURE 8 : VECU DES ACTES EFFECTUES EN SALLES DE NAISSANCES	55
FIGURE 9 : VECU DES PATIENTES DE L'ALIMENTATION DU NOUVEAU-NE SELON LE TYPE D'ALLAITEMENT	58
FIGURE 10 : SUGGESTION D'AMELIORATION DE LA PART DES PATIENTES	62
FIGURE 11 : REPRESENTATION SCHEMATIQUE DU MODELE DE SOINS INTRAPARTUM SELON L'OMS.....	91

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION	33
TABLEAU II : CARACTERISTIQUES OBSTETRIQUES DE LA POPULATION	34
TABLEAU III : SATISFACTION DE L'ACCUEIL ET DE L'INSTALLATION EN SALLES DE NAISSANCES ET EN SUITES DE COUCHES	42
TABLEAU IV : RESPECT DE L'INTIMITE EN SALLES DE NAISSANCES ET EN SUITES DE COUCHES.....	42
TABLEAU V : SATISFACTION DES PATIENTES CONCERNANT LES INFORMATIONS, LES EXPLICATIONS ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT.....	44
TABLEAU VI : SATISFACTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN FONCTION DU MODE D'ACCOUCHEMENT	47
TABLEAU VII : SATISFACTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR EN FONCTION DU SENTIMENT D'ECOUTE, D'ENTENTE ET DE COMPREHENSION.....	48
TABLEAU VIII : ECHANGE AVEC L'EQUIPE SOIGNANTE EN SALLES DE NAISSANCES ET EN SUITES DE COUCHES	50
TABLEAU IX : ECHANGE AVEC L'EQUIPE ET SOUHAI D'ECHANGE DES PATIENTES	51
TABLEAU X : SATISFACTION DES PATIENTES CONCERNANT LES INFORMATIONS ET L'AIDE APPORTES EN FONCTION DU TYPE D'ALIMENTATION DE LEUR NOUVEAU-NE	51
TABLEAU XI : SATISFACTION DES PATIENTES DE L'ATTENTION PORTEE A L'ETAT PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE	52
TABLEAU XII : SATISFACTION DES PATIENTES CONCERNANT LA PLACE ACCORDEE A L'ACCOMPAGNANT EN FONCTION DU MODE D'ACCOUCHEMENT	55
TABLEAU XIII : VECU D'ACCOUCHEMENT OU DE CESARIENNE DES PATIENTES	56
TABLEAU XIV : VECU DES PATIENTES DES PREMIERS JOURS EN TANT QUE MERE.....	59
TABLEAU XV : VECU GLOBAL DU PARCOURS PERINATAL DES PATIENTES.....	61
TABLEAU XVI : VECUS DES PATIENTES EN FONCTION DE LEURS CARACTERISTIQUES GENERALES PAR RAPPORT A L'ECHANTILLON TOTAL.....	XVII
TABLEAU XVII : VECUS DES PATIENTES EN FONCTION DE LEURS CARACTERISTIQUES GENERALES PAR RAPPORT A L'ECHANTILLON DE PATIENTES AYANT UN PLUTOT MAUVAIS OU MAUVAIS VECU	XVII
TABLEAU XVIII : VECUS DES PATIENTES EN FONCTION DE LEURS CARACTERISTIQUES OBSTETRIQUES PAR RAPPORT A L'ECHANTILLON TOTAL.....	XVIII
TABLEAU XIX : VECUS DES PATIENTES EN FONCTION DE LEURS CARACTERISTIQUES OBSTETRIQUES PAR RAPPORT A L'ECHANTILLON DE PATIENTES AYANT UN PLUTOT MAUVAIS OU MAUVAIS VECU	XIX
TABLEAU XX : VECUS DES PATIENTES EN FONCTION DU SENTIMENT D'ECOUTE, D'ENTENTE ET DE COMPREHENSION	XIX
TABLEAU XXI : ECHANGE AVEC UN SOIGNANT EN FONCTION DU SENTIMENT D'ECOUTE, D'ENTENTE ET DE COMPREHENSION	XIX
TABLEAU XXII : PRESENCE DU SOIGNANT EN FONCTION DU SENTIMENT D'ECOUTE, D'ENTENTE ET DE COMPREHENSION	XIX
TABLEAU XXIII : VECU DES PATIENTES DES ACTES EFFECTUES EN FONCTION DE LA SATISFACTION CONCERNANT LES INFORMATIONS, LES EXPLICATIONS ET LES CONSENTEMENTS.....	XX
TABLEAU XXIV : VECU D'ACCOUCHEMENT EN FONCTION DE LA SATISFACTION DES INFORMATIONS, DES EXPLICATIONS ET DE LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	XX
TABLEAU XXV : VECU GLOBAL EN FONCTION DE LA SATISFACTION DES INFORMATIONS, DES EXPLICATIONS ET DE LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT.....	XX

TABLEAU XXVI : VECU DES PREMIERS JOURS EN TANT QUE MERE EN FONCTION DE LA SATISFACTION DES INFORMATIONS, DES EXPLICATIONS ET DE LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	XX
TABLEAU XXVII : VECU DES PREMIERS JOURS EN TANT QUE MERE EN FONCTION DE LA SATISFACTION DE L'ACCUEIL ET DE L'INSTALLATION.....	XXI
TABLEAU XXVIII : VECU D'ACCOUCHEMENT OU DE CESARIENNE EN FONCTION DU RESPECT DE L'INTIMITE EN SALLES DE NAISSANCES	XXI
TABLEAU XXIX : VECU D'ACCOUCHEMENT OU DE CESARIENNE EN FONCTION DE LA SATISFACTION DU RESPECT DES SOUHAITS.....	XXI
TABLEAU XXX : VECU GLOBAL EN FONCTION DE LA SATISFACTION DU RESPECT DES SOUHAITS	XXI
TABLEAU XXXI : VECU D'ACCOUCHEMENT OU DE CESARIENNE EN FONCTION DU VECU DES ACTES EFFECTUES	XXII
TABLEAU XXXII : VECU D'ACCOUCHEMENT OU DE CESARIENNE EN FONCTION DE LA SATISFACTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	XXII
TABLEAU XXXIII : VECU DES PREMIERS JOURS EN TANT QUE MERE EN FONCTION DE LA SATISFACTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	XXII
TABLEAU XXXIV : VECU GLOBAL EN FONCTION DE LA SATISFACTION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	XXII
TABLEAU XXXV : VECU D'ACCOUCHEMENT OU DE CESARIENNE EN FONCTION DE LA PRESENCE DU SOIGNANT.....	XXIII
TABLEAU XXXVI : VECU GLOBAL EN FONCTION DE LA PRESENCE DU SOIGNANT	XXIII
TABLEAU XXXVII : VECU D'ACCOUCHEMENT OU DE CESARIENNE EN FONCTION DE L'EXISTENCE D'ECHANGE AVEC UN SOIGNANT	XXIII
TABLEAU XXXVIII : VECU D'ACCOUCHEMENT OU DE CESARIENNE EN FONCTION DU BESOIN D'ECHANGE AVEC UN SOIGNANT	XXIII
TABLEAU XXXIX : VECUS DES PATIENTES EN FONCTION DES ADJECTIFS ATTRIBUES CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT	XXIV
TABLEAU XL : VECUS DES PATIENTES EN FONCTION DE LA SATISFACTION CONCERNANT LES INFORMATIONS ET L'AIDE APPORTES SUR L'ALIMENTATION DE LEUR NOUVEAU-NE	XXIV
TABLEAU XLI : VECU DE L'ALIMENTATION EN FONCTION DE LA SATISFACTION CONCERNANT LES INFORMATIONS ET L'AIDE APPORTES SUR L'ALIMENTATION DE LEUR NOUVEAU-NE	XXIV
TABLEAU XLII : VECU DES PREMIERS JOURS EN TANT QUE MERE EN FONCTION DE LA SATISFACTION CONCERNANT L'ATTENTION PORTEE PAR LES SOIGNANT SUR L'ETAT PHYSIQUE DES PATIENTES	XXIV
TABLEAU XLIII : VECU DES PREMIERS JOURS EN TANT QUE MERE EN FONCTION DE L'ATTENTION PORTEE PAR LES SOIGNANTS CONCERNANT L'ETAT PSYCHOLOGIQUE DES PATIENTES	XXV
TABLEAU XLIV : VECU D'ACCOUCHEMENT OU DE CESARIENNE EN FONCTION DE LA PLACE ACCORDEE A L'ACCOMPAGNANT	XXV
TABLEAU XLV : CARACTERISTIQUES DE L'ACCOMPAGNEMENT EN FONCTION DE LA PLACE ACCORDEE A L'ACCOMPAGNANT	XXV
TABLEAU XLVI : VECUS DES PATIENTES EN FONCTION DE L'EXISTENCE DE VIOLENCE VERBALE DE LA PART DES SOIGNANTS	XXV

INTRODUCTION

Le hashtag #PayeTonUtérus lancé le 19 novembre 2014 a recueilli en moins de 24 heures plus de 7000 témoignages de femmes victimes de maltraitances gynécologiques ou obstétricales [1] [2] [3].

Bien que ce phénomène ait été décrit dans plusieurs pays depuis quelques années, la parole des femmes se libère enfin peu à peu en France. En effet, décrit depuis les années 2000 en Amérique Latine, ce phénomène fait même l'objet de lois à son encontre [4] [5]. Le non-respect des femmes en Gynécologie-Obstétrique a provoqué ces dernières années de nombreux témoignages poignants donnant lieu à l'explosion de plusieurs polémiques médiatiques [6] [7] [8]. Le terme de « violence obstétricale » a été lancé. Il a été attribué par les différentes associations engagées dans les naissances respectées.

L'ampleur de ce phénomène appelle à une prise de conscience auprès des pouvoirs publics et a permis de mettre en lumière des faits préoccupants.

Au cours des dernières décennies, les actions menées par le système de santé pour améliorer la sécurité autour de la naissance ont été concluantes. En effet, une importante diminution des morbi-mortalités maternelles et périnatales s'est observée [9]. Cependant, ces résultats se ternissent par de nombreuses critiques concernant l'humanisation et la bientraitance de l'accompagnement autour de la naissance.

La question qui se pose alors est : quel est le vécu du parcours périnatal des femmes et quels facteurs impactent sur celui-ci ?

La bientraitance en milieu hospitalier semble pourtant être une évidence : être soigné de manière bienveillante et de façon professionnelle par des soignants formés et expérimentés [10].

L'accouchement est également souvent imaginé comme un moment unique et intime. Malheureusement, pour certains couples, cet événement est vécu comme un cauchemar.

L'accompagnement humain de la grossesse et de l'accouchement peut être parfois considéré comme secondaire par des soignants alors qu'il peut fortement influencer sur le bien-être psychologique ultérieur de la mère et de son nouveau-né [11]. En effet, la grossesse et le post-partum sont des moments de remaniement et de fragilité psychique pour la femme. Subir une maltraitance dans ce contexte de fragilité physiologique peut alors être à l'origine de nombreux traumatismes psychiques et physiques.

Le 26 Juin 2018 est publié le rapport du Haut Conseil à l’Egalité entre les femmes et les hommes (HCE) intitulé « *Les actes sexistes durant le suivi gynécologiques et obstétrical* » qui marque alors un tournant en définissant le phénomène et proposant différentes formes de lutte contre ces maltraitances en milieu hospitalier [3].

Cette maltraitance, souvent non intentionnelle de la part des soignants, peut être entre autres expliquée par des conditions hospitalières de plus en plus difficiles de nos jours. La Commission Nationale Consultative des Droits de l’Homme (CNCDH) a publié un avis le 22 mai 2018 relatif aux éléments empêchant notre système de santé d’être bientraitant [12].

Il paraît donc fondamental de faire évoluer nos pratiques afin de mieux répondre aux attentes des femmes. Le plan périnatalité de 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » avait pour but « *l’égal accès à des soins adaptés en assurant la sécurité émotionnelle, médicale et sociale* » [13]. Bien que la sécurité des naissances se soit considérablement améliorée au fil des années, le vécu de la femme et son ressenti reste un pilier fondamental de la qualité des soins.

1 VIOLENCES OBSTETRIQUES ET RETENTISSEMENTS

1.1 Emergence de la maltraitance médicale en Gynécologie-Obstétrique

1.1.1 En Amérique Latine

C’est en Amérique Latine que naît le phénomène d’« humanisation de la naissance ». Ils sont alors les premiers à évoquer le terme de « violence obstétricale » - « *violencia obstétrica* » en espagnol. Non seulement ils reconnaissent ces actes comme un type de violence, mais certains en ont même créé une loi à part entière [5].

Le Grupo de Informacion en Reproduccion Elegida (GIRE), association mexicaine engagée pour les droits reproductifs fondée en 1991, a constitué la première définition « officielle » de la violence obstétricale traduite en français : « *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. Elle se manifeste au cours de la prise en charge de la grossesse, de l’accouchement et du post-partum par les services de santé – dans les secteurs public ou privé – et est le produit d’un processus multifactoriel au sein duquel convergent violence*

institutionnelle et violence de genre. Au cours de la prise en charge institutionnelle de la naissance, la violation des droits humains et reproductifs des femmes incluent: semonces, moqueries, ironie, insulte, menace, humiliation, manipulation d'informations et refus de traitement, sans adresser la patiente à d'autres services aptes à prodiguer les soins adaptés, report du traitement d'une urgence médicale, indifférence aux demandes ou aux réclamations, absence de consultation préalable ou d'information sur les décisions prises durant l'accouchement, utilisation de la femme enceinte comme outil pédagogique sans respect de sa dignité humaine, utilisation des moyens de gestion de la douleur de l'accouchement comme punition ou coercition pour obtenir un « consentement », différentes situations dans lesquelles il est possible de constater des dommages causés délibérément à la santé de la personne concernée, ou violation plus sérieuse de ses droits. » [14].

En 2007, le Venezuela a été le premier pays à définir la violence obstétricale comme : « *L'appropriation du corps et du processus reproducteur des femmes par les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé, appropriation qui se manifeste sous les formes suivantes : traitement déshumanisé, abus d'administration de médicaments et conversion de processus naturels en processus pathologiques. Cela entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et de la capacité à décider en toute liberté de ce qui concerne leur propre corps et sexualité, affectant négativement leur qualité de vie* » [15].

Ce pays a également adopté une loi contre les violences faites aux femmes incluant les violences obstétricales : « *Sont considérés comme des actes de violence obstétricale ceux effectués par le personnel de santé et qui consistent à :*

- *Ne pas adresser les urgences obstétricales à temps et manière efficace ;*
- *Forcer la femme à donner naissance en position couchée avec les jambes surélevées alors que les moyens nécessaires pour accoucher en position verticale existent ;*
- *Entraver l'attachement précoce du bébé avec sa mère sans raison médicale, niant la possibilité de le porter ou l'allaiter immédiatement à la naissance ;*
- *Altérer le processus naturel de l'accouchement à bas risque par l'utilisation de techniques d'accélération du travail, sans obtenir le consentement libre, exprimé et éclairé de la femme ;*
- *Procéder à une césarienne lorsqu'il existe des conditions pour l'accouchement naturel, sans obtenir le consentement libre, exprimé et éclairé de la femme. » [16].*

En 2009, L'Argentine adopte également une loi contre les violences faites aux femmes incluant la violence obstétricale définie comme : « *Celle qu'exerce le personnel de santé sur le*

corps et les processus reproducteurs des femmes, résultant en un traitement déshumanisé, un abus de médicalisation et la pathologisation des processus naturels. » [17].

En 2008, l'Uruguay publie une loi relative à la défense du droit à la santé sexuelle et reproductive qui promeut l'accouchement humanisé. Cette loi garantit l'intimité et la vie privée, en respectant le temps biologique et psychologique des femmes ainsi que leurs habitudes culturelles et en évitant les pratiques invasives ou l'administration de médicaments injustifiés [18]. L'Équateur aborde également le sujet, à travers la Loi Organique de la Santé, dans une perspective multiculturelle affirmant que les connaissances et les pratiques traditionnelles ainsi que les médecines alternatives concernant la grossesse et les suites de couches seront respectées à condition qu'elles ne mettent pas en danger la vie et l'intégrité physique et mentale de la femme.

En 2014, l'État du Chiapas au Mexique a changé son code pénal pour y inclure la violence obstétricale : *« La violence obstétricale est une action qui touche directement ou indirectement les processus reproductifs des femmes et peut être exprimée physiquement ou psychologiquement. On considère de la violence physique obstétricale : les pratiques invasives telles que les touchers par plus d'une personne, incisions chirurgicales dans la région du périnée (peau, plan musculaire et muqueuse vaginale) pour accélérer l'expulsion du fœtus ; l'utilisation de forceps; racler l'utérus sans anesthésie; les césariennes sans justification médicale; et l'administration de médicaments inutiles. Alors que la violence psychologique obstétricale se manifeste dans l'utilisation d'un langage inapproprié et grossier ; la discrimination, l'humiliation, les moqueries et la critique concernant le statut de la femme et de son enfant ; et l'omission de l'information sur l'évolution de la grossesse. En outre, les professionnels de la santé mériteront une sanction lorsqu'ils ne prendront pas en charge les urgences obstétricales rapidement et efficacement ; ou qu'ils forceront une femme à accoucher dans la position couchée sur le dos avec les jambes surélevées alors que les moyens nécessaires pour l'accouchement en position verticale existent. S'ajoute à cela le fait d'entraver l'attachement précoce de l'enfant avec sa mère sans cause médicale justifiable, niant la possibilité à la mère de prendre son enfant et d'allaiter immédiatement à la naissance. » [19].*

La même année et au niveau international, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a également pointé du doigt les violences obstétricales en promouvant la prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins. Elle définit ce manque de respect et ces mauvais traitements par : les agressions physiques, les humiliations graves, les agressions verbales, les procédures médicales

imposées de manières coercitive ou effectuées sans l'obtention d'un consentement (incluant la stérilisation), le manque de confidentialité, l'absence de consentement pleinement éclairé, le refus d'administrer des médicaments contre la douleur, les violations flagrantes de l'intimité des femmes, le refus d'admission dans les établissements de santé, la négligence entraînant des complications évitables et qui constituent une menace pour leur vie, et la détention des femmes et de leur bébé dans l'établissement, après la naissance, lorsque la mère est incapable d'acquitter les frais exigés [20].

1.1.2 Les débuts en France

Le premier événement qui marqua la récente montée de l'intérêt social et médiatique des conditions d'accouchement en France est l'alerte lancée par une sage-femme en 2014 sur le « point du mari ». Cette méthode, enseignée en école de Sages-Femmes jusque dans les années 2000, consistait à recoudre une épisiotomie avec quelques points supplémentaires pour « resserrer » le vagin de la femme afin d'améliorer la sexualité de l'homme [21]. Cette affaire a lancé le débat de l'utilité de l'épisiotomie, acte très douloureux et laissant de grandes séquelles physiques et psychologiques auprès de nombreuses femmes [22].

Peu de temps après, le mot clé #PayeTonUtérus sur Twitter rassemble de nombreux témoignages de femmes ayant mal vécu leur consultation gynécologique, leur suivi de grossesse ou leur accouchement. C'est la première fois qu'un tel engouement se produit sur le sujet en France à échelle aussi importante sur les réseaux sociaux. Grâce à l'anonymat créé par les réseaux sociaux, la parole des « victimes » se libère : 7000 tweets recensés en 24 heures. Ces tweets rassemblent plusieurs thèmes comme la contraception, l'absence de consentement, le sexisme, l'homophobie, le mépris de la douleur etc [1] [2] [3].

La maltraitance médicale en gynécologie et obstétrique devient alors un réel problème social qui permet un questionnement sur le vécu des patientes du système de santé en gynécologie et obstétrique.

Le Tumblr¹ « Je n'ai pas consenti » créé par des militantes lance également un appel aux témoignages de patientes sur le défaut de consentement dans les actes médicaux. On note que la majeure partie sont des usagères en gynécologie et obstétrique.

¹ Plate-forme de microblogage permettant à l'utilisateur de poster du texte, des images, des vidéos, des liens et des sons.

En 2015, une nouvelle alerte est lancée par un pharmacien : des documents disponibles en ligne sur le site de la faculté de médecine de l'Université de Lyon-Sud énumérant des acquis à valider par les étudiants comprenant des touchers vaginaux à réaliser sur des patientes sous anesthésie générale donc inconscientes et non consentantes. [23] [24] [25]

Quelques jours plus tard, une tribune, rédigée par des militantes éminentes, intitulée « Le consentement, point aveugle de la formation des médecins » reçoit 72 signatures comprenant le Collectif Inter associatif Autour de la Naissance (CIANE), la présidente du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes de France (CNOSF), plusieurs associations féministes et plusieurs médecins engagés dans la « naissance respectée ». Cette tribune s'est suivie d'une pétition rassemblant 7355 signatures [26].

Fin 2015, un documentaire sur la maltraitance en gynécologie diffusé sur FranceCulture a encore mis en évidence la montée de la libération de la parole des femmes sur le sujet : plusieurs centaines de témoignages et de commentaires en quelques heures font suite à ce documentaire sur le site de l'émission et sur Facebook. Devant la submersion du site, une page spéciale a été créée pour recueillir ces nombreux témoignages. C'est un record d'affluence [27].

Par la suite, de nombreuses associations vont se rallier à la cause et de nouvelles vont être créées comme par exemple le SIVO (Stop à l'Impunité contre les Violences Obstétricales) sur Facebook ou « Paye Ton Utérus » également sur Facebook dans le but de recueillir des témoignages [28].

L'intérêt de la création de ces recueils de témoignages est double : dénoncer et soulager. En témoignant les femmes se libèrent d'un « poids », se sentent entendues, comprises et parfois rassurées de ne pas être les seules à vivre cette situation. En effet, l'accouchement est un moment tabou dans la société, les femmes ne se sentent pas libres d'en parler à cause de plusieurs stéréotypes. La naissance de son enfant est censée être le plus beau moment de la vie d'une femme. Beaucoup de femmes redoutent alors le fait de passer pour de « mauvaises » mères si elles avouent avoir un mauvais vécu de leur accouchement. Nombreuses sont les femmes qui préfèrent se taire de peur d'effrayer leurs amies, leur famille, les futures générations. Les femmes savent que les médecins ont fait de longues études et connaissent leur métier, remettre en question leurs actes et leur autorité signifierait remettre en question leur capacité à exercer correctement leur métier.

Les pouvoirs publics ont alors commencé progressivement à prendre position. La ministre de santé Marisol Touraine a dit condamner « *avec une extrême fermeté ces pratiques*

illégales » suite au scandale au sujet des touchers vaginaux réalisés sous anesthésie générale par des étudiants [29].

En juillet 2017, la Secrétaire d'Etat chargée de l'Egalité entre les femmes et les hommes Marlène Schiappa a commandité un rapport sur les violences obstétricales au HCE [30].

Ainsi, grâce à la lutte acharnée de nombreux bénévoles engagés pour la libération de la parole des femmes, les pouvoirs publics ont été interpellés. C'est le 29 Juin 2018 que paraît ce rapport intitulé « *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme.* » [3]. Ce rapport a auditionné 25 professionnel(le)s de santé, représentant(e)s des ordres professionnels et de sociétés savantes, patient(e)s et associations, représentant(e)s de l'Etat, et la ministre des Solidarités et de la Santé, Mme Agnès BUZYN. Le HCE est alors la première instance inscrite dans la loi relative à l'égalité et la citoyenneté en France à définir les violences gynécologiques et obstétricales. Il avait pour but d'objectiver et de quantifier ce phénomène.

Ce rapport émet également 26 recommandations articulées autour de 3 axes principaux :

- Reconnaître l'existence et l'ampleur des actes sexistes dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical, dont certains relèvent de violences ;
- Prévenir les actes sexistes relatifs au suivi gynécologique et obstétrical ;
- Améliorer et faciliter les procédures de signalements et condamner les pratiques sanctionnées par la loi.

Suite à cette publication, Marlène Schiappa s'engage à la mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire devant inclure les représentant(e)s d'utilisateur(s), de toutes les organisations professionnelles concernées, et tous les partenaires institutionnels utiles (HAS, Ordres, Uncam, etc.).

Le 22 Mai 2018, la CNCDH émet un avis « *Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux* ». Cet avis se concentre sur les phénomènes empêchant notre système de santé d'être « bientraitant » à l'égard de tous. La CNCDH définit les maltraitances en milieu hospitalier en mettant également en avant les souffrances infligées aux patient(e)s et soignants [12].

1.1.3 Enquêtes menées à ce jour

Malgré tous ces questionnements récents, il n'existe à ce jour aucune réelle enquête scientifique sur ce phénomène en France.

En 2008, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a mené une enquête de satisfaction auprès des usagers des maternités en France [31]. Elle fait écho au plan de Périnatalité 2005-2007 organisé autour de quatre principaux axes : humanité, proximité, sécurité et qualité. L'objectif étant de continuer l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins tout en accordant aux femmes et à leurs partenaires une meilleure écoute [13].

L'enquête menée par la DREES a alors mis en évidence que les femmes avaient des avis mitigés au sujet des actes pratiqués sur leurs corps, le sentiment de sécurité qu'elles ont éprouvé ainsi que sur l'accompagnement des professionnels au cours de leur accouchement. Leur avis est également plus négatif lorsqu'il s'agit des informations et des explications qu'ont pu leur délivrer les professionnels de santé, notamment lors d'une césarienne ou lorsqu'une épisiotomie a été réalisée. De plus, deux femmes sur dix déclarent ne pas être suffisamment satisfaites de l'accompagnement apporté par les soignants quant à l'allaitement maternel ou artificiel. Le sujet qui a recueilli le plus d'avis négatifs concerne la préparation à la sortie de la maternité.

Enfin, cette enquête a révélé que 6% des femmes se déclaraient « pas du tout » ou « plutôt pas » satisfaites du déroulement de leur accouchement, ce qui représenterait 46 000 femmes en 2017 [31].

L'enquête nationale périnatale « *Les naissances et les établissements, situation et évolutions depuis 2000* » menée par la DREES en 2016 permet d'apporter quelques éléments supplémentaires [9]. Au sujet de la place accordée à l'information destinée aux femmes concernant leurs droits et le déroulement de la grossesse, 40,5% des femmes déclarent ne pas avoir reçu le carnet détenant ces dites informations. 21,6% déclarent ne pas savoir si la mesure de la clarté nucale a été réalisée en dépit de la réglementation relative à l'information de cet acte. Une femme sur deux ayant bénéficié d'une épisiotomie déclare un manque ou une absence totale d'explication sur les raisons de l'épisiotomie réalisée. Le rapport met en lumière l'intérêt croissant des femmes pour la préparation à la naissance tandis que l'Entretien Périnatal Précoce (EPP) ne concerne encore que 28,5% des femmes. Le taux d'épisiotomie continue de diminuer (27% en 2016 vs 20% en 2010) sans modification du taux de déchirure périnéale compliquée

(0,8%). Cependant, une importante disparité s'observe à travers les différents établissements de France.

Depuis février 2012, le CIANE a mené plusieurs enquêtes s'appuyant sur les nombreuses réponses au questionnaire mis en ligne sur leur plateforme interrogeant les femmes sur leur vécu d'accouchement. Ces enquêtes analysent les différents facteurs influant sur le vécu des femmes : le respect des souhaits, la prise en charge de la douleur, le déclenchement du travail, l'épisiotomie, l'expression abdominale, l'accompagnement et la sortie de maternité [32].

1.2 Les violences gynécologiques et obstétricales

L'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) définit la violence en référence à l'universalité des droits humains, comme une atteinte à l'intégrité de la personne : « *Quelle qu'en soit la nature et quels qu'en soient les protagonistes, les actes violents sont toujours une atteinte à l'intégrité de la personne. [...] Au delà des actes, la violence s'inscrit dans un fonctionnement d'emprise sur l'autre. Elle est fondée sur un rapport de force ou de domination qui s'exerce par des brutalités physiques ou mentales entre au moins deux personnes. Elle ressortit au désir d'imposer sa volonté à l'autre, de le dominer au besoin en l'humiliant, en le dévalorisant, en le harcelant jusqu'à sa capitulation et sa soumission. Contrairement au conflit, mode relationnel interactif susceptible d'entraîner du changement, la violence – signalant d'ailleurs l'incapacité à communiquer – est perpétrée de façon univoque et destructrice* » [33].

Le Ministère des Solidarités et de la Santé s'est également particulièrement intéressé à ces maltraitances dans le cadre hospitalier suite aux maltraitances faites aux personnes vulnérables (handicapés, personnes âgées) longtemps sous-estimées [34]. Il base sa définition de la maltraitance sur la définition du Conseil de l'Europe en 1987. Ce dernier la définit comme une violence caractérisant « *tout acte ou omission par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière.* ».

Le Conseil de l'Europe a ensuite complété cette définition en 1992 par une classification des actes de maltraitance selon plusieurs catégories :

- Violences physiques : par exemple coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtres (dont euthanasie) etc ;
- Violences psychiques ou morales : par exemple langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantage, menace, abus d'autorité, intimidation, comportement d'infantilisation, non respect de l'intimité, injonctions paradoxales etc ;
- Violences matérielles et financières : par exemple vols, exigence de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés etc ;
- Violences médicales ou médicamenteuses : par exemple défaut de soins de base, non information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur etc ;
- Négligences actives : toutes formes de délaissement, d'abandon, de manquements pratiqués avec la conscience de nuire ;
- Négligences passives : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage ;
- Privations ou violations de droits : par exemple limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse etc.

Le Ministère des Solidarités et de la Santé considère que la maltraitance est caractérisée dans des contextes particuliers dans lesquels il y existe :

- Une dissymétrie entre la victime et l'auteur : une personne plus vulnérable face à une autre moins vulnérable ;
- Un rapport de dépendance de la victime à l'égard de l'auteur ;
- Un abus de pouvoir du fait de la vulnérabilité de la victime ;
- Une répétition des actes de maltraitance, même considérés comme « petits » qu'on appelle alors la « maltraitance ordinaire » à laquelle on ne prête même plus attention.

Au fil de ces dernières années, plusieurs définitions ont émergé concernant la maltraitance en Gynécologie-Obstétrique en France. Au départ, la plupart proviennent d'associations engagées, comme le CIANE notamment qui s'inspirent des définitions venues d'Amérique Latine.

C'est tout d'abord une violence institutionnelle que définit le psychiatre Stanilas Tomkiewicz : la violence institutionnelle lors de l'accouchement se rapporte à « *toute action commise dans et par une institution, ou toute absence d'action, qui cause [à la parturiente] une souffrance physique ou psychologique inutile et/ou qui entrave son évolution ultérieure* » [35].

C'est également une violence de genre représentant « *un phénomène massif et spécifique qui touche les femmes parce qu'elles sont des femmes* » d'après le HCE [3].

Le CIANE décrit la violence obstétricale par des faits, isolés ou cumulés, plus ou moins graves et délétères [36] :

- Violence verbale : par exemple dénigrement, propos infantilisants, sexistes, homophobes, humiliants, menaces, intimidations etc ;
- Dénier de la douleur exprimée et mauvaise prise en charge de la douleur : par exemple césarienne « à vif », minimisation du ressenti de la patiente etc ;
- Absence d'information et de recherche du consentement et non respect du refus de soins ;
- Absence d'accompagnement ou de bienveillance ;
- Absence de respect de l'intimité et de la pudeur ;
- Brutalité des gestes et des comportements.

Ce type de violence peut se révéler pendant un parcours d'assistance médicale à la procréation, pendant la grossesse (y compris l'IVG), pendant des consultations en cabinet libéral ou en établissement de santé, pendant l'accouchement, pendant le post-partum [37].

Le HCE retient la définition suivante : « *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un(e) 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.* » [3].

Il identifie dans son rapport « *Les actes sexistes durant le suivi gynécologiques et obstétrical* » 6 types d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical :

- Non prise en compte de la gêne de la patiente, lié au caractère intime de la consultation ;
- Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant, qui renvoient à des injonctions sexistes ;
- Injures sexistes ;
- Actes (intervention médicale, prescription, etc) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente ;
- Actes ou refus d'actes non justifiés médicalement ;

- Violences sexuelles : harcèlement, agression sexuelle et viol.

De surcroît, ce phénomène accorde une place particulière au respect du droit des patients. L'article 11 de la loi Kouchner du 4 mars 2002 énonce le droit de participation des usagers au fonctionnement du système de santé.

Le droit de la patiente comprend :

- L'information : « *Toute personne a le droit d'être informé sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.* » Article L. 1111-2 al.1 du Code de la santé publique [38].
- Le consentement : « *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.* » Article L. 1111-4 al.4 du Code de la santé publique [39].
- Le choix : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* ». Article L. 1111-4 al.1 du Code de la santé publique [39].

Cependant, d'après de nombreux témoignages, ces droits ne sont parfois pas respectés et même souvent inconnus des soignants et des patients eux-mêmes [3].

Ainsi, la Fondation des Femmes a publié un guide juridique pour faire connaître aux femmes leurs droits pendant le suivi de grossesse et l'accouchement [40].

1.3 Les retentissements physiques et psychiques sur le vécu des patientes

La grossesse et la mise au monde d'un enfant sont des « *événements physiologiques* » pour une femme mais représentent aussi de véritables épreuves physiques, psychiques et émotionnelles.

La grossesse est une étape essentielle du développement psycho-sexuel de la femme. Elle peut être l'occasion d'une maturation mais aussi déclencher une souffrance, source de symptômes névrotiques ou psychotiques, où l'on voit se réactiver l'angoisse liée aux conflits que peut poser dans l'histoire de chacun, un nouveau lien de filiation [41].

Les violences obstétricales et gynécologiques vont se répercuter sur la santé physique et/ou mentale des femmes et de leur bébé, mais aussi sur leur vie familiale, sociale et professionnelle. Les femmes vont souffrir de séquelles plus ou moins invalidantes qui auront des répercussions à court, moyen et long terme sur la qualité de leur vie, comme celle de leur bébé, et de leur famille proche. Cela peut également avoir des conséquences sur leur rapport aux soins [42].

L'analyse de l'association Maman Blues basée sur des témoignages d'internautes met en évidence les effets délétères de certains comportements des soignants. La population étudiée représente des patientes « à bas risque » donc qui, à priori, n'interpellent pas les soignants mais qui ont pourtant présenté des difficultés psychologiques liées à la naissance de leur enfant [43].

« J'ai accouché en 4 heures, sous péri comme je le voulais, pas d'épisio, rien [...]. Par contre humainement, nul ! Pas d'échanges à part « ne bougez surtout pas, les capteurs glissent sinon » (en parlant du monitoring). Et malgré mon moral qui descendait en flèche, nuits blanches sur nuits blanches, hop trois jours après « au revoir madame ». J'ai récupéré mon dossier médical huit ans après. Il y est noté : « troubles de dépression du post-partum ». Ils ne m'en ont pas dit un mot, pas de conseils, pas « si ça ne va pas téléphonez à tel endroit ». Rien, que dalle. J'ai fait un courrier mais je n'ai jamais eu de réponse. La maternité accouche les mères mais n'accompagne pas la femme à naître mère. » Juliette, forum de Maman Blues

Ce témoignage poignant reflète la pensée de nombreuses femmes : le personnel soignant a un rôle fondamental sur le devenir psychologique de la mère qui dépasse la sécurité médicale de l'accouchement.

En plus d'être une étape charnière pour ces jeunes mères, les soignants sont perçus lors de ces premiers jours tumultueux comme une référence de savoir et de compétence. Les femmes désirent confier leurs angoisses, leurs questions et leurs peurs souvent inavouables auprès de leurs proches. En effet, le tabou des souffrances liées à la grossesse et à l'accouchement est encore présent au 21^{ème} siècle. *« De l'accouchement, l'entourage ne s'enquiert poliment que des éléments factuels n'appelant aucun débat, et jette un voile pudique sur toutes les atteintes au corps endurées par la jeune mère, étant entendu que, quelles que soient les souffrances infligées, elle ne peut être qu'heureuse à la vue de son bébé en bonne santé [...]. Evoquer ce qui se passe réellement derrière la porte close de la salle d'accouchement revient dès lors à transgresser un véritable tabou. »* écrit Marie-Hélène Lahaye, juriste et blogueuse, pour décrire ce phénomène complexe que ressentent les femmes au cours de ces premiers jours [44].

Le deuxième tabou qui lie la parole des femmes est l'autorité médicale où toute indignation devient suspecte avec comme devise « La médecine sauve des vies ». Le soignant devient alors

la victime et la femme la fautive [45] [37]. Ces deux tendances de honte et culpabilisation sont également décrites dans les violences faites aux femmes [37].

D'après l'écrivain et médecin Martin Winckler, « la maltraitance médicale est [vécue comme] un viol » [46]. En effet, dans les cas les plus extrêmes, ces maltraitements peuvent déclencher les mêmes mécanismes neurobiologiques et entraîner les mêmes conséquences que les violences sexuelles ou même le viol [37].

1.3.1 Physiques

1.3.1.1 Suivi gynécologique et obstétrical

Tout d'abord, le HCE soutient que la fréquence des actes sexistes dans le suivi gynécologique et obstétrical est due à diverses raisons [3]. Effectivement, le caractère intime de consultation connote un aspect sexuel que ce soit par le sujet évoqué ou par les gestes pratiqués. Dès leur plus jeune âge, les femmes doivent se mettre « à nu » au sens figuré comme au sens propre. Parfois, c'est pour elle leur première occasion de parler de leur sexualité cela représente donc un moment déterminant pour leur future vie sexuelle. Au cours de ces consultations, les gestes ne sont anodins et peuvent avoir des répercussions sur le corps, la santé et la vie des femmes. Effectués sans explication suffisante ou sans recueillir le consentement libre et éclairé des patientes, ils peuvent susciter de la gêne, atteindre leur intégrité physique et parfois faire revivre des traumatismes liés à des violences sexuelles [47]. De ce fait, les conséquences peuvent être alarmantes. De nombreux témoignages de femmes révèlent un abandon de leur suivi gynécologique suite à un événement traumatisant au cours d'une consultation avec un professionnel [42]. La santé des femmes est donc en jeu. Or, une femme est confrontée en moyenne à 50 consultations en Gynécologie-Obstétrique au cours de sa vie entre ses 15 et 45 ans en l'absence de pathologie [3].

Ainsi, l'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes (IRASF) soutient que les violences gynécologiques et obstétricales entraînent parfois un abandon du suivi gynécologique et/ou obstétrical des victimes [42].

En effet, cet abandon peut s'expliquer par une peur de revivre certains traumatismes passés. Suite à leur perte totale de confiance au corps médical, leur prise en charge peut alors être détériorée voire défaillante. Les accouchements traumatiques passés laissent également des

traces et peuvent entraver leur futur grossesse et accouchement. En effet, le choix du mode d'accouchement peut être modifié voire même certaines femmes vont abandonner catégoriquement l'idée d'être à nouveau enceinte [48].

1.3.1.2 L'épisiotomie

L'épisiotomie est aujourd'hui au cœur des polémiques sur les violences obstétricales et fût le geste médical le plus précocement dénoncé par les militantes de la naissance respectée. Autrefois extrêmement répandu, 47% en 1998-1999, cet acte tend à diminuer au vu des dernières recommandations. Celles-ci dénonçaient des épisiotomies systématiques et visaient alors un taux global de 30% [49]. Ainsi, on constate un taux d'épisiotomie de 20% en 2016 soit une diminution de plus de la moitié sans augmentation du nombre de déchirures périnéales de degré 3 ou 4 ou de troubles de la statique pelvienne [9].

Or ce n'est pas un acte sans conséquences pour les femmes. Certaines décrivent ce geste médical comme une réelle mutilation de leur corps d'autant plus s'il a été réalisé « par surprise » c'est-à-dire sans information, explication ou consentement [50].

D'autre part, l'épisiotomie laisse des traces physiques sur le corps des femmes avec des douleurs décrites comme plus intenses à court et moyen terme dues à trois types de complications : un hématome secondaire à un défaut d'hémostase du plan profond, une inflammation de la suture avec un œdème au niveau de la cicatrice, une désunion voire une infection de la suture [51]. En effet, le CIANE révèle à travers son enquête que trois femmes sur quatre ayant eu une épisiotomie déclarent en avoir souffert dont 61% en ont souffert plus d'une semaine. Un aspect important a également été soulevé : les femmes à qui le consentement a été demandé et qui ont accepté sont moins nombreuses à avoir souffert comparé aux femmes à qui le consentement n'a pas été recherché (65% contre 78%) [52]. D'après l'enquête menée par la DREES sur la satisfaction à l'égard du déroulement de leur accouchement, les femmes se disent plus insatisfaites concernant les soins d'épisiotomie (12%) [31]. Par ailleurs, l'épisiotomie laisse également des traces sur la sexualité de la femme en générant un nombre plus important de dyspareunies pendant les premières semaines du post-partum [51].

Or, d'après ces récentes recommandations, la HAS recommande de ne pas réaliser d'épisiotomie systématique, y compris chez la primipare et en cas d'antécédent de déchirure périnéale sévère (grade B). Aucune circonstance obstétricale spécifique (telle qu'une anomalie

du RCF, une fragilité périnéale, ou une extraction instrumentale) ne justifie une épisiotomie systématique, mais dans toutes ces situations, une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur [10].

1.3.1.3 La prise en charge de la douleur

De nombreuses études démontrent que la douleur au cours d'un accouchement détériore de manière significative le vécu de l'accouchement [11] [53] [54] [55]. Ces différentes études s'accordent également à dire que l'absence d'anesthésie par péridurale n'est pas un facteur prédictif négatif d'un mauvais vécu. Au contraire, les femmes n'ayant pas bénéficié d'analgésie au cours de leur accouchement se disent plus satisfaites de leur accouchement [56].

De surcroît, le ressenti de la douleur est un facteur prédictif de l'état de stress post-traumatique après l'accouchement d'après Denis A, Parant O et Callahan S. [57].

1.3.1.4 L'extraction instrumentale

12,1% des naissances sont effectuées par voie instrumentale en France [9]. Tout d'abord, d'après Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C et Weston J, l'accompagnement apporté par les soignants a un impact sur la prévalence des naissances par instrument [56]. En effet, si leur accompagnement a été continu et de qualité, moins d'extraction instrumentale ont été observées.

1.3.1.5 L'expression abdominale

D'après la définition de la HAS, l'expression abdominale consiste à exercer « *une pression sur le fond de l'utérus, avec l'intention spécifique de raccourcir la durée de la deuxième phase de l'accouchement* ». Or, l'expression abdominale est associée à différentes complications et notamment des déchirures des 3e et 4e degrés. La HAS recommande donc de ne pas recourir à l'expression abdominale (grade B). Le vécu traumatique des femmes et de leur entourage, et l'existence de complications, rares mais graves, justifient l'abandon de cette technique. Il est alors plutôt recommandé d'avoir recours, selon les cas, à une extraction instrumentale ou à une

césarienne [10]. Cependant, d'après l'enquête de la CIANE, le taux d'expression abdominale est toujours élevé (22% des naissances par voie basse en 2013). Par ailleurs, l'expression abdominale est deux fois plus utilisée chez les primipares que chez les multipares (33% vs 14%). Cette enquête souligne également l'impact de ce geste sur le vécu des femmes avec notamment un sentiment de violence à l'égard de leur intégrité corporelle [58].

1.3.2 Psychiques

1.3.2.1 L'état de stress post-traumatique

En France, 5% d'état de stress post-traumatique après l'accouchement s'observe chez les femmes à 1 mois, 3% à 9 mois [57].

De nombreuses études s'accordent à affirmer que l'accompagnement apporté par les professionnels a un impact sur la prévalence de l'état de post-traumatique [59] [60] [61] [62]. Les défaillances qui influencent significativement l'apparence de cet état sont décrites comme : un sentiment d'impuissance, un manque d'information, une expérience de douleur physique, une perception d'une attitude antipathique de la part d'un soignant et le manque de recherche de consentement éclairé. Par ailleurs, selon Ford E. et Ayers S, il existe un effet à long terme du soutien insuffisant sur les symptômes de stress post-traumatique [59].

De plus, certaines études démontrent que les soignants sont bien placés pour apporter le soutien nécessaire aux femmes lorsqu'un événement traumatique a pu se dérouler au cours de l'accouchement [59] [63].

1.3.2.2 La relation mère-enfant

D'après de nombreuses études, le vécu de leur accouchement ou césarienne est nettement détérioré si la séparation entre la mère et son nouveau-né a été trop longue [11] [64] [65] [66].

1.4 Une profonde résonnance entre maltraitance et bientraitance

En 2009, la HAS publie un état des lieux fondé sur des témoignages d'usagers et de professionnels « *La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé* ». Ce rapport définit la bientraitance comme « *consiste, entre autres, à tendre vers une individualisation des prises en charge qui permettent de répondre aux attentes et aux besoins des malades et de leurs proches* » [67]. D'après leurs nombreux témoignages, prendre du recul sur son organisation et ses pratiques permettrait aux professionnels de santé de mieux appréhender les motifs de satisfaction ou d'insatisfaction des patient(e)s.

En décembre 2017, la HAS publie des recommandations intitulées « *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales* » concernant la mère et le nouveau-né [10].

Ces recommandations décrivent ce qu'est la bientraitance :

- Le respect du choix fait par la femme et l'accompagnant ;
- Le soutien attentif de la femme et de l'accompagnant durant l'accouchement ;
- Le respect de l'intimité et de la dignité sur le lieu de l'accouchement (salle de naissance individuelle et insonorisée, contrôle de la température, etc.) ;
- L'information sur la prise en charge de la douleur (sur tous les types d'analgésie disponibles), la proposition d'un contact en peau à peau et de la mise au sein, les facteurs de risque éventuellement identifiés et les modalités de leur prise en charge sur place ou dans le cadre d'une orientation ou d'un transfert ; des supports d'information type à destination des femmes et des couples (livret d'accueil, fiches de conseils aux futures accouchées) sont proposés sur les sites des sociétés savantes, des associations d'usagers et des réseaux de santé périnatale ;
- La prise en compte de la demande des femmes accouchant sous le secret.

La HAS recommande d'informer la femme enceinte des étapes de l'accouchement et des pratiques mises en œuvre en salle de naissances au sein de tout service de maternité et des modalités de prise en charge au sein d'une maison de naissances ou d'unité physiologique afin de l'aider à faire des choix éclairés.

Les informations portent sur :

- L'organisation de la maternité (notamment pendant le service de garde) et des limites que l'organisation impose quant au libre choix d'un praticien ou à la disponibilité de certains moyens et techniques ;
- Toute intervention médicale pouvant être proposée et réalisée au cours du travail et de l'accouchement. Toute intervention ou pratique de soins non urgente doit faire l'objet d'un consentement oral libre et éclairé ;
- Les indications, les possibilités, les limites, les risques éventuels et les contre-indications des différentes interventions non médicamenteuses (acupuncture, immersion, etc.), médicamenteuses (anesthésie loco-régionale, administration d'oxytocine, etc.) et techniques (auscultation intermittente, amniotomie, épisiotomie, etc.) utilisables au cours du travail et de l'accouchement, et notamment pour diminuer la douleur. Elles seront clairement exposées et discutées, afin d'aider les femmes à faire un choix éclairé.

Les professionnels de santé, qui délivrent les informations, doivent s'assurer de sa compréhension par la femme ou le couple. La HAS recommande également d'encourager la femme enceinte à se faire accompagner par la personne de son choix lors de l'accouchement (grade A). De surcroît, elle recommande d'encourager la femme à exprimer ses besoins et ses envies, qu'ils concernent en particulier sa mobilité ou ses besoins en analgésie, tout au long du travail. Il est important de souligner que c'est au cours de la phase de latence que l'adaptation de la femme à sa dynamique utérine peut entraîner des difficultés liées à son intolérance à la douleur ressentie, nécessitant un accompagnement/un soutien, voire une intervention médicale.

A travers ces recommandations, cette instance énonce les différentes formes de prise en charge de la douleur non médicamenteuses à promouvoir afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement des femmes. Cet accompagnement est garanti par notamment un soutien personnalisé, continu et individuel afin d'être adapté au cours du travail selon les choix du couple.

A la naissance du nouveau-né, la HAS annonce que si les paramètres observés sont satisfaisants (respiration présente, cri franc et tonicité normale), il est recommandé de proposer à la mère de placer aussitôt le nouveau-né en peau à peau avec sa mère si elle souhaite, avec un protocole de surveillance (grade B). De surcroît, cette instance recommande d'éviter au maximum la séparation mère-enfant, qualifiant cet instant comme fondamental pour un attachement de bonne qualité entre la mère et son nouveau-né. Par ailleurs, il est recommandé de veiller à ce

que tout examen ou traitement du nouveau-né soit entrepris avec le consentement des parents et en leur présence ou, si cela n'est pas possible, après les en avoir informés.

Cependant, ces recommandations ont leurs limites : elles concernent seulement certaines femmes « éligibles » (excluant les déclenchements, les patientes avec un antécédent de césarienne, les patientes attendant des jumeaux, les siéges, les patientes atteintes d'un diabète gestationnel, les accouchements prématurés etc). Or les déclenchements représentaient déjà 23% des accouchements en 2016 et les césariennes 20% [9].

La bienveillance devrait pouvoir s'appliquer à toutes les femmes et pas seulement à une minorité qui aura eu la « chance » de bénéficier d'un accouchement physiologique.

De plus, le texte de la HAS précise que ces recommandations ne prennent pas en compte les questions d'ordre organisationnel, les moyens humains et matériels pour la mise en place et l'application de ces nouvelles pratiques. Cela signifierait-il donc que l'on justifierait l'existence de violences obstétricales par manque de moyens ou de temps ?

Beaucoup de questions se posent alors de la part des professionnels et des associations d'utilisateurs suite à ces recommandations auxquelles la HAS n'a pu fournir jusqu'ici de réponses satisfaisantes.

Au niveau international, l'OMS traduit le besoin des femmes d'un accouchement moins médicalisé et l'impact sur leur vécu. En effet, cette instance déclare : « *Ces deux dernières décennies ont vu croître substantiellement l'application d'une variété de pratiques d'accouchement visant à initier, accélérer, achever, réguler ou contrôler le processus physiologique de l'accouchement, dans l'objectif d'améliorer les résultats pour les femmes et leurs enfants. Cette médicalisation croissante des processus d'accouchement a tendance à amoindrir la propre capacité de la femme à donner naissance ainsi qu'à produire des effets négatifs sur son expérience d'accouchement.* » [20].

La notion de bienveillance fait souvent écho au besoin des femmes de redevenir actrices de leur accouchement. D'après les philosophes Dworkin et Komrad, « *l'autonomie du patient est un principe éthique qui reconnaît le droit du patient à l'autodétermination et implique une liberté d'action et de choix* ». En effet, le mouvement féministe défendant la réappropriation des femmes de leur corps a fait son apparition dans les années 70. Cependant, l'accouchement a longtemps été occulté par les féministes qui soutenaient fermement l'importance de la surmédicalisation de cet événement considéré comme dangereux pour la femme. En effet, la domination sur le corps des femmes était acceptée si l'émancipation du contrôle de la fécondité

était accordée. Le Collectif de Boston pour la santé des femmes a alors rédigé en 1971 le livre traduit en français comme « *Notre corps, nous-mêmes. – écrit par des femmes, pour des femmes* ». Cet ouvrage avait pour but de permettre aux femmes d'avoir les connaissances nécessaires sur leur corps et sa physiologie. Selon les militantes concernées, le savoir est un pouvoir fondamental dans la prise de décision [3]. De plus, de nombreuses études s'accordent sur le fait que l'absence de contrôle ainsi que l'impression de ne pas être impliqué dans les différentes décisions augmente le risque d'avoir un mauvais vécu de son accouchement [68] [69]. L'émergence des violences obstétricales a alors permis aux féministes d'avoir un nouveau regard sur l'importance de la réappropriation des femmes de leur corps. Une nouvelle ère de féminisme s'est installée ces dernières années avec en première ligne la défense, le respect et la réappropriation du corps des femmes. Cette vague a permis de toucher un large public et, de plus de plus, le féminisme est maintenant accepté dans la société et devient même une qualité. Pour illustrer ce phénomène, l'artiste Angèle écrit une chanson intitulée « *Balance ton quoi* » classée dans les chansons préférées des français, en référence au hashtag « *Balance ton porc* ». Les paroles dénoncent le harcèlement de rue et incite à la dénonciation de ce problème :

*« Bah faudrait p't'être casser les codes
Une fille qui l'ouvre ça serait normal ; Balance ton quoi
Même si tu parles mal des filles je sais qu'au fond t'as compris
Balance ton quoi, un jour peut-être ça changera »*

Or, cette artiste a une grande influence sur un public très divers : femmes, hommes, jeunes, moins jeunes etc. Inciter au respect et à la dénonciation pour qu'« *un jour, peut-être ça changera* ». Ce concept peut alors également s'appliquer au respect des femmes lors de leur accouchement et les inciter à dénoncer les dérives qui peuvent s'y dérouler, pour qu'« *un jour, peut-être ça changera* ».

2 PRESENTATION DE L'ETUDE ET ANALYSE DES RESULTATS

2.1 Travail de recherche

2.1.1 Problématique

Notre revue de la littérature met clairement en évidence que certaines femmes souffrent en silence d'un manque de bienveillance au cours de leur accompagnement du péri-partum. Dans une majorité des cas, ces défaillances ne sont pas intentionnelles ou délibérées de la part des soignants mais peuvent engendrer d'importants troubles sur le vécu des femmes.

A partir du moment où nous avons pris conscience de ce phénomène, nous pouvons nous demander si ces violences obstétricales s'observent au CHU de Nice, à quel niveau et à quelle ampleur. Nous pouvons également nous interroger sur le vécu des femmes en lien avec la qualité de l'accompagnement délivré par les soignants de cet établissement reconnu.

2.1.2 Objectif du mémoire

L'objectif de ce mémoire est double.

Tout d'abord, il permettrait une prise de conscience de ce phénomène par les soignants. En effet, la phrase « *On ne croit que ce que l'on voit* » pourrait paraître révolue au 21^{ème} siècle mais elle s'applique encore malheureusement à certaines situations. Ensuite, nous souhaiterions que ce mémoire engage l'instauration d'éléments pour procurer aux patientes un accompagnement de qualité basé sur la bientraitance.

2.1.3 Hypothèses de travail

- ✓ Les violences obstétricales sont une réalité au CHU de Nice et ont un impact sur le vécu des femmes.
- ✓ Le respect des souhaits influe sur le vécu des femmes dans le secteur de naissance.
- ✓ Il existe une corrélation entre l'accompagnement des soignants et le vécu des femmes dans le secteur de naissance.

- ✓ La place accordée à l'accompagnant en Salles de Naissances influe sur le vécu d'accouchement des femmes.
- ✓ Enfin, une bientraitance dans l'accompagnement aide les patientes à mieux vivre leur parcours périnatal.

2.2 Méthodologie

2.2.1 Type d'étude

L'étude menée est descriptive et se compose de données quantitatives et qualitatives. Elle est monocentrique car elle s'est uniquement effectuée dans la maternité de niveau III de l'Archet II, au CHU de Nice.

Le choix du lieu d'étude s'est exclusivement porté sur cette maternité pour la diversité des profils des patientes et puisque c'est dans cet établissement que nous souhaitons proposer des améliorations.

2.2.2 Présentation du CHU

En 2018, 3379 accouchements ont été réalisés au CHU de Nice. Le pôle « Femme-Mère-Enfant » est constitué d'un service de Salles de Naissances, d'un service de Suites de Couches, d'un service de Grossesses Pathologiques et d'un service de Gynécologie.

2.2.3 Population étudiée

Au cours de l'étude, l'échantillon se compose de 64 patientes hospitalisées en Suites de Couches sur une période s'étendant du 23 Octobre 2018 au 18 Décembre 2018.

Afin de ne pas réduire le nombre de cas étudiés, nous avons décidé d'interroger toutes les patientes hospitalisées dans le service acceptant de participer à l'étude.

Les critères d'inclusion sont :

- Femme ayant accouché ou ayant bénéficié d'une césarienne au CHU de Nice,
- Durée d'hospitalisation au moment de l'entretien supérieure ou égale à 48 heures,

- Femme dont le nouveau-né est présent à ses côtés lors de l'hospitalisation.

Les critères de non-inclusion sont :

- Les patientes hospitalisées depuis moins de 48 heures,
- Les patientes présentant une barrière linguistique,
- Les patientes dont le nouveau-né est hospitalisé en Réanimation-Néonatalogie,
- Les patientes dont le fœtus ou le nouveau-né est décédé.

2.2.4 Entretiens

Les autorisations d'enquête ont été accordées par le Professeur Delotte, responsable du pôle « Femme-Mère-Enfant » au CHU de Nice, et par Madame Mechard, responsable de la coordination des stages et enquêtes au CHU de Nice.

Nous avons choisi d'utiliser des entretiens semi-directifs auprès des patientes dans le but d'obtenir des réponses plus exhaustives tout en limitant les biais de compréhension des questions posées.

Chaque entretien a duré de 7 minutes à 57 minutes selon les réponses des patientes interrogées, dans leur chambre en présence de leur nouveau-né pour toutes les patientes. Certaines patientes étaient également accompagnées de leur conjoint. Une demande préalable quant à leur volonté de participer à l'étude a été réalisée. Aucun refus n'a été exprimé.

La trame utilisée pour les entretiens se divise en 5 parties (**Annexe I**) :

- ✓ Une première partie destinée à recueillir les souhaits de la patiente pendant la grossesse et au cours de l'accouchement et dans quelles conditions elles ont eu l'occasion d'évoquer ces souhaits.
- ✓ Une deuxième partie dédiée au vécu du suivi gynécologique et obstétrical de la patiente.
- ✓ Une troisième partie consacrée à leur vécu dans le service de Salles de Naissances concernant les différents actes qui ont pu être réalisés ainsi que l'accompagnement apporté par les différents professionnels de santé.
- ✓ Une quatrième partie destinée à leur vécu au sein du service de Suites de Couches au sujet de l'accompagnement apporté par les différents professionnels de santé.
- ✓ Enfin, une dernière partie cherchant à recueillir les différentes suggestions des patientes ainsi que leur ressenti quant à leur vécu global de leur parcours périnatal.

Par la suite, nous avons recueilli les caractéristiques générales et obstétricales de la patiente dans leur dossier médical : leur âge, leur origine démographique, leur niveau d'étude, les antécédents psychologiques, leur gestité, leur parité, le terme le jour de l'accouchement, le mode de début de travail, la méthode de déclenchement utilisée, la méthode d'anesthésie utilisée, le mode d'accouchement et les actes effectués au cours du travail ou du post-partum.

2.3 Résultats

L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel Excel© ainsi que le logiciel BiostaTGV.

2.3.1 Analyse descriptive de l'échantillon

2.3.1.1 Effectifs

L'échantillon de patientes interrogées se compose de 64 patientes hospitalisées dans le service de Suites De Couches au CHU de Nice. Toutes les patientes interrogées ont accouché au CHU de Nice.

2.3.1.2 Description générale de la population

Ensemble		n=64	%
Âge de la femme (en années)	De 20 à 24 ans	11	17,2%
	De 25 à 29 ans	18	28,1%
	De 30 à 34 ans	24	37,5%
	De 35 à 39 ans	9	14,1%
	≥ 40 ans	2	3,1%
Âge moyen		29,7 +/- 4,89	
Niveau d'étude	Non renseigné	14	21,9%
	Primaire	1	1,6%
	Collège	5	7,8%
	Lycée	6	9,4%
	Supérieur	38	59,4%
Origine démographique	Non renseigné	2	3,1%
	Europe	3	4,7%
	Afrique du Nord	14	21,9%
	Afrique Sub-Saharienne	7	10,9%
	France	38	59,4%

Tableau I : Caractéristiques générales de la population

La moyenne d'âge de l'échantillon étudié est de 29,7 ans. La patiente la plus jeune est âgée de 20 et la plus âgée a 41 ans. La médiane de la distribution est de 30 ans, et l'écart-type est de 4,89.

On remarque que 38 patientes ont un niveau d'étude supérieur au Baccalauréat (soit 59,4%).

La nationalité la plus représentée dans l'échantillon est française avec 38 patientes (soit 59,4%).

2.3.1.3 Caractéristiques obstétricales de la population

Ensemble		n=64	n=15	n=12	n=52	n=58	%
Parité	Primipare	36					56,3%
	Multipare	28					43,8%
Age gestationnel	Entre 36 SA et 38 SA+6j	13					20,3%
	Entre 39 SA et 40 SA+6j	34					53,1%
	≥ 41 SA	17					26,6%
Mode début de travail	Déclenché	15					23,4%
	Spontané	49					76,6%
Si déclenchement, méthode utilisée	Propess 10mg x1		5				33,3%
	Propess 10mg x2		2				13,3%
	Prostine 2mg		5				33,3%
	Ocytoxine		2				13,3%
	Ocytoxine + Laminaires		1				6,7%
Mode d'accouchement	Voie basse	52					81,3%
	Césarienne	12					18,8%
Si césarienne	En urgence			6			50,0%
	Programmée			6			50,0%
Mode d'analgésie	Aucune	6					9,4%
	Péridurale	50					78,1%
	Autre	8					12,5%
Actes pratiqués	Episiotomie				3		5,8%
	Amniotomie					17	29,3%
	Expression abdominale				9		17,3%
	EI				9		17,3%
	DA	15					23,4%
	RU	20					31,3%

Tableau II : Caractéristiques obstétricales de la population

On constate que 36 patientes sont des primipares (soit 56,3%) et que 28 sont des multipares (soit 43,8%). De plus, parmi les patientes multipares, on peut observer que 16 patientes ont déjà

un enfant (soit 57%) ; 8 ont déjà 2 enfants (29%) ; 3 ont déjà 3 enfants (11%) et qu'une patiente a déjà 4 enfants (3%).

Pour 34 patientes, le terme de grossesse le jour de l'accouchement est compris entre 39 SA et 40 SA et 6 jours (soit 53,1%) ; 17 sont situées à un terme supérieur à 41 SA comprise (26,6%) et enfin 13 sont situées à un terme entre 36 SA et 38 SA et 6 jours (20,3%).

Parmi l'échantillon des patientes interrogées, une patiente avait eu une grossesse gémellaire bichoriale-biamniotique. Tout le reste des patientes avaient eu une grossesse mono-fœtale.

Parmi les patientes interrogées, 15 ont bénéficié d'un déclenchement (soit 23,4%) tandis que 49 patientes n'ont pas eu de déclenchement (76,6%). Différentes méthodes ont été utilisées, les deux principalement représentées sont le Propess 10mg (33,3%) et la Prostin 2mg (33,3%).

Nous constatons que 52 patientes ont accouché par voie basse (soit 81,3%) tandis que 12 patientes ont bénéficié d'une césarienne (18,8%).

50 patientes ont bénéficié d'une péridurale (soit 78,1%) ; 8 d'une rachianesthésie ou d'une anesthésie générale (12,5%) et 6 n'ont pas bénéficié d'anesthésie (9,4%).

Parmi l'échantillon des patientes interrogées ayant bénéficié d'un accouchement par voie basse, 3 épisiotomies ont été réalisées (soit 5,8%).

Parmi les patientes dont une tentative de voie basse a été réalisée, 17 amniotomies ont été effectuées (soit 29,3%).

Parmi les patientes ayant bénéficié d'un accouchement par voie basse, neuf déclarent avoir subi une expression abdominale (soit 17,3%).

Parmi l'échantillon des patientes qui ont accouché par voie basse, neuf extractions instrumentales ont été réalisées (soit 17,3%). Parmi extractions instrumentales, cinq ont été effectuées à l'aide de spatules (soit 55,6%) ; trois à l'aide d'une ventouse (33,3%) et une extraction a nécessité l'utilisation d'une ventouse puis de spatules (11,1%).

Parmi l'échantillon total, 15 délivrances artificielles ont été réalisées (23,4%) et 20 révisions utérines (31,3%). De plus, parmi l'échantillon des patientes ayant accouché par voie basse, quatre délivrances artificielles accompagnées de révisions utérines ont été réalisées (soit 7,7%) et cinq révisions utérines isolées (9,6%). Neuf patientes ont eu des complications après l'expulsion de leur nouveau-né nécessitant des gestes invasifs ce qui représente 17,3% de la population étudiée qui ont eu un accouchement voie basse.

❖ Antécédents psychologiques

D'après les dossiers médicaux de l'échantillon de patientes interrogées, les antécédents psychologiques suivants ont été inclus :

- Les fausses couches spontanées précoces et tardives : 18 patientes soit 28,1% ;
- Les interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses et chirurgicales : 18 patientes soit 28,1% ;
- Les morts fœtales in-utéro : 1 patiente soit 1,6% ;
- Les grossesses extra-utérines : 2 patientes soit 3,1% ;
- Les fécondations in-vitro : 3 patientes soit 4,7% ;
- Les dénis de grossesse : 1 patiente soit 1,6% ;
- Les accouchements potentiellement traumatiques (dystocie des épaules, extraction instrumentale, césarienne en urgence) : 4 patientes soit 6,3% ;
- Les enfants décédés : 2 patientes soit 3,1% ;
- Les violences faites aux femmes (physiques, verbales et psychologiques) : 4 patientes soit 6,3% ;
- Les mères célibataires : 1 patiente soit 1,6% ;
- Les antécédents médicaux (ByPass) : 5 patientes soit 7,8% ;
- Les patientes avec un handicap : 1 patiente soit 1,6% ;
- Les dépressions : 3 patientes soit 4,7% ;
- Les patientes adoptées ou placées en foyer pendant l'enfance : 2 patientes soit 3,1% ;
- Les patientes avec un lien de parenté avec le père de l'enfant : 1 patiente soit 1,6%.

❖ Vécu du suivi gynécologique

Parmi l'échantillon des patientes interrogées, quatre patientes déclarent avoir un mauvais ou plutôt mauvais vécu de leur suivi gynécologique (soit 6,3%).

❖ Vécu du suivi obstétrical

Parmi les patientes interrogées, cinq qualifient leur vécu de leur suivi obstétrical comme mauvais ou plutôt mauvais (soit 7,8%).

Les raisons invoquées par ces dernières sont les suivantes :

- « *On m'a beaucoup fait **culpabiliser** pendant la grossesse sur ma **prise de poids** pour le diabète gestationnel sans nous [son mari et elle] expliquer les conséquences* ».

- Une patiente confie s'être sentie **jugée** tout au long de sa grossesse vis à vis de son **poids**.
Un soignant lui aurait dit « *ça vous ferait pas de mal de perdre 20kg* ».
- Au moment de la dernière échographie et de l'annonce de l'estimation du poids du fœtus, le soignant lui aurait dit à une patiente : « *ça sert à rien de pleurer, 5kg ça passe ! Juste votre périnée s'en souviendra* ».
- Egalement à une échographie, une patiente nous confie qu'« *à peine passer le pas de la porte que le médecin m'a dit "vous enlevez tout" . C'était la première fois qu'on me demandait ça j'étais **très gênée** et mon mari aussi, je ne suis plus jamais retourné avec lui.* ».
- Une patiente regrette l'importante discordance des discours qui lui ont été fournis : « *un jour on me dit que la césarienne est la seule option, le lendemain que la voie basse est tout à fait possible, **on ne sait plus trop qui croire*** ».
- Lors de son rendez-vous avec l'anesthésiste, une patiente a été marquée par son échange avec ce dernier, il lui aurait déclaré : « *oui, enfin vous voulez pas la péridurale maintenant mais quand vous aurez les contractions vous changerez de discours et **vous tiendrez pas longtemps** je peux vous l'assurer* ».
- « ***très désagréables** en consultation, ça ne met pas du tout en confiance* »
- « *on m'a dit que mon arrêt maladie était seulement **dans ma tête** que réellement médical* »

On remarque ainsi que toutes les patientes ayant un mauvais vécu de leur suivi obstétrical ont subi des violences verbales de la part des soignants de différentes formes.

2.3.1.4 Souhaits et respect des souhaits de la patiente

❖ Souhaits des patientes

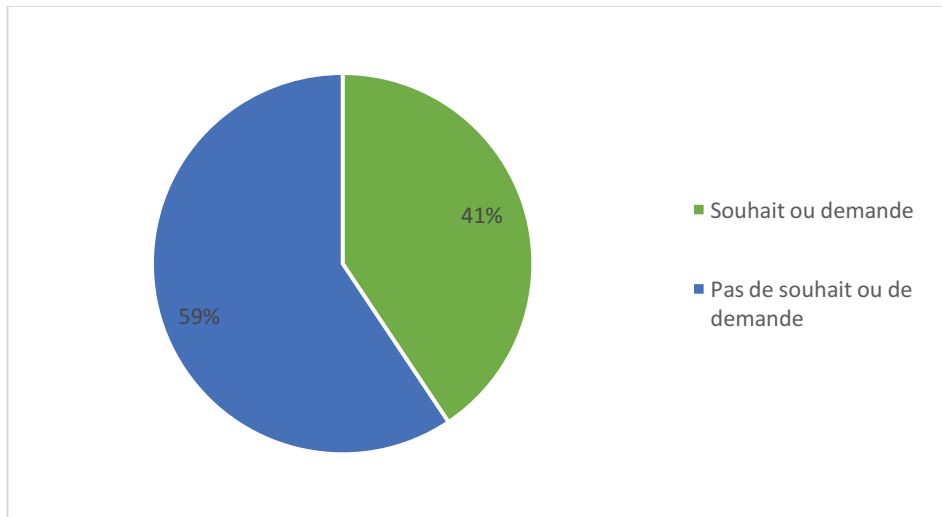


Figure 1 : Souhait(s) ou demande(s) exprimé(s) pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement

On remarque que 38 patientes ont exprimé des souhaits pendant la grossesse ou des demandes au cours de l'accouchement (soit 59,4%). Cinq avaient préparé un projet de naissance ce qui représente 13,2% des patientes ayant exprimées des souhaits ou des demandes.

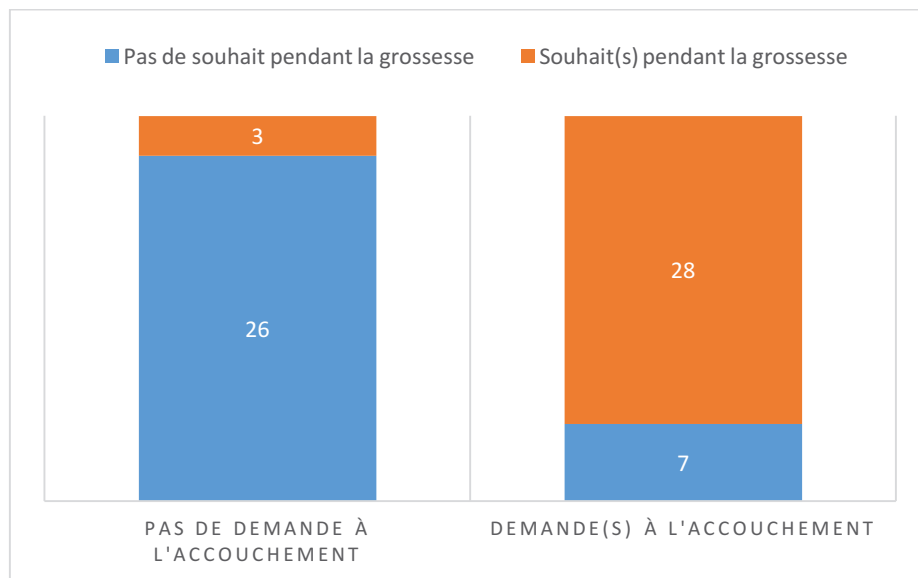


Figure 2 : Souhaits et demandes des patientes au cours de l'accouchement en fonction des souhaits exprimés pendant la grossesse

De plus, on constate que les femmes n'hésitent pas à répéter leurs demandes en Salles de Naissances puisque 80,0% des femmes exprimant des demandes à l'accouchement avaient déjà exprimé des souhaits au cours de leur grossesse. En revanche, parmi les patientes n'exprimant aucune demande à l'accouchement, 89,6% d'entre-elles n'avaient pas exprimé de souhait pendant leur grossesse.

Les souhaits évoqués par les patientes sont :

- ✓ Un accouchement dit « physiologique » (sept patientes) ;
- ✓ Retard de section du cordon ombilical (deux patientes) ;
- ✓ Clampage du cordon par le père (cinq patientes) ;
- ✓ La péridurale (17 patientes) ;
- ✓ Pas de péridurale (sept patientes) ;
- ✓ Pas d'épisiotomie (une patiente) ;
- ✓ Accès à la salle physiologique (trois patientes) ;
- ✓ Accouchement sur le côté (une patiente) ;
- ✓ Accouchement par voie basse (quatre patientes) ;
- ✓ Liberté des mouvements (deux patientes) ;
- ✓ Peau à peau (trois patientes) ;
- ✓ Surprise du sexe (une patiente) ;
- ✓ Déclenchement avant 39 SA (une patiente) ;
- ✓ Césarienne (une patiente) ;
- ✓ Pas d'expression abdominale (une patiente) ;
- ✓ Sortie du nouveau-né par le père (une patiente) ;
- ✓ Aucune forme de déclenchement (une patiente) ;
- ✓ De ne jamais laisser le nouveau-né sans sa présence ou celle du père (une patiente) ;
- ✓ Le moins de médicament possible (deux patientes) ;
- ✓ Tétée d'accueil (une patiente) ;
- ✓ Présence du père en chambre (deux patientes) ;
- ✓ Baisser le champ à la naissance du nouveau-né au cours de la césarienne (une patiente) ;
- ✓ Limiter les touchers vaginaux (une patiente).

❖ Choix du type d'alimentation

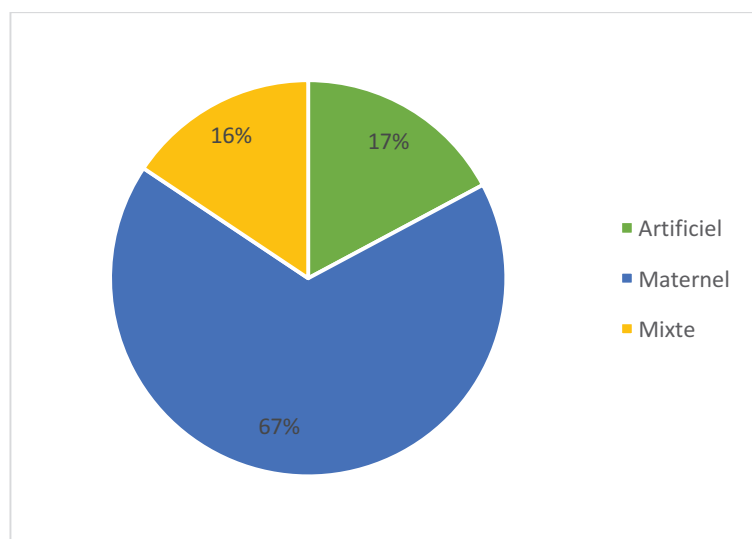


Figure 3 : Type d'alimentation des patientes auprès de leur nouveau-né

Parmi les patientes interrogées, 43 ont choisi un allaitement maternel (soit 67,2%) ; 11 un allaitement artificiel (17,2%) et 10 un allaitement mixte (15,6%).

❖ Choix de la prise en charge de la douleur

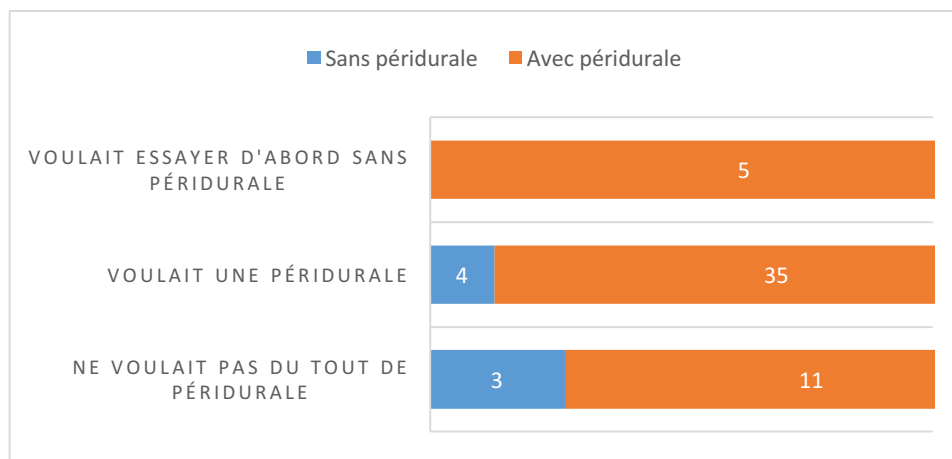


Figure 4 Choix de l'anesthésie et prise en charge à l'accouchement

Parmi les patientes dont une tentative de voie basse a été réalisée, on remarque que cinq patientes désiraient essayer un accouchement sans péridurale (8,6%). Cependant, elles ont toutes finalement bénéficié d'une anesthésie par péridurale.

Quatorze patientes souhaitent accoucher sans péridurale soit un quart de l'échantillon concerné (24,1%). Parmi celles-ci, trois auront effectivement accouché sans anesthésie (21,4%).

39 patientes voulaient une péridurale en arrivant en Salle de Naissances (67,2%). Au final, quatre péridurales n'ont pas pu être effectuées auprès de ces patientes (10,2%).

✓ Respect de ces souhaits

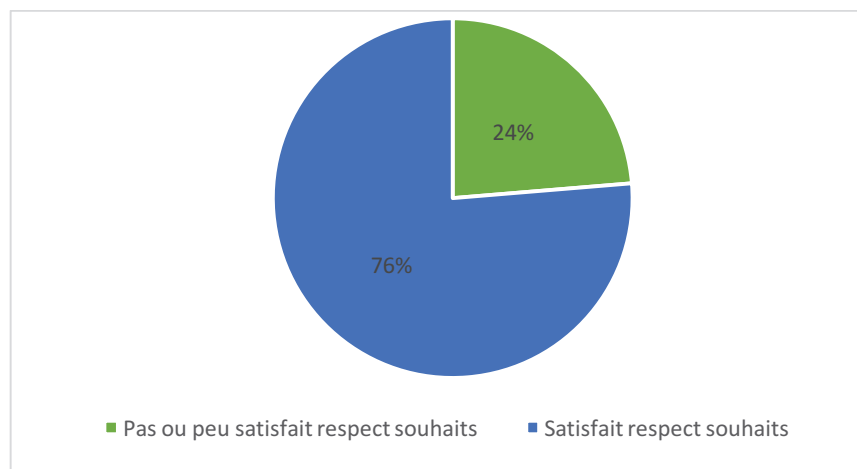


Figure 5 : Satisfaction du respect des souhaits des patientes

Parmi les patientes ayant exprimées des souhaits ou des demandes, neuf déclarent être « peu ou pas satisfaites » vis à vis du respect de ses souhaits ou de ses demandes (soit 23,7%). Cela représente un quart des patientes concernées.

Les raisons de leurs insatisfactions évoquées par les patientes sont les suivantes : « péridurale **non fonctionnelle** » (deux patientes) ; « **pas de peau-à-peau** » (une patiente) ; « **aucun accompagnement psychologique** » (une patiente) ; « **manque d'informations** » (une patiente).

2.3.1.5 Accompagnement des soignants

❖ Accueil et installation en Salles de Naissances et en Suites de Couches

Ensemble		n=64	%
Accueil et installation en SDN	Satisfaites	55	85,9%
	Peu ou pas satisfaites	9	14,1%
Accueil et installation en SDC	Satisfaites	50	78,1%
	Peu ou pas satisfaites	14	21,9%

Tableau III : Satisfaction de l'accueil et de l'installation en Salles de Naissances et en Suites de Couches

On observe que 9 patientes sont « peu ou pas satisfaites » de l'accueil et de l'installation dans le service de Salles de Naissances (soit 14,1%). Tandis que 21,9% des patientes se disent « peu ou pas satisfaites » de l'accueil et de l'installation dans le service de Suites de Couches. L'accent a principalement été mis sur l'installation qui s'est avérée décevante pour la majorité d'entre elles. En effet, un temps de parole était accordé concernant les événements qui ont pu marquer la patiente. A travers cette question ouverte, une patiente déclare avoir été marquée par un « accueil *très fébrile* d'une soignante » avec « aucune notion d'urgence alors que je lui disais avoir mal, elle *avait l'air de pas me croire*, j'ai accouché dix minutes plus tard ». Une autre avoue : « j'ai compris que le jour où je suis arrivée en urgence pour ma césarienne *ça n'arrangeait pas* l'équipe car il y avait déjà eu beaucoup de césarienne ».

❖ L'intimité en Salles de Naissances et en Suites de Couches

Ensemble		n=64	%	p-value
Intimité en SDN	Respectée	53	82,8%	0,02
	Peu ou pas respectée	11	17,2%	
Intimité en SDC	Respectée	61	95,3%	
	Peu ou pas respectée	3	4,7%	

Tableau IV : Respect de l'intimité en Salles de Naissances et en Suites de Couches

Nous remarquons que les patientes considèrent que leur intimité est significativement moins respectée en Salles de Naissances qu'en Suites de Couches ($p=0,02$). En effet, 17,2% des

patientes considèrent que leur intimité a été « peu ou pas » respectée en Salles de Naissances contre 4,7% en Suites de Couches.

Les raisons de ce manque de respect de l'intimité exprimées par les patientes en Salles de Naissances sont les suivantes :

- ✓ « *j'ai l'impression que **tout Nice m'a mis des doigts*** » ;
- ✓ « ***pas de demande** pour les touchers vaginaux » (deux patientes) ;*
- ✓ « *touchers vaginaux **brutaux*** » ;
- ✓ « ***pas de présentation*** » (quatre patientes) ;
- ✓ « ***portes laissées ouvertes*** » (deux patientes) ;
- ✓ « ***pas de demande pour la présence de trois externes pendant mon accouchement*** » ;
- ✓ « ***laissée nue** en salle de réveil avec un autre couple à côté » ;*
- ✓ « ***pas de draps** pour cacher à l'accouchement ».*

Tandis qu'en Suites de Couches, ces dernières déplorent : « *les portes sont souvent **laissées ouvertes** après leurs passages* », « *il y a **beaucoup d'allers/venues*** » et « *il arrive que les gens rentrent **sans taper à la porte*** ».

❖ Informations, explications et consentements

Actes pratiqués	Informations		Explications		Recherche de consentement		Total général	p-value
	Satisfaites	Peu ou pas satisfaites	Satisfaites	Peu ou pas satisfaites	Satisfaites	Peu ou pas satisfaites		
Pose de perfusion	64 (100,0%)	0 (0,0%)	64 (100,0%)	0 (0,0%)	64 (100,0%)	0 (0,0%)	64 (100,0%)	<0,001
Monitoring	64 (100,0%)	0 (0,0%)	64 (100,0%)	0 (0,0%)	64 (100,0%)	0 (0,0%)	64 (100,0%)	
Risque EI/ épisiotomie/césar	18 (78,3%)	5 (21,7%)	18 (78,3%)	5 (21,7%)			23 (100,0%)	
Déclenchement	10 (66,7%)	5 (33,3%)	10 (66,7%)	5 (33,3%)	12 (80,0%)	3 (20,0%)	15 (100,0%)	
Administration médicament(s)	62 (96,9%)	2 (3,1%)	62 (96,9%)	2 (3,1%)	62 (96,9%)	2 (3,1%)	64 (100,0%)	
Suivi avancé du travail	54 (93,1%)	4 (6,9%)	54 (93,1%)	4 (6,9%)	53 (91,4%)	5 (8,6%)	58 (100,0%)	
Amniotomie	15 (88,2)	2 (11,8%)	15 (88,2)	2 (11,8%)	15 (88,2)	2 (11,8%)	17 (100,0%)	
DA/RU	8 (80,0%)	2 (20,0%)	8 (80,0%)	2 (20,0%)	8 (80,0%)	2 (20,0%)	10 (100,0%)	
Épisiotomie	1 (33,3%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (100,0%)	
EI	6 (66,7%)	3 (33,3%)	6 (66,7%)	3 (33,3%)	6 (66,7%)	3 (33,3%)	9 (100,0%)	
	Déroulement opération		Risques potentiels		Raison(s)			
Césarienne	7 (58,3%)	5 (41,7%)	9 (75,0%)	3 (25,0%)	9 (75,0%)	3 (25,0%)	12 (100,0%)	0,59

Tableau V : Satisfaction des patientes concernant les informations, les explications et la recherche du consentement

Tout d'abord, toutes les patientes déclarent avoir reçu suffisamment d'informations, d'explications et que leur consentement a été recherché pour ce qui est de la pose de perfusion ainsi que pour la pose du monitoring.

Deux patientes ont déclaré être « peu ou pas satisfaites » des ces notions en ce qui concerne l'administration de médicaments (soit 3,1%).

Pour le suivi de l'avancé du travail, cinq déplorent l'absence de recherche de consentement pour les touchers vaginaux (8,6%) dont quatre ajoutent avoir manqué d'informations et d'explications (6,9%).

A propos de l'amniotomie, 2 patientes estiment être « peu ou pas satisfaites » à propos des informations, des explications ainsi que de la recherche du consentement (11,8%).

Lorsqu'une délivrance artificielle ou une révision utérine a dû être effectuée, les informations et les explications n'ont pas été satisfaisantes pour 2 patientes (20,0%). Pour ces deux dernières, leur consentement n'a pas été recherché non plus.

Cinq patientes déclarent ne pas avoir été assez informées et reçu assez d'explications quant aux risques potentiels d'extraction instrumentale, d'épisiotomie ou de césarienne (soit 21,7%).

Parmi des patientes ayant bénéficié d'un déclenchement, cinq patientes estiment de pas avoir été suffisamment informées et n'ont pas reçu assez d'explications (33,3%). Trois de ces dernières considèrent également que leur consentement n'a pas été recherché (20,0%).

Parmi les patientes dont l'accouchement a nécessité une extraction instrumentale, trois déclarent que les informations et les explications n'ont pas été satisfaisantes (33,3%). Pour ces dernières, leur consentement n'a également pas été recherché.

Deux patientes regrettent un manque d'informations et d'explications au sujet de l'épisiotomie qui a été réalisée (soit 66,7%) ; il en est de même pour leur consentement qui n'a pas été recherché pour ces deux patientes.

Enfin, on remarque que trois patientes estiment ne pas avoir reçu assez d'informations et d'explications concernant la raison de la césarienne ainsi que les risques potentiels qu'engendrent cette opération (soit 25,0%). Cinq déclarent que les informations et les explications n'ont pas été suffisantes vis à vis du déroulement de l'opération (41,7%).

Une patiente témoigne sur son expérience aux urgences gynécologiques : « *Quand je suis arrivée aux urgences, on m'a dit que j'avais rompu la poche des eaux mais **on m'a pas dit** la dilatation du col. Ensuite on m'a dit d'aller marcher que c'était un premier bébé que j'avais le temps. C'est ce que j'ai fait sauf que je suis revenue j'avais très mal, alors que je tolère très bien la douleur en temps général, ce que la sage-femme **n'a pas pris en compte** et a préféré me poser un monitoring pendant un très long moment avant de regarder mon col. Au final elle a vu quand même qu'effectivement j'avais beaucoup de contractions, comme si **elle m'avait pas cru** mais qu'avec la machine elle me croyait un peu plus. Elle m'a examiné et j'étais à 9 centimètres et que du coup je ne pourrais pas avoir la péridurale. J'ai beaucoup **culpabilisé** et **j'en ai voulu** à la sage-femme qui ne m'avait pas dit ma dilatation la première fois parce que si j'avais su que le col était déjà ouvert je n'aurais pas marché aussi longtemps et j'aurais eu plus de chance d'avoir ma péridurale. ».*

Une autre patiente déclare : « *très perturbant de voir tout d'un coup débarquer six personnes qu'on n'a jamais vu de sa vie commencer à faire plein de choses sur mon corps **sans que je sache quoi** tout en parlant de moi et mon bébé **comme si je n'étais pas dans la même pièce** »*

❖ Liberté des mouvements et souhait proposition(s) autre(s) position(s)

Au sein des patientes qui ont accouché par voie basse, huit déclarent ne pas s'être senties totalement libres de leurs mouvements pendant le travail ou pendant l'expulsion (soit 15,4%).

De plus, on constate que parmi les patientes ayant bénéficié d'une césarienne en urgence au cours du travail, deux ne s'étaient pas senties libres de leurs mouvements (soit 33,3%). Tandis que parmi les patientes ayant bénéficié d'un accouchement par voie basse, elles étaient quatre à avoir eu ce sentiment (7,6%).

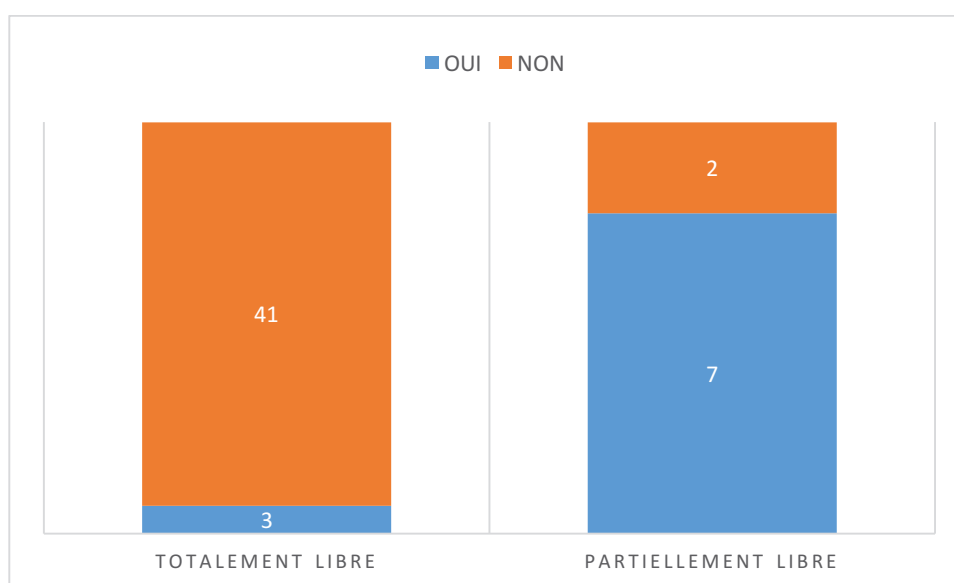


Figure 6 : Souhait des patientes de proposition d'autres positions par la sage-femme

La comparaison du souhait de proposition de position(s) par la sage-femme entre les deux groupes montre une différence significative ($p < 0,001$). Ce graphique met en évidence que lorsque les patientes ne sont pas suffisamment libres au cours du travail ou de l'expulsion, plus de trois quart d'entre-elles auraient souhaité que la sage-femme leur propose différentes postures au cours de leur travail ou de l'expulsion (soit 77,7%). En revanche, seulement 6,8% des patientes s'étant senties totalement libres pendant le travail et l'expulsion auraient souhaité que la sage-femme leur propose différentes postures.

❖ Prise en charge de la douleur

Mode d'accouchement	PEC douleur	PEC douleur			Total général
		Satisfaites	Peu ou pas satisfaites	Souhait autre PEC	
Voie basse		31 (59,6%)	21 (40,4%)	9 (17,3%)	52 (100,0%)
Voie basse et césarienne en urgence		35 (60,3%)	23 (39,7%)	10 (17,2%)	58 (100,0%)
Césarienne en urgence		4 (66,7%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)	6 (100,0%)
Césarienne programmée		5 (83,3%)	1 (16,7%)		6 (100,0%)
Césarienne		9 (75,0%)	3 (25,0%)	1 (8,3%)	12 (100,0%)

Tableau VI : Satisfaction de la prise en charge de la douleur en fonction du mode d'accouchement

Tout d'abord, nous remarquons que plus d'un tiers des patientes ayant bénéficié d'un accouchement par voie basse se déclarent peu ou pas satisfaites de leur prise en charge de la douleur (40,4%). On constate également que parmi les patientes ayant accouché par voie basse ou ayant bénéficié d'une césarienne en urgence, 23 patientes déclarent être partiellement ou pas du tout satisfaites de la prise en charge de la douleur réalisée au cours de leur travail et de leur accouchement (soit 39,7%).

Parmi les patientes ayant bénéficié d'une césarienne, un quart sont partiellement satisfaites de leur prise en charge de la douleur (soit 25%). Elles sont deux fois plus nombreuses à se déclarer insatisfaites de cette prise lorsqu'elles ont bénéficié d'une césarienne en urgence (33,3% contre 16,7%).

De plus, parmi les patientes ayant eu un accouchement par voie basse ou ayant bénéficié d'une césarienne en cours de travail, dix indiquent qu'elles auraient souhaité qu'on leur propose d'autres prises en charges de la douleur (soit 17,2%).

Cependant, la comparaison concernant ces données entre les deux groupes ne montre pas de différence significative ($p=0,81$). Nous n'avons pas non plus retrouvé de différence de signification selon le type d'anesthésie utilisé.

PEC douleur	Sentiment d'écoute, entente, compréhension		Total général	p-value
	Présent	Partiellement ou pas présent		
<i>Satisfaite</i>	35 (87,5%)	5 (12,5%)	40 (62,5%)	0,001
<i>Partiellement ou pas satisfaite</i>	12 (50,0%)	12 (50,0%)	24 (37,5%)	
<i>Total général</i>	47 (73,4%)	17 (26,6%)	64 (100,0%)	

Tableau VII : Satisfaction de la prise en charge de la douleur en fonction du sentiment d'écoute, d'entente et de compréhension

La comparaison de la satisfaction de la prise en charge de la douleur entre le groupe de patientes s'étant senties écoutées, entendues et comprises et le groupe n'ayant pas eu ce sentiment montre une différence significative ($p=0,001$). En effet, la moitié des patientes insuffisamment satisfaites de leur prise en charge de la douleur estiment ne pas s'être suffisamment senties écoutées, entendues et comprises par l'équipe soignante (contre 12,5% si ce sentiment était présent).

Les raisons de l'insatisfaction de la prise en charge de la douleur de certaines patientes sont les suivantes :

- ✓ « ils ont arrêté la péridurale pour la poussée du coup **j'ai hurlé de douleur** »
- ✓ « l'anesthésiste **m'a engueulée** car j'avais mal »
- ✓ « équipe anesthésie **très désagréable** »
- ✓ « **manque considération de la douleur** » (quatre patientes)
- ✓ « péridurale **inefficace pour les points** »
- ✓ « **n'a pas fonctionné** » (sept patientes)
- ✓ « **moins efficace à la fin** »
- ✓ « **plusieurs échecs de pose** » (trois patientes)
- ✓ « **trop longue attente** entre les réinjections »
- ✓ « **rien proposé avant la pose de la péridurale** » (quatre patientes)
- ✓ « **moins efficace pour la césarienne** »

❖ Sentiment d'écoute, d'entente et de compréhension

Seize patientes déclarent ne pas s'être suffisamment ou pas du tout senties écoutées, entendues et comprises ce qui représente un quart de l'ensemble de l'échantillon étudié (soit 25,0%).

Les raisons invoquées par ces dernières par mots clefs sont les suivantes : « *réponses floues* » ; « *stress par rapport à mon antécédent de fausse couche banalisé* » ; « *manque de considération de la douleur* » ; « *peu d'explications* » ; « *rapide* » ; « *abandon* » ; « *manque de temps* ».

Cependant, une patiente qualifiant son vécu d'accouchement précédant de « *traumatisant* » déclare avoir bénéficié d'une importante adaptation de sa prise en charge de la part des soignants : « *Je ne voulais pas revivre un déclenchement de n'importe quelle manière qui soit, on m'a écouté ça a été entièrement respecté.* »

❖ Présence physique de l'équipe soignante

Parmi l'échantillon des patientes interrogées, 14 auraient souhaité une présence physique plus importante de l'équipe soignante (soit 21,8%).

Les patientes en question déplorent les causes suivantes : « *sages-femmes peu nombreuses* » ; huit patientes estiment les « *sages-femmes souvent occupées* » ; « *on a l'impression de gêner* » ; « *abandonnée pendant la pose de la péridurale* » ; « *souvent laissée seule* » ; « *seule pendant plus de deux heures en salle de réveil* ».

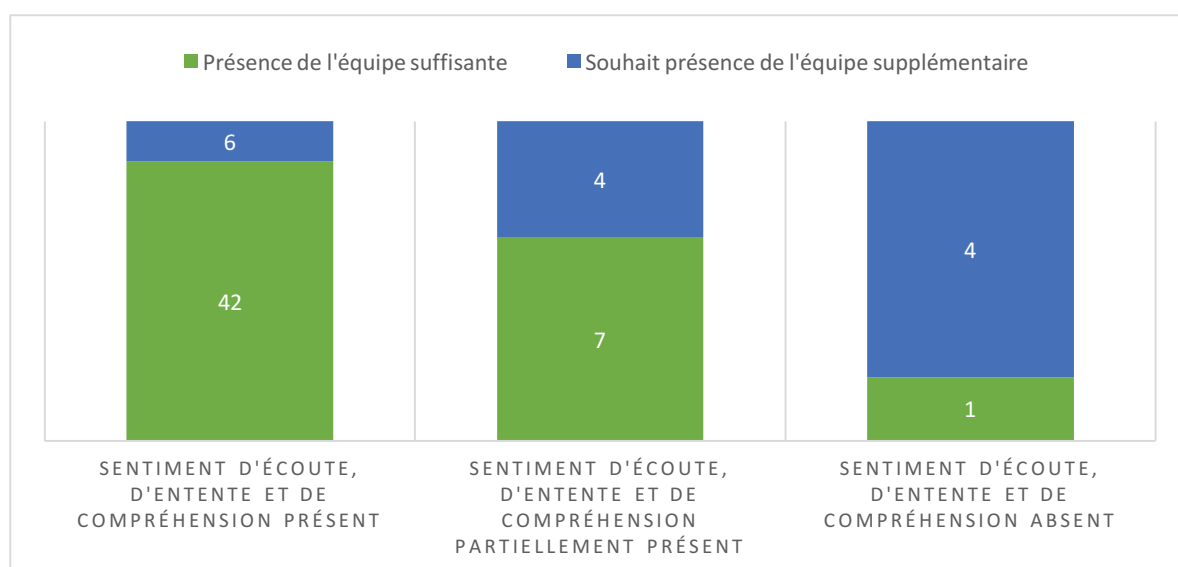


Figure 7 : Besoin de présence physique supplémentaire en fonction du sentiment d'écoute, d'entente et de compréhension

De plus, on remarque que le souhait de présence supplémentaire de l'équipe soignante est significativement plus important lorsque les patientes ne se sont pas assez senties écoutées, entendues et comprises ($p=0,001$). En effet, quatre patientes sur cinq auraient souhaité une présence plus importante de l'équipe soignante lorsqu'elles ne sont pas du tout senties écoutées, entendues et comprises (soit 80,0%). Tandis que parmi les patientes dont le sentiment d'écoute, d'entente et de compréhension était présent, seulement 12,5% des patientes auraient souhaité une présence physique supplémentaire.

❖ Echange avec l'équipe soignante

	En Salles de Naissances		En Suites de Couches		p-value
	n=64	%	n=64	%	
Oui	21	32,8%	10	15,6%	0,02
Non	43	67,2%	54	84,4%	
Total général	64	100,00%	64	100,00%	

Tableau VIII : Echange avec l'équipe soignante en Salles de Naissances et en Suites de Couches

On remarque de manière significative que les patientes discutent deux fois plus des événements s'étant déroulés au cours de leur accouchement ou de leur césarienne dans le service de Salle de Naissances par rapport au service de Suites de Couches. En effet, elles ne sont que 15,6% à parler du déroulement ou du vécu de leur accouchement ou césarienne dans le service de Suites de Couches contre 32,8% dans le service de Salles de Naissances.

Ainsi, on constate que seulement 41% des patientes interrogées ont eu l'occasion d'échanger sur leur vécu que cela soit en Salle de Naissances ou en Suites de Couches.

Parmi les patientes interrogées, 19 auraient souhaité échanger davantage avec l'équipe soignante en Salles de Naissances ou en Suites de Couches (soit 29,7%).

Les sujets dont les patientes auraient souhaité parler sont les suivants : l'hémorragie de la délivrance, le déroulement de la césarienne, les risques de la césarienne, les situations d'urgences, les déchirures.

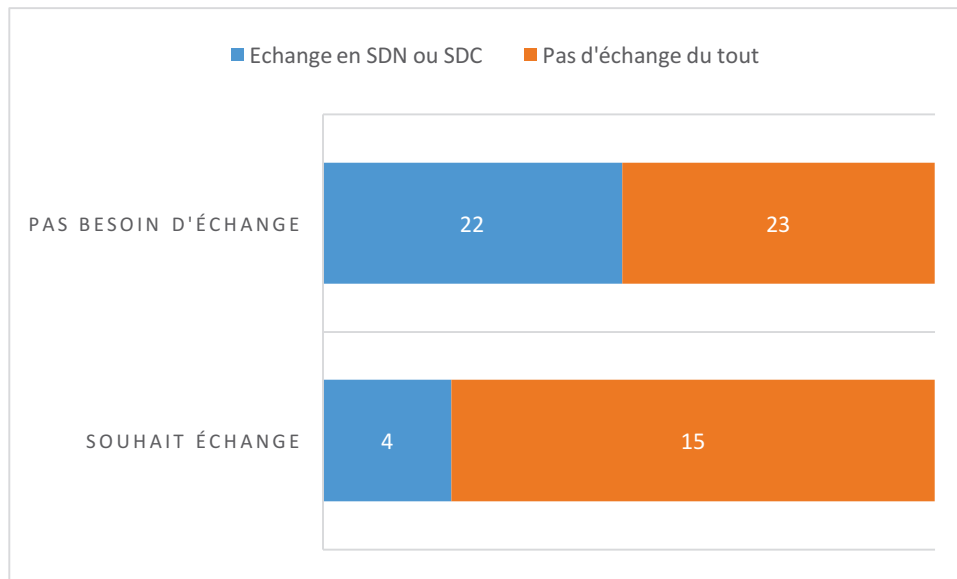


Tableau IX : Echange avec l'équipe et souhait d'échange des patientes

De plus, la différence entre les patientes ayant échangé avec les soignants et souhaitant davantage d'échange est significative ($p=0,04$). En effet, nous observons que les patientes les plus demandeuses d'échange avec l'équipe soignante sont celles qui n'ont pas eu la possibilité de le faire auparavant (78,9% vs 21,0%).

❖ Encadrement de l'alimentation

Que ce soit pour la tétée d'accueil ou le premier biberon, neuf patientes considèrent être « partiellement ou pas du tout satisfaites » de l'accompagnement reçu par l'équipe soignante (soit 14,0%).

Satisfaction informations et aide	Maternel		Artificiel		Mixte		Total général	p-value
	n=43	%	n=11	%	n=10	%		
Oui	37	86,0%	9	81,8%	7	70,0%	53 (82,8%)	0,02
Partiellement	4	9,3%	1	9,1%	1	10,0%	6 (9,4%)	
Non	2	4,7%	1	9,1%	2	20,0%	4 (6,3%)	
Total général	43	100,0%	11	100,0%	10	100,0%	64 (100,0%)	

Tableau X : Satisfaction des patientes concernant les informations et l'aide apportés en fonction du type d'alimentation de leur nouveau-né

Tout d'abord, nous pouvons constater que 15,6% des patientes déclarent être « peu ou pas satisfaites » des informations et de l'aide apportés par les soignants concernant l'alimentation de leur nouveau-né.

La comparaison de la satisfaction concernant les informations et l'aide apportées par les soignants entre les trois groupes montre une différence significative ($p=0,02$). Effectivement, parmi les patientes qui allaitent leur nouveau-né, 86,0% d'entre-elles sont satisfaites des informations et de l'aide apportées par l'équipe soignante. 81,8% des patientes réalisant un allaitement artificiel estiment que les informations et l'aide apportées ont été satisfaisantes. Tandis que pour l'allaitement mixte, elles ne sont plus que 70,0% à en être satisfaites. On note d'ailleurs que 20,0% de ces dernières déclarent ne pas du tout être satisfaites des informations et de l'aide apportées.

❖ Attention portée à l'état physique et psychologique en Suites de Couches

Satisfaction \ Attention portée à	Etat physique		Etat psychologique		p-value
	n=64	%	n=64	%	
Oui	57	89,1%	41	64,1%	<0,001
Partiellement	5	7,8%	6	9,4%	
Non	2	3,1%	17	26,6%	
Total général	64	100,0%	64	100,0%	

Tableau XI : Satisfaction des patientes de l'attention portée à l'état physique et psychologique

La comparaison de la satisfaction concernant l'attention portée à l'état physique et l'état psychologique entre les deux groupes montre une différence significative ($p<0,001$). En effet, 89,1% des patientes se disent satisfaites de l'attention portée à l'état physique contre 64,1% concernant l'attention portée à leur état psychologique.

Un temps de parole était proposé aux patientes afin d'exprimer les raisons de leur insatisfaction vis à vis de l'attention portée par l'équipe soignante dans le service de Suites de Couches. On remarque alors que les patientes éprouvant ce manque d'attention se sont particulièrement senties concernées. En effet, 21 patientes se sont prononcées soit plus de deux tiers des patientes insatisfaites ou partiellement satisfaites.

Les raisons de leur insatisfaction les plus représentatives sont celles relatives au côté psychologique : « *aucun intérêt porté sur le moral* », « *aucun intérêt porté sur le vécu de l'accouchement* », « *pleurs ignorés* », « *angoisses banalisées* », « *aucune discussion sur mon antécédent de mort fœtale in-utéro* ».

❖ Adjectifs sur l'accompagnement en Salles de Naissances et en Suites de Couches

✓ *En Salles de Naissances*

Une des questions proposait aux patientes interrogées de donner trois adjectifs décrivant la manière dont elles se sont senties accompagnées dans le service de Salles de Naissances.

Les adjectifs positifs majoritairement évoqués de la part des patientes sont les suivants : « *rassurants* », « *professionnels* », « *écoutée* », « *respectée* », « *gentillesse* », « *attentionnés* », « *entourée* ». Certaines décrivent même l'accompagnement des soignants comme « *familial* », « *doux* », « *intime* », « *touchant* ».

Tandis que, les adjectifs négatifs qui sont les plus représentés au sein des patientes sont : « *froideur* », « *impersonnel* », « *mal informée* », « *manque de réassurance* », « *manque de considération de la douleur* », « *abandon* », « *manque d'explications* ». Un accompagnement des soignants qualifié de « *traumatisant* », « *anxiogène* », « *désagréable* », « *brutal* » est également évoqué par quelques patientes.

A travers ces adjectifs, on constate donc une forte diversité des ressentis des patientes vis à vis de l'accompagnement apporté par les soignants. Des impressions très fortes se détachent, dans le positif comme dans le négatif.

De plus, on remarque que plusieurs adjectifs s'opposent : « *entourée* » et « *abandon* » ; « *rassurants* » et « *manque de réassurance* » ; « *écoutée* » et « *manque de considération de la douleur* » ; « *familial* » et « *impersonnel* » ; « *doux* » et « *brutal* ».

✓ *En Suites de Couches*

Une des questions proposait aux patientes interrogées de donner trois adjectifs décrivant la manière dont elles se sont senties accompagnées dans le service de Suites de Couches.

Les adjectifs positifs majoritairement évoqués de la part des patientes sont les suivants : « *professionnels* », « *attentifs* », « *rassurants* », « *écoutée* », « *soutenue* », « *attentionnés* ».

Certaines décrivent même les soignants comme « *bienveillants* », « *souriants* », « *adorables* », « *sympathiques* », « *disponibles* », « *patients* », « *gentilles* ».

Tandis que les adjectifs négatifs qui sont les plus représentés au sein des patientes sont : « *froideur* », « *impersonnel* », « *manque de communication* », « *jugée* », « *mitigé* », « *discordance des discours* ». Un sentiment de « *négligence* », « *manque d'empathie* », « *manque de respect* » est également révélé par quelques patientes.

Tout comme en Salle de Naissances, les patientes ont des ressentis très inégaux. Une forte similitude s'observe par rapport aux impressions exprimées en Salle de Naissances, qu'elles soient positives ou négatives. Au niveau positif, on retrouve les adjectifs « *professionnels* », « *rassurants* », « *écoutée* », « *attentionnés* », « *gentillesse* ». Au niveau négatif, on retrouve les adjectifs « *froideur* », « *impersonnel* ».

On discerne que certaines qualités des soignants sont particulièrement appréciées auprès des patientes : le professionnalisme, la capacité d'écoute, l'attention qu'ils apportent à leurs patientes et la gentillesse. A l'inverse, les principaux griefs envers les soignants sont leur froideur et l'impersonnalité de leur accompagnement.

2.3.1.6 Présence et place accordée à l'accompagnant

Parmi les patientes ayant bénéficié d'un accouchement par voie basse, 51 patientes souhaitaient qu'un accompagnant soit présent à leur côté en Salle de Naissance et une préférerait être seule. Leur choix a été respecté pour toutes.

Dans un contexte de césarienne, huit patientes désiraient que l'accompagnant soit présent à leur côté (66,7%) ce qui a été autorisé dans la moitié des cas. Lorsqu'un refus s'est présenté à la présence de l'accompagnant, trois patientes sur quatre déclarent ne pas avoir reçu d'explications vis à vis de ce refus.

Satisfaction	Accouchement voie basse n=52		Césarienne n=12		Total général	p- value
		%		%		
Oui	41	78,8%	7	58,3%	48 (75,0%)	0,04
Partiellement	9	17,3%	2	16,7%	11 (17,2%)	
Non	2	3,8%	3	25,0%	5 (7,8%)	
Total général	52	100,0%	12	100,0%	64 (100,0%)	

Tableau XII : Satisfaction des patientes concernant la place accordée à l'accompagnant en fonction du mode d'accouchement

La comparaison de la satisfaction concernant la place accordée à l'accompagnant entre les deux groupes montre une différence significative ($p=0,04$). En effet, 21,1% des patientes ayant accouché par voie basse estiment que la place accordée à l'accompagnant était « partiellement ou pas adaptée » contre 41,7% des patientes ayant bénéficié d'une césarienne.

Ainsi, un quart des patientes considèrent que la place accordée à l'accompagnant a été « peu ou pas adaptée » (soit 25,0%).

2.3.1.7 Vécus des patientes

❖ Vécu des actes effectués par les soignants

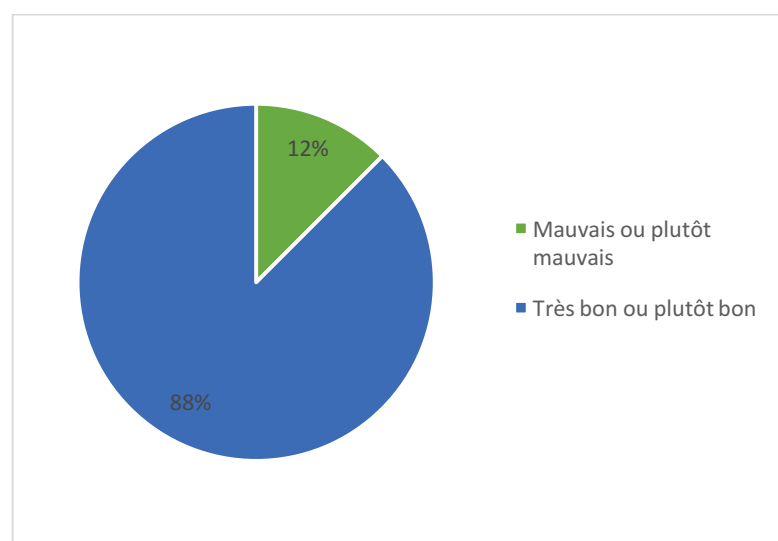


Figure 8 : Vécu des actes effectués en Salles de Naissances

Parmi l'échantillon des patientes interrogées, huit considèrent avoir mal ou plutôt mal vécu les actes qui ont pu être effectués sur elles de la part des soignants (soit 12,5%).

❖ Vécu de l'accouchement ou de la césarienne

	<i>n=64</i>	%	<i>p-value</i>
Mauvais	7	10,9%	<0,001
Plutôt mauvais	10	15,6%	
Plutôt bon	25	39,1%	
Bon	22	34,4%	
Total général	64	100,0%	

Tableau XIII : Vécu d'accouchement ou de césarienne des patientes

La comparaison entre les patientes de leur vécu d'accouchement ou de césarienne montre une différence significative ($p < 0,001$). Effectivement, un quart des patientes déclarent avoir « mal ou plutôt mal » vécu leur accouchement (soit 26,5%).

Au cours de notre étude, deux témoignages nous ont paru particulièrement poignants et reflétant les causes de leur mauvais vécu d'accouchement :

- Témoignage patiente 12 :

- ❖ « Pendant le travail on entendait des femmes qui hurlaient la mort ce qui était **hyper anxiogène** »
- ❖ « on se croirait dans une **usine** »
- ❖ « Pendant que je poussais, une dame s'est assise sur le meuble du fond en train de téléphoner et de rigoler, c'est du « **je m'enfouitisme** ». »
- ❖ « La sage-femme **n'a pas voulu que j'accouche sur le côté** car j'ai l'impression que **ça ne l'arrangeait pas** et qu'elle ne savait pas faire. »
- ❖ « **Si on avait su, on aurait fait une césarienne.** »
- ❖ « **Les femmes enceintes n'ont aucune idée de ce qui les attends** »
- ❖ « c'était une **catastrophe** »
- ❖ « **On ne sait pas** ce qui a été fait au bébé, s'il a manqué d'oxygène ou d'autre chose, du coup je pense que toute ma vie je guetterais le moindre souci chez lui par rapport à ce moment qui est **complètement flou** pour moi. »

- ❖ « J'en fais beaucoup de **cauchemars** la nuit. »
- ❖ « Ça peut jouer sur beaucoup de choses on s'en rends compte : sur notre éducation, sur l'amour qu'on va lui apporter...c'est **grave** »
- ❖ « J'ai eu l'impression qu'ils (les soignants) se prenaient pour des **dieux à tout décider sur ma vie et mon corps** »
- ❖ « Est-ce qu'il faut payer pour les gens soient plus **humains** avec vous ? »

Le père et mari de la patiente était présent lors de l'interview, il s'est senti également très concerné et n'a pas hésité à témoigner de son propre vécu :

- ❖ « On a l'impression que la **mort** est leur (les soignants) copine, ça m'a **choqué**. »
- ❖ « On m'a fait sortir de la pièce **brutalement**, j'ai vu mon bébé inanimé passé devant moi et on m'a **refusé** d'assister aux premiers soins et **personne m'a expliqué** ce qu'il se passait. J'ai eu l'impression que ma femme et mon enfant étaient **en train de mourir**. »
- ❖ « J'étais à la limite d'intervenir tellement je voyais ma femme **souffrir** »
- ❖ « **Je prie pour qu'on s'en remette tout les deux et qu'on ressorte indemne de ce moment** »

- Témoignage patiente 31 :

- « Je pense avoir eu une hémorragie après l'accouchement mais **personne ne m'a expliqué** ce qu'il s'était vraiment passé, je toussais beaucoup quand je me suis réveillée donc je pense avoir été intubée et j'avais aussi une sonde. **Ils auraient pu me prévenir quand même**. »
- « Ils font les gestes mais ils **n'expliquent rien** ou quand ils expliquent c'est avec des **termes incompréhensibles**. Etant très curieuse j'ai demandé pendant que je saignais ce qu'ils faisaient à mon corps car je sentais que beaucoup de choses se passaient, la femme m'a dit on fait une RUI ou RUA je n'ai **rien compris**. C'est seulement quand je posais plusieurs questions qu'on essayait de m'expliquer. »
- « J'ai été laissée **seule** en salle de réveil pendant 2 heures alors que j'étais réveillée et tout à faire consciente, **absolument personne n'est venu** voir comment j'allais, **personne n'est venu m'expliquer** ce qu'il s'était passé, **personne ne m'a dit** comment allait mon bébé, **je n'ai pu le voir que 2 heures après** et j'ai appris qu'il était en faite pendant tout ce temps avec mon mari dans la pièce juste à côté ! Pourquoi ils pouvaient pas être avec moi ? **Je ne sais pas** et encore aujourd'hui **je ne comprends pas**, au moins je n'aurais pas été seule à paniquer. »

- « Pour les points qui ont été fait en bas, c'est seulement aujourd'hui (2 jours après l'accouchement) qu'on m'a expliqué ce qui avait déchiré, comment ça avait déchiré alors que ça fait plusieurs fois que je pose la question **sans réelle réponse**. »
- « J'ai été chercher sur Internet pour savoir ce que j'avais eu, **pourquoi** j'avais saigné et quelles étaient les conséquences pour moi pour la suite et si je veux d'autres enfants si j'allais avoir la même, c'est quelque chose qui m'a beaucoup **traumatisé**. »
- « Je pense qu'il y a clairement parfois **des manques de communication** et c'est **dommage**, j'aurais aimé avoir **plus d'informations, plus d'explications**, les risques, **qu'on me dise ce qu'il s'est passé**, ce que ça implique et la suite. »
- « Au final, ce n'est pas parce que je n'ai pas eu la péridurale ou parce que j'ai une hémorragie que **j'ai été traumatisée par cet accouchement** mais c'est vraiment parce que j'ai été **déçue par ce manque de soutien, d'explications et d'informations des soignants**. »
- « Je vous dis tout ça mais je sais pertinemment que quand je partirais je dirai merci à tout le monde avec un grand sourire parce que c'est comme ça que ça se passe après un accouchement **on se tait** mais d'un côté ce n'est pas comme ça que les choses vont **changer**. »

❖ Vécu de l'alimentation de leur nouveau-né

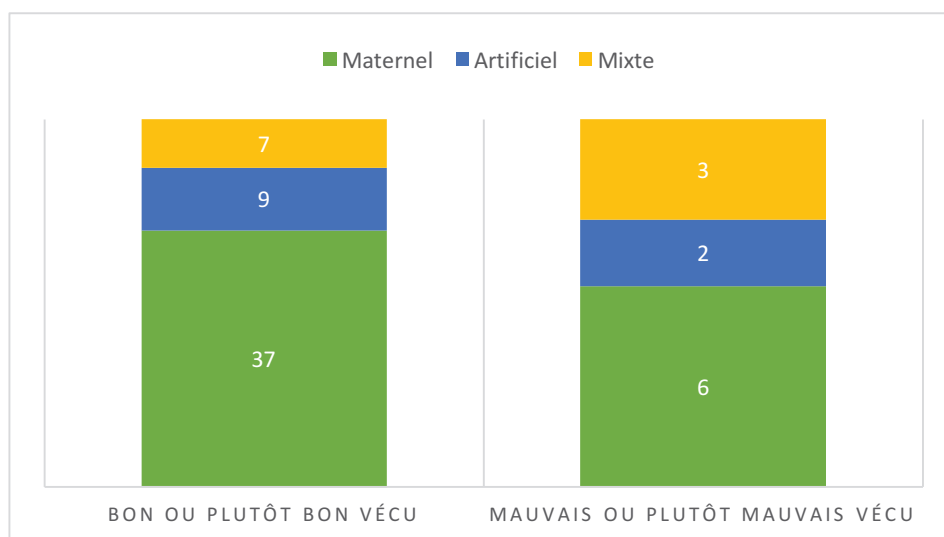


Figure 9 : Vécu des patientes de l'alimentation du nouveau-né selon le type d'allaitement

Nous remarquons que onze patientes déclarent avoir « plutôt mal ou mal » vécu l'alimentation de leur nouveau-né (soit 17,2%).

Parmi les patientes considérant leur vécu de l'alimentation de leur nouveau-né comme « mauvais ou plutôt mauvais », on constate que plus de la moitié concernent les patientes réalisant un allaitement maternel (soit 54,5%). Cependant, la comparaison du vécu des patientes en fonction du type d'alimentation ne montre pas de différence significative ($p=0,47$).

D'après les patientes qualifiant leur vécu de l'alimentation de leur nouveau-né comme « mauvais ou plutôt mauvais », ce vécu a majoritairement été détérioré pour les causes suivantes : « *discordance des discours* », « *culpabilité sur la prise de poids du bébé* », « *expéditif* », « *sensation de déranger* », « *manque d'explications* », « *manque d'aide* », « *vidéo trop tard* », « *pas assez présentes car deuxième bébé* ».

❖ Vécu des premiers jours en tant que mère

	<i>n=64</i>	%	<i>p-value</i>
Mauvais	2	3,1%	<0,001
Plutôt mauvais	8	12,5%	
Plutôt bon	17	26,6%	
Bon	37	57,8%	
Total général	64	100,0%	

Tableau XIV : Vécu des patientes des premiers jours en tant que mère

La comparaison entre les patientes de leur vécu d'accouchement ou de césarienne montre une différence significative ($p<0,001$). 15,6% des patientes jugent avoir « plutôt mal ou mal » vécu leurs premiers jours en tant que mère tandis que 84,4% considèrent ce vécu comme « plutôt bon ou bon ».

Quelques témoignages de patientes qui ont un « mauvais ou plutôt mauvais » vécu de leurs premiers jours en tant que mère permet de mieux comprendre les causes de cette insatisfaction :

- « *réveillée plusieurs fois dans la nuit car on m'interdisait de dormir avec mon bébé* »
- « *il y a un écart marquant entre la salle d'accouchement et la maternité, ici [en Suites de Couches] elles sont très froides* »

- « **on me juge constamment parce que j'ai eu une dépression** avant de tomber enceinte, **ils pensent que je ne suis pas capable de m'occuper correctement de mon bébé ...** Je vais partir plus tôt que je ne le voudrais à cause de ça. »
- « locaux dégradées »
- « compliqué de passer d'une vie de femme à une vie de mère, vous êtes la première personne avec qui j'en parle **j'ai honte** de dire à ma famille que j'ai **peur de me retrouver seule à la maison avec mon bébé** » [patiente pleurant lors de cette confession]
- « **Je ne comprends pas pourquoi** elle [une soignante] me donne les biberons au compte goutte du coup parfois je devais attendre, parfois longtemps, avant de pouvoir la (son nouveau-né) nourrir ça m'embête beaucoup ».

Un témoignage marquant d'une patiente insatisfaite de ses premiers jours en tant que mère nous permet également de réaliser l'ampleur des manquements en terme de bienveillance lors de sa prise en charge :

✓ Témoignage patiente 31 :

- « J'aurais aimé qu'on me propose de pouvoir voir ma cicatrice en bas parce que **j'imagine des choses terribles**. Ça m'aurait beaucoup aidée **psychologiquement**. »
- « J'ai eu le sentiment d'être **jugée** par rapport à ma religion, par exemple hier ma mère est venue m'apporter de la nourriture traditionnelle et m'a parlé dans une langue étrangère pour m'expliquer ce que c'était et j'ai trouvé que la sage-femme la regardait mal puis elle lui a « Vous savez Madame, on est France donc il faut parler français ici ». Du coup je ne me sens **pas du tout à l'aise de lui parler, de me confier**. »
- « Ce qui manque vraiment c'est du **temps** pour pouvoir **discuter, expliquer** ce qu'il s'est passé et ce qu'il va se passer après. Vous êtes la première personne avec qui je peux en **parler librement, qui s'intéresse, de se sentir écoutée, comprise** et ça fait un bien fou. J'aurais aimé avoir ce genre de moment **plus tôt**. »
- « J'ai l'impression de **me faire engueuler** pour des choses que la veille une autre soignante m'a dit de faire, on dirait elles **disent toutes des choses différentes et n'acceptent pas** qu'on fasse différemment. Alors que c'est mon bébé, si je suis à l'aise avec une technique différente que ce qu'elle veut elle, je le fais **j'ai le droit** c'est mon bébé. »
- « Dans les couloirs je croise des femmes qui ont l'air mal et j'espère que des gens sont là pour leur parler et qu'elles ne sont pas **seules** comme je le suis parce que certaines

me font de la peine. Je parle pas de **suicide** mais on sait pas ce qui se passe dans nos têtes après un événement comme ça. »

❖ Vécu global

	n=64	%	p-value
Entre 4 et 6	10	15,6%	0,001
Entre 7 et 8	28	43,8%	
Entre 9 et 10	26	40,6%	
Total général	64	100,0%	

Tableau XV : Vécu global du parcours périnatal des patientes

La comparaison entre les patientes de leur vécu global montre une différence significative ($p < 0,001$). En effet, 15,6% des patientes attribuent une note entre 4 et 6 correspondant à un vécu global « plutôt mauvais ».

❖ Impact de l'accompagnement des soignants sur le vécu

62 patientes considèrent que la qualité de l'accompagnement de la part des soignants a eu un impact sur leur vécu (soit 96,9%).

Une des deux patientes considérant que l'accompagnement des soignants n'a pas eu d'impact sur son vécu déclare : « *Dans un CHU je savais que je ne devais pas m'attendre à grand chose et c'est qu'il s'est passé, j'ai eu ce que je devais avoir mais sans plus* ».

2.3.1.8 *Suggestions des patientes*

Un temps de parole a été accordé aux patientes interrogées dans une des dernières questions qui était ouverte dont le but était d'établir les éventuelles améliorations qu'elles proposent.

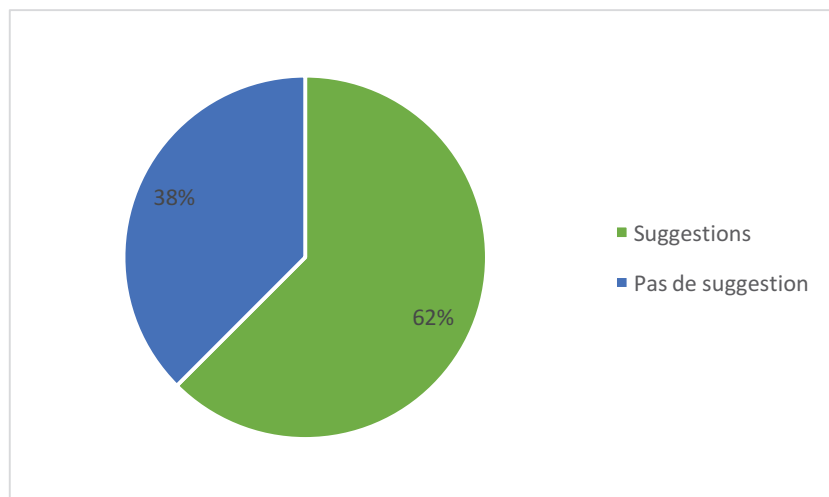


Figure 10 : Suggestion d'amélioration de la part des patientes

On remarque que presque deux tiers des patientes interrogées expriment des suggestions quant à l'amélioration de leur vécu du péri-partum.

Les suggestions proposées se regroupent en plusieurs catégories :

❖ Informations et explications

Treize patientes souhaiteraient davantage d'informations et d'explications que ce soit en Salle de Naissances ou en Suites de Couches soit un tiers des patientes proposant des améliorations.

Parmi celles-ci, une patiente émet l'idée de mettre à disposition un dépliant récapitulant les informations nécessaires en Suites de Couches, en plus des informations et explications fournies oralement par l'équipe soignante. Trois patientes suggèrent que les informations et les explications soient plus adaptées et moins médicales donc davantage compréhensibles selon elles. L'une d'elle déclare « *aurait aimé qu'on nous [la patiente et son mari] **explique** à l'avance les risques d'avoir un gros bébé : les forceps, l'épisiotomie etc* » car « *nous pensions que c'était une bonne chose qu'il soit gros* ». Une patiente souhaiterait que les informations et explications puissent être délivrées même dans des situations d'urgence. En effet, elle déclare « *ils étaient [les soignants] énormément dans la pièce dont certains qui ne faisaient rien, quelqu'un aurait pu m'**expliquer** ce qu'il se passait, je sais pas l'étudiante par exemple ou n'importe qui, juste que quelqu'un m'explique et me dise si mon bébé allait bien ou pas* ».

❖ Ecoute, empathie et bienveillance

Onze patientes réclament plus d'écoute, d'empathie et de bienveillance de la part des soignants ce qui représente presque un tiers des patientes concernées.

Parmi ces dernières, une patiente déclare qu'il faudrait « ***se dire que ça pourrait être votre fille qui est à sa place*** ». Une patiente évoque la nécessité que le personnel soignant dans le service de Suites de Couches soit davantage « **chaleureux** ».

❖ Communication et présence

Certaines patientes expriment la nécessité d'une présence plus importante de la part des soignants ainsi que davantage d'échanges avec ces derniers.

En effet, quatorze patientes sont dans l'attente de soignants plus présents à leur côté soit un tiers des patientes proposant des améliorations. On note que ce besoin est prédominant lors de la pose de la péridurale. Une patiente déclare qu'il faudrait « ***plus de personnel car on voit clairement que les sages-femmes font de leur mieux mais qu'elles ont trop de choses à faire pour être réellement à notre écoute*** ». Pour une patiente confrontée à une césarienne, celle-ci suggère également que les patientes en salle de réveil ne soient pas laissées seules : que l'accompagnant puisse être systématiquement présent ou, à fortiori, que les soignants leur montrent un intérêt plus important.

Au sujet du besoin d'échange supplémentaire avec l'équipe soignante, elles sont quatre à suggérer la nécessité de davantage d'échange. Une patiente déclare qu'il faudrait « ***faire un débriefing une fois remontée en chambre de ce qu'il s'est passé, ce qui n'a pas pu être expliqué, reparler des événements pour éclaircir les choses que l'on avait pas compris*** ». Une autre patiente aimerait qu'on puisse « ***discuter du vécu avec la sage-femme ou l'étudiante*** ».

❖ Côté psychologique

Cinq patientes mettent en lumière le fait que l'intérêt porté au côté psychologique est à améliorer dont trois exprimant la demande de la présence d'un ou d'une psychologue dans le service de Suites de Couches si le besoin s'en fait sentir.

❖ Matériel et lieu de vie

Six patientes souhaiteraient que la qualité du lieu de vie et du matériel soient améliorés.

Au sujet du lieu de vie, elles demandent à ce qu'il y ait moins de bruit dans le service de Suites de Couches. Elles se disent souvent réveillées à cause du bruit.

Concernant le matériel, elles demandent qu'il soit mieux mis à disposition. L'une de ces patientes déclare « *ce serait bien qu'on arrive dans la chambre et qu'il y ai tout le matériel et pas qu'on doive demander à chaque fois qu'on a besoin de quelque chose* ». Trois patientes estiment que le matériel pour l'accompagnant devrait être amélioré : deux voudraient qu'un lit soit systématiquement disponible pour ce dernier ; une voudrait que du matériel soit disponible pour ce dernier en Salle de Naissances (lit d'appoint ou pièce pour se reposer par exemple).

❖ Place de l'accompagnant

Neuf patientes estiment que la place accordée à l'accompagnant devrait être améliorée. Elles proposent donc la présence systématique d'un lit d'appoint pour celui-ci en Suites de Couches. A travers leur demande de davantage de présence pendant la pose de la péridurale, elles aimeraient à fortiori que l'accompagnant puisse être présent pendant cet acte.

❖ Continuité dans les soins

Quatre patientes souhaiteraient davantage de continuité dans les soins. A travers cette demande, elles sont à la recherche d'un suivi plus personnalisé donc plus adaptée à l'individu concerné. L'une d'entre-elles déclare également que cela permettrait de « *créer un lien avec le soignant* ».

2.3.2 Croisement des données

Les données ont été croisées à l'aide du Logiciel BiostaTGV, nous avons principalement utilisé le test de Khi^2 . Néanmoins, le test de Fischer a été utilisé lorsque les échantillons étaient trop restreints. Les tableaux utilisés sont placés en **Annexe III**, il s'agit des tableaux XVI à XLV.

Ce croisement de données nous permet d'évaluer l'impact des caractéristiques générales de la patiente, du déroulement de l'accouchement et de l'accompagnement sur le vécu des patientes.

2.3.2.1 Description de la population

❖ Générales (Tableaux XVI et XVII)

Nous pouvons observer que les patientes se trouvant dans la tranche d'âge des 30-34 ans sont significativement plus nombreuses à qualifier leur vécu d'accouchement comme « plutôt mauvais ou mauvais », elles représentent 12,5% de la population totale ($p=0,003$). Cette même tendance s'observe pour le vécu des premiers jours en tant que mère et le vécu global.

Nous pouvons constater que la grande majorité des patientes ayant un « mauvais ou plutôt mauvais » vécu d'accouchement sont celles dont le niveau d'études est le plus élevé de manière significative, soit 20,3% ($p<0,001$). Parmi les patientes ayant un « mauvais ou plutôt mauvais » vécu de leur accouchement, une très grande majorité des patientes ont un niveau d'études au delà du baccalauréat (76,5%). Cette tendance s'observe également au sujet du vécu global ainsi qu'au vécu des premiers jours en tant que mère.

Parmi les patientes de notre échantillon total, 10,9% ont « plutôt mal ou mal » vécu leur accouchement et sont d'origine française. Cependant, la comparaison entre les autres origines démographiques n'est pas significative ($p=0,09$). De plus, à l'échelle de notre population ayant un « mauvais ou plutôt mauvais » vécu de leur accouchement, nous remarquons que presque la moitié sont des femmes d'origine française (soit 41,2%).

14,1% des patientes ont « plutôt mal ou mal » vécu leurs premiers jours en tant que mère et sont d'origine française avec une différence significative ($p<0,001$). De surcroît, à l'échelle de notre population ayant « plutôt mal ou mal » vécu leurs premiers jours en tant que mère, une très grande majorité sont d'origine française (90%).

Au sein de notre échantillon global, 9,4% des patientes ont un plutôt mauvais ou mauvais vécu global et sont d'origine française de manière significative ($p=0,01$). Or, parmi les patientes ayant un « plutôt mauvais ou mauvais » vécu global, elles sont presque deux tiers à être d'origine française (60,0%).

❖ Obstétricales (Tableaux XVIII et XIX)

Au sein des patientes jugeant leur vécu d'accouchement comme « plutôt mauvais ou mauvais », 11,8% considèrent avoir « plutôt mal ou mal » vécu leur suivi gynécologique. Tandis qu'elles sont deux fois plus nombreuses lorsqu'elles considèrent avoir « plutôt mal ou mal » vécu leur suivi obstétrical (23,5%). Cependant, la comparaison n'est pas significative.

De manière significative, nous remarquons que le vécu du suivi obstétrical représente un facteur prédictif quand au vécu des premiers jours en tant que mère ($p=0,02$). En effet, parmi les patientes jugeant ce vécu des premiers jours en tant que mère altéré, 40,0% considèrent avoir « plutôt mal ou mal » vécu leur suivi obstétrical. La même tendance s'observe concernant le vécu global.

Parmi les patientes jugeant leur vécu d'accouchement comme « plutôt mauvais ou mauvais », la proportion de primipares et de multipares est quasi équivalente.

Tandis qu'au sein des patientes considérant avoir « plutôt mal ou mal » vécu leurs premiers jours en tant que mère, une majorité significative concerne les primipares soit 90,0% ($p<0,001$).

Parmi les patientes ayant un « plutôt mauvais ou mauvais » vécu global, 80% sont des primipares de manière significative ($p=0,007$).

Parmi les patientes qualifiant leur vécu d'accouchement comme « mauvais ou plutôt mauvais », on remarque que presque la moitié d'entre elles ont accouché à un terme de 41 SA et plus (soit 41,2%). Elles représentent un tiers des patientes lorsque leur terme était estimé entre 39 SA et 40 SA + 6 jours (35%). Cependant, la comparaison entre les groupes n'a pas montré de différence significative.

Nous constatons que 40,0% des patientes ayant bénéficié d'un déclenchement estiment avoir « mal ou plutôt mal » vécu leur accouchement. Tandis qu'elles sont deux fois moins si elles n'ont pas bénéficié d'un déclenchement (19,0%). Parmi les patientes ayant « plutôt mal ou mal » vécu leur accouchement, la proportion de patientes qui ont eu un début de travail spontané est deux fois plus importante que la proportion de patientes ayant bénéficié d'un déclenchement (64,7% vs 35,3%). Cependant, la comparaison entre les groupes n'a pas montré de différence significative. Le même constat s'applique au vécu des premiers jours en tant que mère ainsi qu'au vécu global.

Parmi notre échantillon global, 20,3% de patientes ont bénéficié d'un accouchement par voie basse et jugent avoir « plutôt mal ou mal » vécu leur accouchement. Tandis que 6,3% de patientes ont bénéficié d'une césarienne et expriment la même impression à l'égard de leur vécu. De plus, la comparaison de ces deux données est significative ($p=0,02$). Cette différence significative s'observe également à l'échelle de l'échantillon des patientes qualifiant leur vécu d'accouchement comme « plutôt mauvais ou mauvais » (76,5% vs 23,5%).

Parmi notre échantillon global, 14,1% de patientes ont bénéficié d'un accouchement par voie basse et estiment avoir un vécu de leurs premiers jours en tant que mère détérioré. En revanche,

elles ne sont plus que 1,6% à exprimer ce sentiment lorsqu'elles ont bénéficié d'une césarienne. Or, la différence entre ces deux données est significative ($p=0,008$). De surcroît, parmi l'échantillon de patientes ayant un « plutôt mauvais ou mauvais » vécu de ces premiers jours, une très grande majorité représente des patientes ayant accouché par voie basse (90%) de manière significative ($p<0,001$).

De plus, parmi les patientes ayant un avis détérioré de leur vécu global, 80% des femmes ont bénéficié d'un accouchement par voie basse de manière significative ($p=0,007$).

Parmi notre échantillon global, 20,3% des patientes considèrent avoir un vécu d'accouchement détérioré et ont bénéficié d'une anesthésie par péridurale. Tandis qu'elles représentent 1,6% de la population globale lorsqu'elles n'ont pas eu d'anesthésie. Or, la comparaison entre ces deux données est significative ($p<0,001$). Parmi l'échantillon de patientes ayant un vécu détérioré de leur accouchement, trois quart ont bénéficié d'une péridurale de manière significative ($p<0,001$).

De même, nous pouvons également constater que le vécu des premiers jours en tant que mère est particulièrement altéré à l'égard des patientes ayant bénéficié d'une péridurale de manière significative ($p<0,001$). Nous observons également significativement la même tendance concernant le vécu global ($p<0,001$).

Une femme sur trois qui a bénéficié d'une épisiotomie a considéré avoir « mal ou plutôt mal » vécu son accouchement. L'échantillon étudié est trop restreint pour pouvoir l'étendre à la population générale. Nous remarquons que cette patiente juge également son vécu global ainsi que son vécu des premiers jours en tant que mère détériorés.

Parmi les patientes qualifiant leur vécu d'accouchement comme « plutôt mauvais ou mauvais », nous constatons que 29,4% d'entre-elles ont bénéficié d'une naissance par instruments. Cependant, la comparaison entre les groupes n'a pas montré de différence significative.

Parmi les patientes qualifiant leur vécu d'accouchement comme « plutôt mauvais ou mauvais », nous remarquons que 17,6% d'entre-elles ont subi une expression abdominale. Cependant, la comparaison entre les groupes n'a pas montré de différence significative.

Parmi les patientes qualifiant leur vécu d'accouchement comme « plutôt mauvais ou mauvais », nous remarquons que 47,1% des patientes estiment avoir « mal ou plutôt mal » vécu leur accouchement. Cependant, la comparaison entre les groupes n'a pas montré de différence significative.

2.3.2.2 *L'accompagnement apporté par les soignants*

✓ *Sentiment d'écoute, d'entente et de compréhension (Tableaux XX à XXII)*

Tout d'abord, cette étude démontre de manière significative que les patientes se sentant écoutées, entendues et comprises ont un meilleur vécu d'accouchement par rapport à celles qui n'ont pas ce sentiment (85,4% vs 37,5%). Plus d'un tiers des patientes considèrent leur vécu global comme « mauvais ou plutôt mauvais » si elles se sont senties peu ou pas du tout écoutées, entendues et comprises par l'équipe soignante alors qu'elles ne sont qu'une minorité lorsque ce sentiment était présent, de manière significative (8,3%). Les patientes sont trois fois moins nombreuses à juger leur vécu des premiers en tant que mère comme altéré si elles se sont senties écoutées, entendues et comprises en Salles de Naissances de manière significative (10,4% vs 31,3%).

De plus, nous remarquons que parmi les patientes dont ce sentiment était absent, plus de trois quart d'entre elles n'ont pas eu l'occasion de discuter avec un soignant de leur vécu, que ce soit en Salles de Naissances ou en Suites de Couches. Pour la moitié d'entre elles, une présence physique supplémentaire des soignants aurait également été souhaité de manière significative (contre 12,5% si le sentiment d'écoute était présent).

✓ *Qualité des informations et des explications et recherche de consentement (Tableaux XVIII à XXVI)*

Cette étude permet de montrer de manière significative que lorsque les informations sont délivrées aux patientes, qu'elles sont expliquées et que leur consentement a été recherché, leur vécu des actes effectués sur leur corps s'en trouve amélioré ($p < 0,001$). En effet, seulement 1,9% des patientes estiment avoir « plutôt mal ou mal » vécu les gestes effectués sur elles lorsque ces notions sont réunies. Tandis qu'elles sont presque de trois quart d'entre elles si elles ne sont « pas ou peu satisfaites » des informations, des explications et de la recherche de leur consentement (70,0%).

Leur vécu d'accouchement est également significativement impacté ($p = 0,009$). Effectivement, trois fois plus de femmes considèrent leur vécu d'accouchement comme « mauvais ou plutôt mauvais » lorsque les informations, les explications et de la recherche de leur consentement ne sont « pas ou peu satisfaisants » par rapport aux femmes qui en sont satisfaites (60,0% vs 20,4%).

La comparaison du vécu global entre les patientes satisfaites des informations, des explications de la recherche du consentement entre les deux groupes montre une différence significative ($p=0,001$). Parmi les femmes satisfaites des informations, des explications et de la recherche de consentement, 90,7% d'entre elles considèrent avoir « bien ou plutôt bien » vécu leur parcours du péri-partum global. Tandis que si les femmes sont insatisfaites à ce sujet, alors la moitié d'entre elles considèrent leur vécu global comme « bon ou plutôt bon ».

Leur vécu des premiers jours en tant que mère est également significativement impacté ($p=0,02$). Parmi les patientes dont les informations, les explications et la recherche du consentement ne sont pas satisfaisantes, 40% qualifient leur vécu des premiers jours en tant que mère de « mauvais ou plutôt mauvais » ; à contrario elles sont 11,1% si ces derniers critères sont satisfaisants.

✓ *Accueil et installation en Salles de Naissances et en Suites de Couches (Tableau XXVII)*

La comparaison de la satisfaction de l'accueil et de l'installation en Salles de Naissances entre le groupe de patientes jugeant leur vécu d'accouchement comme « bon ou plutôt bon » et le groupe de patientes le jugeant comme « mauvais ou plutôt mauvais » n'a pas montré de différence significative.

En revanche, une différence significative s'est observée concernant la satisfaction de l'accueil et l'installation en Suites de Couches avec le vécu des premiers jours en tant que mère ($p=0,01$). En effet, 38,5% des patientes « peu ou pas satisfaites » de l'accueil et de l'installation dans ce service considèrent avoir « plutôt mal ou mal » vécu leurs premiers jours en tant que mère. Tandis que seul 9,8% des patientes satisfaites de l'accueil et de l'installation dans ce service expriment le même jugement quant au vécu de leurs premiers jours en tant que mère.

✓ *Respect de l'intimité en Salles de Naissances et en Suites de Couches (Tableau XVIII)*

Nous remarquons que le respect de l'intimité en Salles de Naissances a un impact significatif sur le vécu d'accouchement ou de césarienne ($p=0,02$). Effectivement, si cette intimité est jugée « peu ou pas respectée », plus de la moitié des patientes estiment avoir « plutôt mal ou mal » vécu leur accouchement ou césarienne (54,5%). Si cette intimité est jugée « respectée », 20,8% des patientes portent ce même jugement.

En revanche, le respect de l'intimité dans le service de Suites de Couches n'a eu pas d'influence significative sur le vécu des premiers jours en tant que mère ($p=0,24$).

✓ *Respect des souhaits exprimés (Tableaux XXIX et XXX)*

La comparaison de la satisfaction du respect des souhaits entre le groupe de patientes jugeant avoir « plutôt mal ou mal » vécu leur accouchement ou césarienne et celles jugeant avoir « plutôt bien ou bien » vécu ce moment montre une différence significative ($p < 0,001$). En effet, parmi les patientes « peu ou pas satisfaites » du respect de leurs souhaits, une très grande majorité considèrent avoir « mal ou plutôt mal » vécu leur accouchement ou césarienne (84,6%). Tandis que 11,8% des patientes satisfaites du respect de leurs souhaits qualifient leur vécu d'accouchement comme « plutôt mauvais ou mauvais ».

Le vécu global s'en trouve également significativement impacté ($p < 0,001$). 46,2% des patientes « peu ou pas satisfaites » du respect de leurs souhaits estiment avoir « plutôt mal ou mal » vécu leur parcours périnatal dans sa globalité. En revanche, elles ne sont que 7,8% à exprimer ce ressenti lorsqu'elles sont satisfaites du respect de leurs souhaits.

✓ *Vécu des actes effectués (Tableau XXXI)*

La comparaison du vécu des actes effectués entre le groupe de patientes ayant un « plutôt bon ou bon » vécu d'accouchement et le groupe de patientes ayant un « plutôt mauvais ou mauvais » vécu d'accouchement montre une différence significative ($p < 0,001$). En effet, trois quart des patientes considérant avoir « plutôt mal ou mal » vécu les actes effectués qualifient leur vécu d'accouchement ou de césarienne comme « plutôt mauvais ou mauvais » (75,0%). Parmi les patientes considérant avoir « plutôt bien ou bien » vécu les actes effectués, 19,6% avoir un « plutôt mauvais ou mauvais » vécu de leur accouchement ou césarienne.

✓ *Satisfaction de la prise en charge de la douleur (Tableaux XXXII à XXXIV)*

Parmi les patientes « peu ou pas satisfaites » de la prise en charge de la douleur, plus d'un tiers estiment avoir « plutôt mal ou mal » vécu leur accouchement ou leur césarienne (soit 37,5%). Tandis qu'elles sont moins d'un quart à exprimer ce sentiment lorsqu'elles se déclarent satisfaites de la prise en charge de la douleur (20,0%). Cependant, la comparaison concernant la satisfaction de la prise en charge entre le groupe de patientes ayant un « plutôt bon ou bon » vécu de leur accouchement ou césarienne et le groupe de patientes ayant un « plutôt mauvais ou mauvais » vécu ne montre pas une différence significative ($p = 0,12$).

La comparaison avec le vécu global ne démontre pas non plus de différence significative ($p = 0,37$). Nous observons néanmoins que la proportion de patientes déçues au sujet de leur

vécu global est plus importante lorsqu'elles sont « peu ou pas satisfaites » de la prise en charge de la douleur (20,8% vs 12,5%).

La comparaison de la satisfaction de la prise en charge en charge entre le groupe qualifiant le vécu des premiers jours en tant que mère comme « plutôt bon ou bon » et le groupe qualifiant ce vécu comme « plutôt mauvais ou mauvais » montre une différence significative ($p=0,02$). Plus d'un quart des patientes « peu ou pas satisfaites » de la prise en charge de la douleur considèrent avoir « plutôt mal ou mal » vécu leurs premiers jours en tant que mère (soit 29,2%).

✓ *Besoin de présence physique supplémentaire en Salles de Naissances*
(Tableaux XXXV et XXXVI)

La présence du soignant a un impact significatif sur le vécu d'accouchement ou de césarienne des patientes de notre étude ($p<0,001$). En effet, parmi les patientes désireuses d'une présence supplémentaire de la part des soignants, deux tiers estiment avoir « plutôt mal ou mal » vécu leur accouchement ou leur césarienne (soit 64,3%). Tandis que parmi les patientes jugeant la présence des soignants suffisante, 16,0% des patientes expriment le même sentiment quant à leur vécu.

Le vécu global est également significativement impacté par cette prise en charge de la douleur ($p=0,001$). La même tendance s'observe : 42,9% des patientes considèrent avoir « plutôt mal ou mal » vécu leur parcours périnatal lorsqu'elle aurait été une présence supplémentaire de la part des soignants contre 8,0% si elles estiment que cette présence a été suffisante.

✓ *Echange en Salles de Naissances et en Suites de Couches et besoin d'échange*
(Tableaux XXXVII et XXXVIII)

Il n'existe pas de différence significative concernant l'échange avec les soignants et le vécu d'accouchement ou de césarienne ($p=0,75$) ou sur le vécu des premiers jours en tant que mère ($p=0,96$) ainsi que sur le vécu global ($p=0,96$).

En revanche, la comparaison concernant le besoin d'échange avec les soignants entre le groupe de patientes ayant un « plutôt bon ou bon » vécu d'accouchement et le groupe de patientes ayant un « plutôt mauvais ou mauvais » vécu d'accouchement montre une différence significative ($p=0,002$). Effectivement, parmi les patientes souhaitant davantage échanger avec le soignant sur son vécu, 52,8% jugent avoir « plutôt mal ou mal » vécu leur accouchement ou

leur césarienne. Tandis que 15,6% des patientes considérant ne pas avoir besoin d'échanger avec un soignant jugent avoir « plutôt mal ou mal » vécu leur accouchement ou césarienne.

✓ *La liberté des mouvements et souhait proposition autre postures*

La liberté des mouvements n'a pas eu d'impact significatif sur le vécu d'accouchement des patientes interrogées ($p=0,85$). Le souhait de proposition d'autre positions n'est pas non plus présent au sein de la population ayant un « plutôt mauvais ou mauvais » vécu.

✓ *Adjectifs qualifiant l'accompagnement en Salles de Naissances et en Suites de Couches (Tableaux XXXIX)*

Concernant l'accompagnement en Salles de Naissances, nous remarquons que le nombre d'adjectifs positifs est significativement plus important lorsque le vécu d'accouchement ou césarienne est « plutôt bon ou bon » ($p<0,001$). En effet, 7,1% des adjectifs sont négatifs lorsque le vécu d'accouchement ou de césarienne est « plutôt bon ou bon » contre 61,5% lorsque ce vécu est « plutôt mauvais ou mauvais ».

La même tendance s'observe également concernant l'accompagnement en Suites de Couches et le vécu des premiers jours en tant que mère de manière significative ($p<0,001$). 96,2% des adjectifs sont négatifs lorsque le vécu des premiers jours en tant que mère est jugé par les patientes « plutôt mauvais ou mauvais » contre 25,0% si ce vécu est qualifié de « plutôt bon ou bon ».

✓ *Encadrement de l'alimentation (Tableaux XL et XLI)*

Tout d'abord, l'encadrement de la première alimentation du nouveau-né n'a pas eu d'influence significative sur le vécu d'accouchement ou de césarienne des patientes de notre étude ($p=0,62$).

Cependant, nous remarquons que les informations et l'aide apportées par les soignants en Suites de Couches a eu impact sur le vécu de l'alimentation de leur nouveau-né des patientes de manière significative ($p<0,001$). Effectivement, l'intégralité des patientes satisfaites de cet accompagnement considèrent avoir « plutôt bien ou bien » vécu l'alimentation de leur nouveau-né. A contrario, si les patientes estiment que cet accompagnement n'a pas été assez satisfaisant,

la totalité d'entre-elles estiment avoir « mal ou plutôt mal » vécu l'alimentation de leur nouveau-né.

La comparaison concernant la satisfaction des informations et de l'aide apportées par les soignants pour l'alimentation de leur nouveau-né entre le groupe de patientes ayant un « plutôt bon ou bon » vécu des premiers jours en tant que mère et le groupe ayant un « plutôt mauvais ou mauvais » vécu montre une différence significative ($p < 0,001$). Parmi les patientes « peu ou pas satisfaites » de cet accompagnement, la moitié considèrent avoir « plutôt mal ou mal » vécu leurs premiers jours en tant que mère (54,5%). Tandis que 7,5% des patientes satisfaites de cet accompagnement portent le même jugement quand à ce vécu.

Ces informations et cette aide concernant l'alimentation de leur nouveau-né ont également eu un impact sur le vécu global des patientes de manière significative ($p < 0,001$). En effet, trois fois plus de patientes considèrent avoir « mal ou plutôt mal » vécu leur parcours périnatal global si cet accompagnement n'a pas été satisfaisant (36,4% vs 11,3%).

✓ *Attention portée à l'état physique et psychologique en Suites de Couches*
(Tableaux XLII et XLIII)

La comparaison concernant la satisfaction de l'attention portée à l'état physique entre le groupe de patientes ayant un « plutôt bon ou bon » vécu des premiers jours en tant que mère et le groupe ayant un « plutôt mauvais ou mauvais » vécu montre une différence significative ($p = 0,001$). Parmi les patientes déclarant être « peu ou pas satisfaites » de l'attention portée par les soignants sur leur état physique, plus de la moitié estiment avoir « plutôt mal ou mal » vécu leurs premiers jours en tant que mère. 10,5% expriment ce même ressenti quant à leur vécu des premiers jours en tant que mère lorsqu'elles sont satisfaites de cet accompagnement.

On observe également significativement que la satisfaction de l'attention portée à l'état psychologique a eu une influence sur le vécu des premiers jours en tant que mère auprès des patientes de notre étude ($p = 0,002$). Effectivement, une très grande majorité des patientes satisfaites de cet accompagnement estiment avoir « bien ou plutôt bien » leurs premiers jours en tant que mère (95,1%) contre 65,5% si elles s'estiment « peu ou pas satisfaites » de cet accompagnement.

2.3.2.3 Place accordée à l'accompagnant

Nous constatons une différence significative entre le groupe de patientes ayant un « plutôt bon ou bon » vécu de l'accouchement ou de la césarienne et le groupe ayant un « plutôt mauvais ou mauvais » vécu concernant la place accordée à l'accompagnant ($p=0,03$). Parmi les patientes considérant que la place accordée à l'accompagnant a été adaptée, 19,1% d'entre-elles considèrent avoir « plutôt mal ou mal » vécu leur accouchement ou leur césarienne. Tandis qu'elles sont 47,1% à juger ce vécu détérioré si elles estiment que la place accordée à l'accompagnant n'a pas été adaptée (**Tableau XLIV**).

De plus, nous remarquons que la place accordée à l'accompagnant influe sur le besoin de présence supplémentaire de la part des soignants de manière significative ($p=0,03$). En effet, 41,2% des patientes considérant que la place accordée à l'accompagnant n'a pas été suffisamment adaptée auraient souhaité une présence supplémentaire de l'équipe soignante. Alors qu'elles ne sont que 14,9% à exprimer ce besoin lorsque la place de l'accompagnant a été jugé comme adaptée (**Tableau XLV**).

3 ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION

3.1 L'étude menée

3.1.1 Points forts de l'étude

Il s'agit d'une étude originale et engagée. Originale car bien que des études aient abordé le vécu des femmes, l'interrogation des patientes sur l'accompagnement apporté par les soignants est une première au CHU de Nice. Engagée puisqu'elle prône le respect des droits individuels des femmes et de leur intégrité corporelle.

De plus, l'objet de cette étude représente une requête de la part des différentes instances nationales afin d'évaluer la satisfaction des femmes [3] [12] [42] [80].

Les entretiens ont été menés par une seule personne ce qui a permis de diminuer les biais interpersonnels. De nombreuses questions laissaient une place à la libre parole des patientes.

L'angle « non-médical » de la problématique a provoqué un fort enthousiasme auprès d'une grande partie des patientes interrogées. De plus, elles sont nombreuses à avoir exprimé des

suggestions quant aux améliorations possibles concernant ce sujet. L'aspect qualitatif nous permet d'obtenir un certain relief et de représenter le côté humain du vécu des femmes. En effet, les témoignages poignants de certaines femmes viennent renforcer l'intérêt de notre étude. Enfin, les patientes interrogées sont d'âge, d'origine démographique, de niveau d'études et de statut familial différents. Elles sont également de parité et de types d'accouchements diversifiés ce qui a permis d'obtenir un échantillon varié afin de représenter au mieux toutes les femmes.

3.1.2 Points à améliorer de l'étude

L'étude est monocentrique, réalisée uniquement au CHU de Nice. Nous avons choisi cet établissement car il s'agit de la plus importante maternité du département et l'unique de niveau III. L'Archet II étant une maternité dite publique, elle permet une hétérogénéité de la population étudiée.

Nous avons également préféré éviter les biais en lien à des organisations multiples de services différents dans d'autres maternités.

Le fait d'avoir entretenu des patientes au deuxième jour de leur post-partum n'a pas permis d'évaluer leur satisfaction quant aux conseils de sortie apportés par les professionnels de santé. Or, selon la DREES, 15 à 35% des patientes se déclarent « plutôt pas ou pas du tout satisfaites » de leur préparation à la sortie de la maternité. Cette insatisfaction est particulièrement accentuée en ce qui concerne la préparation aux éventuels troubles pouvant se dérouler dans le post-partum [31].

De plus, les patientes ne maîtrisant pas la langue française étaient exclues de notre étude. Un biais s'est donc mis en place étant donné que les violences obstétricales peuvent d'autant plus se mettre en place lorsqu'une barrière de la langue est installée. En effet, les patientes peuvent ressentir une forme d'isolement dû au manque de communication avec les professionnels de santé. Cette ignorance peut alors engendrer une certaine peur et parfois même des défaillances dans leur prise en charge.

Les patientes dont le nouveau-né était hospitalisé dans le service de Réanimation-Néonatalogie ou lorsqu'il était décédé furent également exclues puisque leur inclusion aurait représenté trop de biais. Néanmoins, la difficulté ajoutée à la séparation mère-enfant ou à la mort représentent un contexte particulier où l'accompagnement des soignants s'avère primordial.

De plus, l'avis de chaque patiente concernant son vécu reste subjectif : chaque personne peut avoir un vécu complètement différent d'un acte par rapport à une autre personne.

Le temps imparti ainsi que les moyens de l'étude ont pu seulement donner lieu à un recrutement de 64 patientes représentant un faible effectif, peu satisfaisant pour parfois répondre à des critères de puissance statistique.

La taille restreinte de l'échantillon ne permet pas des tests de comparaison avec la population générale. Cependant, on constate certaines ressemblances avec celle-ci.

3.1.3 Caractéristiques générales et obstétricales de la population

D'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), la moyenne d'âge des femmes à l'accouchement est de 30,6 ans en 2018. La moyenne d'âge des femmes de notre échantillon est de 29,7 ans. Un tiers des femmes de notre échantillon a entre 30 et 34 ans au moment de l'accouchement, tout comme l'enquête nationale périnatale de 2016.

Toujours d'après cette enquête, près de 55% des femmes enceintes ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat. Dans notre étude, elles représentent 59,4%. Pour 23,4% de notre échantillon, le début de travail a été déclenché ; 22,6% pour l'enquête nationale périnatale.

Les césariennes programmées représentent 9,4% de notre échantillon, elles sont 9,3% pour l'enquête précédemment citée. Notre échantillon se compose de 18,8% de césariennes. Quant à l'enquête nationale périnatale, 20,2% des naissances ont eu lieu par césarienne.

D'après l'enquête nationale périnatale, les voies basses instrumentales ont eu lieu dans 12,1% des cas. Notre échantillon comprend 14,1% de naissances par voie basse instrumentale.

Dans notre étude, 81% des femmes ont bénéficié d'une analgésie par péridurale ; 78,1% au cours de l'enquête nationale périnatale.

Au sein de notre échantillon, 21,9% des femmes ne voulaient pas d'analgésie pour leur accouchement ; 14,6% pour l'enquête nationale périnatale [9].

3.1.4 Réponses aux hypothèses de travail

❖ Les violences obstétricales

Des violences verbales se sont observées au cours de notre étude auprès de certaines patientes : jugements sur le poids, sur la religion, sur les antécédents médicaux, dénigrement et humiliations. Neuf patientes de notre étude déplorent avoir subi ce type de violence au cours de leur parcours périnatal (soit 14,1%). Ce type de violence s'inscrit dans les violences obstétricales d'après le CIANE, la HCE et l'OMS [3] [20] [36]. Notre étude a mis en lumière que ces violences ont un impact sur le vécu des femmes de manière significative. Si elles ont subi une violence verbale de la part des soignants, 66,7% d'entre-elles estiment avoir « plutôt mal ou mal » vécu leur accouchement ou césarienne (contre 20,0% si elles ne dénoncent pas ce type de violence). Leur vécu global s'en trouve également fortement impacté puisque 77,8% des femmes ayant subies une violence verbale jugent ce vécu détérioré (contre seulement 5,5% si cette défaillance n'a pas été relevé).

Ensuite, nous avons analysé dans la première partie de notre travail que la non prise en compte de la gêne de la patiente ainsi que le non respect de l'intimité et de la pudeur représentait une violence obstétricale. Or, ce type de violence s'est également constaté au cours de notre étude. En effet, 17,2% des patientes estiment que leur intimité n'a pas été ou peu respectée en Salles de Naissances. Ces dernières révèlent des témoignages poignants sur leur ressenti à ce sujet, s'éloignant beaucoup de la bienveillance attendue. Notre étude a également mis en évidence que le respect de l'intimité dans le service de Salles de Naissances avait un impact sur le vécu d'accouchement ou de césarienne des patientes. En effet, il apparaît que les femmes ont un meilleur vécu de leur accouchement ou de leur césarienne si leur intimité a été respectée dans ce service (20,8% vs 54,5%).

Nous avons vu dans la première partie de notre travail que l'implication dans la stratégie de soins influe sur la satisfaction des patientes. Or, notre étude a mis en évidence une insatisfaction des patientes interrogées au sujet des informations, des explications et de la recherche du consentement (15,6%). Ces informations étaient particulièrement défaillantes lorsque certains gestes ont été effectués : une épisiotomie, une extraction instrumentale, un déclenchement ou une césarienne. Effectivement, deux patientes sur trois ayant bénéficié d'une épisiotomie déplorent un manque d'informations, d'explications et de recherche de consentement (soit 66,7%). Presque la moitié des patientes ayant bénéficié d'une césarienne se déclarent « peu ou

pas satisfaites » des informations concernant le déroulement de l'opération. Les informations et les explications ont été jugées « peu ou pas satisfaisantes » concernant l'extraction instrumentale et le déclenchement pour un tiers des patientes concernées. Les résultats publiés par la DRESS reflètent également les réserves exprimées par les patientes concernant les explications reçues par les soignants : 70% des patientes ont considéré que les informations délivrées par les soignants durant le travail et l'accouchement étaient suffisantes et claires. Cette enquête révèle également que cette satisfaction concernant les informations fluctue si une épisiotomie ou une césarienne a été réalisée. En effet, si une épisiotomie a été effectuée, presque une femme sur deux a déploré un manque ou l'absence totale d'explications. Une femme sur dix estimait que les informations concernant la césarienne étaient insuffisantes et une sur vingt inexistante. Ces chiffres soulignent le constat préoccupant suivant que certaines femmes dans le secteur de la naissance ne sont suffisamment informées et que certaines incompréhensions peuvent légitimement s'installer. Or, notre analyse de la littérature décrit que ce manque d'information ainsi que la persistance d'incompréhensions peuvent être associés à long terme à des séquelles psychologiques dramatiques tels que parfois un état de stress post-traumatique. Le CIANE, la HCE et l'OMS s'accordent donc pour définir l'absence d'information et de recherche du consentement comme une violence obstétricale [3] [20] [36]. Les droits à l'information et au consentement éclairé représentent également des composants de la loi énoncée dans l'article 11 de la loi Kouchner du 4 mars 2002 du Code de la Santé Publique [38] [39]. De surcroît, notre étude a mis en lumière l'impact de ce manque d'informations sur le vécu des patientes : le vécu des actes effectués, le vécu d'accouchement ou de césarienne, le vécu des premiers jours en tant que mère ainsi que le vécu global s'en trouvent significativement détériorés si les informations sont jugées insuffisantes par les patientes. D'après Goodall, McVittie et Magill, la liberté des choix, la délivrance des informations et l'implication dans les décisions sont significativement protecteurs à l'encontre d'un accouchement traumatique [70].

Nous avons pu observer que parmi les patientes ayant bénéficié d'un accouchement par voie basse, 17,3% ont subi une expression abdominale. Les chiffres obtenus lors de l'enquête menée par le CIANE démontraient que 22,0% (+/- 3,5%) des femmes ayant accouché par voie basse avaient subi cet acte en 2013 [58]. Or, cette pratique n'est plus recommandée par la HAS [10]. L'expression abdominale est considérée une violence obstétricale puisqu'elle représente une pratique qui n'est plus recommandée et qui engendre de nombreuses séquelles physiques et psychologiques sur les femmes. Cependant, notre étude n'a pas montré d'influence significative sur le vécu des patientes interrogées.

Enfin, le CIANE et l’OMS inscrivent le déni de la douleur exprimée et la mauvaise prise en charge de la douleur comme une violence obstétricale [20] [36]. Or, un tiers des patientes interrogées se trouvent « peu ou pas satisfaites » de leur prise en charge de la douleur lorsqu’une voie basse a été tentée ou lorsqu’une césarienne en urgence a été réalisée. L’enquête nationale périnatale précise l’importance d’améliorer le confort des femmes pendant le travail vis à vis du taux élevé d’insatisfaction des méthodes reçues pour gérer la douleur et les contractions (12%) [9]. Le manque de considération de la douleur apparaît également à de nombreuses reprises à travers notre étude. Or, ces résultats s’avèrent préoccupants étant donné que cette insatisfaction peut engendrer un état de stress post-traumatique auprès de certaines patientes [57]. Contrairement à l’étude menée par Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al., l’absence de péridurale au cours de l’accouchement n’a pas montré de différence sur la satisfaction de la prise en charge de la douleur auprès des patientes interrogées [56]. De surcroît, notre étude a révélé que parmi les patientes « peu ou pas satisfaites » de leur prise en charge de leur douleur, la moitié considèrent ne pas s’être suffisamment senties écoutées, entendues et comprises (contre 12,5% si elles sont satisfaites de leur prise en charge de la douleur). Nous pouvons donc déduire que cette insatisfaction peut s’expliquer par un manque de communication entre la patiente et le soignant. En effet, les études ont permis de montrer que l’accompagnement des soignants avait un impact sur la gestion de la douleur [56]. Notre étude a également mis en évidence que la satisfaction de la prise en charge de la douleur des patientes avait un impact positif sur le vécu d’accouchement ou de césarienne ainsi sur le vécu des premiers jours en tant que mère des patientes interrogées. Ces résultats s’alignent avec les différentes études de notre revue de la littérature affirmant qu’une mauvaise gestion de la douleur pouvait significativement détériorer le vécu d’accouchement des femmes [11, 53, 54, 55].

L’hypothèse « Les violences obstétricales sont une réalité au CHU de Nice et ont un impact sur le vécu des femmes. » est donc confirmée par l’étude.

❖ Le respect des souhaits des patientes

Tout d’abord, notre étude met en lumière que les femmes ont des souhaits et qu’elles n’hésitent pas les exprimer (41,6%). Cependant, ces souhaits ne sont pas toujours respectés puisque 23,7% des patientes déplorent un manque de respect de ces souhaits. En 2012, parmi les patients ayant répondu au questionnaire du CIANE, 54% des femmes exprimaient des

souhaits ou des demandes pour leur accouchement. Parmi celles-ci, 37% estimaient que leurs souhaits n'ont pas été suffisamment respectés. D'après l'étude menée par le CIANE, un tiers des femmes dont les souhaits n'ont été que partiellement respectés par les soignants ont « plutôt mal ou mal » vécu leur accouchement. Or, nous avons également démontré que le respect de ces souhaits a eu une influence sur le vécu d'accouchement et sur le vécu global des patientes de notre étude. Effectivement, si ces souhaits n'ont pas été respectés, 84,6% des patientes estiment avoir un vécu d'accouchement ou de césarienne détérioré contre 11,8% si leurs souhaits ont été respectés. Lorsque leurs souhaits ont été respectés, 7,8% considèrent avoir un vécu de leur parcours périnatal global altéré contre 46,2% si ces souhaits n'ont pas été respectés. D'après Green JM, Baston HA., lorsque les femmes ressentent une absence de contrôle au cours de leur accouchement, leur vécu s'en trouve fortement détérioré [68].

L'hypothèse « Le respect des souhaits influe sur le vécu des femmes dans le secteur de naissance. » est donc confirmée par l'étude.

❖ L'accompagnement des soignants

Plusieurs critères ont été évalués au cours de cette étude pour apprécier la qualité de l'accompagnement apporté par les professionnels de santé. Au delà de notre hypothèse, nous avons pu constater que de nombreux liens existaient entre chacun des ces critères. De plus, de nombreuses études s'accordent sur le fait que l'accompagnement apporté par les professionnels de santé a un impact sur le vécu des patientes dans le secteur de naissance [56] [68].

✓ *Le sentiment d'écoute, d'entente et de compréhension*

Tout d'abord, nous avons constaté qu'un quart des patientes de notre échantillon ne s'était pas suffisamment senties écoutées, entendues et comprises. L'enquête menée par la CIANE observé que 17% des femmes se disaient « plutôt pas ou pas du tout satisfaites » du soutien de la part des soignants. Or, notre étude a démontré que les patientes se sentant écoutées, entendues et comprises ont un meilleur vécu d'accouchement par rapport à celles n'ayant pas bénéficié de cet accompagnement (14,6% vs 62,5%).

De plus, nous avons constaté que lorsque les patientes ne se sont pas senties écoutées, entendues et comprises, une grande majorité n'avait pas eu l'occasion de discuter avec un

soignant de leur vécu, que ce soit en Salles de Naissances ou en Suites de Couches. Pour la moitié d'entre elles, une présence physique supplémentaire des soignants aurait également été souhaitée. Ainsi, en plus d'avoir un impact sur le vécu d'accouchement, nous pouvons déduire que ce sentiment est également en lien avec l'échange réalisé auprès des professionnels ainsi que de leur présence physique. En effet, les patientes se sentent mieux écoutées, entendues et comprises si un échange a eu lieu avec les professionnels et si leur présence a été suffisante aux yeux des femmes.

✓ *Le besoin des patientes de présence physique supplémentaire*

Presque un quart des patientes interrogées auraient souhaité une présence physique de l'équipe soignante plus importante (21,8%). Ce besoin est d'autant plus prononcé lorsque les patientes ne se sont pas suffisamment écoutées, entendues et comprises : 80,0% des patientes désireuses d'une présence physique supplémentaire du soignant expriment ce sentiment. Nous pouvons donc déduire qu'il existe une corrélation entre la présence des soignants et le sentiment de soutien.

L'étude menée nous a permis de constater que deux tiers des patientes exprimant le besoin d'une présence physique supplémentaire des soignants qualifient leur vécu d'accouchement comme mauvais ou plutôt mauvais. De plus, parmi les patientes désireuses d'une présence supplémentaire de la part des professionnels, presque la moitié jugent leur vécu global comme mauvais ou plutôt mauvais (43%). Tandis que seulement 8% des patientes estimant la présence des soignants suffisante éprouvent le même sentiment. Or, d'après Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C et Weston J, une présence la plus continue possible auprès des patientes pourrait améliorer les processus physiologiques se déroulant pendant le travail ainsi que le sentiment de contrôle et la confiance des patientes en leurs capacités [56].

✓ *Le besoin d'échange des patientes avec les soignants*

En premier lieu, nous avons observé que seulement 41% des patientes interrogées avaient pu échanger sur leur vécu avec un soignant dans le post-partum (32,8% en Salles de Naissances et 15,6% en Suites de Couches). Or, d'après R.J Boorman et al., permettre à la patiente d'échanger sur le vécu de son accouchement est primordial afin de détecter les premiers signes de troubles psychologiques ainsi que d'apporter un accompagnement émotionnel et rassurant

[71]. Ainsi, Gamble propose une démarche d'écoute et de discussion entre la patiente et le soignant durant son hospitalisation en Suites de Couches afin de limiter ces troubles [63].

Notre étude a mis en évidence que le vécu d'accouchement est altéré lorsque les patientes ont exprimé le besoin d'échange avec l'équipe soignante. En effet, lorsque les patientes sont demandeuses d'échange, 52,6% considèrent avoir « plutôt mal ou mal » vécu leur accouchement contre 15,6% si elles n'expriment pas ce besoin.

De surcroît, plus d'un quart des patientes auraient voulu davantage échanger avec le personnel soignant (soit 29,7%). Nous avons constaté une corrélation importante entre l'existence d'échange et le besoin d'échange : 78,9% des patientes demandeuses d'échange n'avaient pas eu l'occasion d'échanger avec un soignant. A travers son étude, Gamble démontre que 90% des primipares souhaiteraient avoir la possibilité d'échanger avec une sage-femme dans le post-partum [63].

✓ *L'attention portée par les soignants sur l'état physique et psychologique des patientes en Suites de Couches*

Notre étude a mis en lumière que plus d'un tiers des patientes se disent « peu ou pas du tout satisfaites » de l'attention portée par les soignants sur l'état psychologique (36,0%), dont 26,6% se déclarent « pas du tout satisfaites ». Or, la naissance d'un enfant peut être source de nombreux troubles émotionnels et psychiques pour la femme [41]. S'intéresser à l'état psychologique des femmes après leur accouchement s'avère donc fondamental afin de leur permettre d'identifier leurs incompréhensions et d'extérioriser leurs angoisses, sans peur d'être jugée. Certains entretiens ont pu nous faire évoquer un état de stress post-traumatique amplifiant l'importance du dialogue entre le soignant et le patient afin de détecter ces premiers signes. Par ailleurs, 10,9% des patientes considèrent que l'attention portée à leur état physique a été insuffisante.

Nous avons également démontré qu'il existe une corrélation entre l'attention portée à l'état physique et psychologique et le vécu des premiers jours en tant que mère. En effet, lorsque les patientes n'ont pas été complètement satisfaites de l'attention portée à leur état psychologique, 34,8% considèrent avoir « plutôt mal ou mal » vécu leurs premiers jours en tant que mère (contre 4,9%). Concernant l'état physique, 57,1% des patientes « peu ou pas satisfaites » de l'attention portée par les soignants à ce sujet estiment avoir « plutôt mal ou mal » vécu leurs premiers jours en tant que mère.

En ce qui concerne l'état physique, lorsque les patientes considèrent que l'attention portée par les professionnels à ce sujet est satisfaisante, une très grande majorité qualifient leur vécu des premiers jours en tant que mère comme « bon ou plutôt bon » (89%). Elles sont alors moitié moins nombreuses lorsqu'elles sont « peu ou pas satisfaites » de l'attention portée par les professionnels (43%).

✓ *L'encadrement de l'alimentation du nouveau-né en Suites de Couches*

Tout d'abord, l'étude nous permet clairement d'affirmer que les informations et l'aide apportées par les soignants ont un impact sur le vécu des patientes concernant l'alimentation de leur nouveau-né. En effet, l'intégralité des patientes « peu ou pas du tout satisfaites » de leur encadrement à ce sujet qualifient leur vécu de l'alimentation de leur nouveau-né comme « mauvais ou plutôt mauvais ».

Ensuite, plus de la moitié des patientes « peu ou pas du tout satisfaites » de leur encadrement concernant l'alimentation de leur nouveau-né estiment avoir « mal ou plutôt mal » vécu leurs premiers jours en tant que mère contre une minorité lorsque l'encadrement leur a paru satisfaisant (54,5% vs 7,5%). Leur vécu global est également négativement impacté par cet encadrement jugé insatisfaisant puisque qu'elles sont trois fois plus à qualifier ce vécu comme « mauvais ou plutôt mauvais » (36,4% vs 11,3%).

L'hypothèse « Il existe une corrélation entre l'accompagnement des soignants et le vécu des femmes dans le secteur de naissance. » est donc confirmée par l'étude.

❖ La place de l'accompagnant

Les patientes de notre étude étaient quasiment unanimes quant à leur souhait qu'un accompagnant soit présent à leur côté en Salles de Naissances. L'enquête menée par le CIANE a également démontré que 99% des femmes ayant bénéficié d'un accouchement par voie basse désiraient que le père soit présent. Cependant, nous avons démontré à travers notre étude que la place accordée à ce dernier n'est pas toujours adaptée.

Tout d'abord, un quart des patientes de notre étude considèrent que la place accordée à l'accompagnant n'a pas été suffisamment adaptée. Or, d'après A. Kopff-Landas et al., le bien-être de la patiente est fortement impacté par la présence du père [72] [73].

Notre étude a mis en évidence le lien entre la place accordée à l'accompagnant et le vécu d'accouchement ou de césarienne. Lorsque les patientes estiment que la place accordée à l'accompagnant n'a pas été suffisamment adaptée, leur vécu d'accouchement s'en trouve détérioré.

De plus, nous avons constaté que la proportion de patientes désireuses d'une présence supplémentaire de la part des soignants est plus importante lorsque ces dernières considèrent que la place accordée à leur accompagnant a été « peu ou pas du tout adaptée ».

L'hypothèse « La place accordée à l'accompagnant en Salles de Naissances influe sur le vécu d'accouchement. » est donc confirmée par l'étude.

❖ La bientraitance

Comme nous avons pu le remarquer auparavant, les femmes se sont montrées nombreuses à réagir à la question « *Selon vous, que pourrait améliorer l'équipe soignante dans sa prise en charge auprès des femmes ?* ».

En effet, les femmes réclament davantage d'informations et d'explications concernant leur prise en charge. Elles souhaiteraient également que les soignants puissent être plus présents et qu'ils soient davantage à leur écoute. La nécessité d'accentuer la place accordée à l'accompagnant s'est également faite ressentir. Les patientes désirent une continuité dans les soins, une personnalisation de leur prise en charge ainsi qu'une attention plus importante accordée au côté psychologique. Pour finir, on a pu noter qu'elles aimeraient moins de nuisances sonores.

Or, nous nous apercevons alors que le principal fil conducteur de ces doléances s'apparente à un désir de bientraitance de la part des professionnels de santé entourant la naissance de leur nouveau-né [10]. Pour assurer cette bientraitance, la HAS recommande aux soignants de délivrer des informations « *clairement exposées, discutées afin d'aider les femmes à faire un choix éclairé* », « *d'encourager les femmes à exprimer leurs besoins et leurs envies* » et de s'efforcer à faire en sorte que « *toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu,*

individuel et personnalisé adapté à leurs demandes, au cours du travail et de l'accouchement ». Les femmes sont donc précisément à la recherche de cette bienveillance pour une meilleure prise en charge.

L'hypothèse « Enfin, une bienveillance dans l'accompagnement aide les patientes à mieux vivre leur péri-partum. » est donc confirmée par l'étude.

3.2 Propositions et axes d'amélioration

Suite aux récentes polémiques, différentes instances et associations se sont engagées à proposer des suggestions afin d'améliorer la satisfaction des femmes concernant leur vécu d'accouchement. De ce fait, nous nous sommes inspirés de ces propositions afin de mieux répondre aux besoins des patientes.

3.2.1 L'information, un besoin crucial des patientes

A travers notre étude, de nombreuses femmes ont exprimé un manque d'information de la part des professionnels de santé. Plus qu'un besoin, l'information demeure un droit dont chaque patiente devrait bénéficier d'après la loi Kouchner [74]. De plus, les différentes instances s'accordent sur la nécessité de délivrer aux femmes des informations claires, compréhensibles et adaptées à chaque patiente.

Tout d'abord, il pourrait être envisagé de diffuser des feuilles d'informations dédiées aux diverses étapes importantes du parcours périnatal des patientes : la grossesse, de l'accouchement, le séjour en maternité et le retour à domicile. Différentes associations d'usagers ainsi que certaines instances en proposent [75] [76] [77] [78] [79].

L'académie de médecine, la HAS et le HCE proposent de promouvoir la réalisation de l'entretien prénatal précoce ainsi que le projet de naissance auprès des soignants et des patients en démontrant les intérêts et les bénéfices qu'ils représentent [3] [10] [80]. Ils permettraient de mieux répondre aux attentes des femmes ainsi que de mieux délivrer les informations nécessaires à un vécu plus serein. De plus, l'élaboration de documents d'informations au sujet des pratiques obstétricales courantes est proposée par cette instance.

Au vu des doléances des patientes interrogées au cours de notre étude, nous proposons également de promouvoir la réalisation d'un entretien prénatal précoce et d'un projet de naissance. Au cours de cet entretien, il serait intéressant de délivrer aux femmes certaines informations primordiales : l'explication de l'organisation de la maternité et des limites que celle-ci impose, les pratiques obstétricales couramment effectuées au sein de la maternité, les diverses situations d'urgences possibles, les différentes méthodes d'analgésie possibles. Le projet de naissance permettrait d'énumérer les attentes et les souhaits des femmes pour leur accouchement. L'élaboration de ce projet devra être alors adaptée aux réalités que la maternité du CHU de Nice impose.

Si cet entretien n'a pas été proposé ou n'a pas pu être réalisé, il paraît tout de même important d'apporter aux femmes les informations nécessaires.

Dans un deuxième temps, nous pourrions alors envisager la création d'une plateforme accessible aux femmes. Nous avons remarqué que le site du CHU de l'Archet propose un nombre d'informations restreint concernant le parcours périnatal, à l'inverse de certains autres CHU de niveau III en France. Or, de nos jours, l'usage d'internet occupe une place fondamentale dans la diffusion d'informations. En effet, dans le cadre des violences obstétricales, c'est Internet qui a permis la libération de la parole des femmes. La mise en place de cette plate-forme accessible aux couples permettrait d'impliquer celui-ci dans leur prise en charge. Cette plate-forme serait composée de différents onglets :

- ✓ Explication de l'organisation de chacun des services et des différents professionnels de santé auxquels la patiente peut être confrontée ;
- ✓ Les numéros de téléphone selon le service ou le soignant recherché ;
- ✓ Différentes associations à contacter selon les besoins de la patiente (CIANE, MamanBlues, Césarine, SOS Préma, Bien Naître etc) ;
- ✓ Différents types de consultations mises à disposition (entretien prénatal précoce, acupuncture, sophrologie, hypnose, violences faites aux femmes etc) ;
- ✓ Informations au sujet de la grossesse, de l'accouchement, le séjour en maternité et le retour à la maison ;
- ✓ Réponses aux questions récurrentes que se posent les femmes ;
- ✓ Promotion de la création d'un projet de naissance avec un projet type proposé aux patientes comme exemple accompagné d'explications quant aux limites de l'organisation du service ainsi que de certaines situations d'urgences pouvant entraver l'accomplissement de celui-ci [81] ;

- ✓ Accès à différents supports pour accompagner leur parcours périnatal : calendrier de grossesse, les trousseaux pour la maternité, calendrier de rendez-vous après l'accouchement ;
- ✓ Mise à disposition d'un questionnaire de satisfaction sur leur parcours périnatal.

Bien entendu, les diverses questions des patientes et ce projet de naissance devront être revus en consultation ou à l'arrivée en Salles de Naissances avec les professionnels de santé.

Un livret d'information de ce type est disponible sur le site de CHU de Bordeaux par exemple [82].

De plus, lorsqu'un projet de naissance a été réalisé, il serait intéressant d'organiser un temps de dialogue à l'arrivée des femmes en Salles de Naissances. En effet, cette discussion permettrait à la sage-femme de cibler les attentes actuelles du couple ainsi que d'expliquer les différentes limites pouvant se présenter. En plus de permettre de mieux appréhender les attentes des femmes, ce dialogue encourage la création d'un lien entre la patiente et le soignant. Cependant, ce temps accordé en premier lieu ne devrait pas dépendre de l'existence ou non d'un projet de naissance. En effet, nous pourrions encourager les soignants à accorder aux patientes un temps en début de prise en charge dédié à l'information et à la recherche de souhaits particuliers à l'égard de leur accouchement.

Enfin, les patientes sont nombreuses à avoir exprimé le désir d'instaurer un dialogue avec les soignants après l'accouchement, en Salles de Naissances ou en Suites de Couches. Il pourrait être intéressant d'envisager la possibilité de mettre en place un temps de dialogue afin d'expliquer les différentes interventions qui ont pu être réalisées. Ce temps semble notamment primordial lorsqu'un événement potentiellement traumatisant a pu se dérouler (extraction instrumentale, épisiotomie, délivrance artificielle, révision utérine, césarienne en urgence, réanimation néo-natale etc). En effet, l'académie de médecine recommande que les professionnels de santé ayant réalisé une extraction instrumentale ou une césarienne en urgence accordent un temps particulier d'explications et de conseils à ces patientes [80]. Même si ce dialogue paraît évident, de nombreuses femmes au sein de notre étude déplorent un manque à ce niveau.

Dans l'objectif de répondre aux dernières recommandations de la HAS, il pourrait être envisagé de mettre à disposition des professionnels de santé un support traçant la délivrance des informations et la recherche des consentements. [3] Ce support pourrait être intégré dans le dossier médical de chaque patiente et comprendrait les différentes informations et consentement que le parcours périnatal peut impliquer. Ce type de document aurait un double objectif.

Premièrement, il encourage les soignants à délivrer les différentes informations nécessaires aux patientes ainsi que la recherche du consentement. Deuxièmement, il permet d'avoir une trace écrite au sein du dossier médical.

Enfin, d'après l'enquête de la DREES, une insatisfaction a été mise en lumière concernant la préparation des femmes quant à leur sortie de maternité. De ce fait, il aurait été intéressant de mener une enquête auprès des patientes concernant leur satisfaction de leur préparation à la sortie de la maternité [31].

3.2.2 Prise en charge de la douleur : une meilleure approche pour un vécu plus serein

Au cours de notre étude, de nombreuses patientes ont déploré un mauvais vécu de leur prise en charge de la douleur. Or, d'après notre revue de la littérature, un mauvais vécu de la prise en charge de la douleur peut avoir des conséquences à très long terme sur la femme [11] [53] [54] [55]. Il s'avère donc primordial d'améliorer nos pratiques afin d'apporter aux femmes une prise en charge de qualité dans le secteur de naissance.

Toujours dans l'intérêt d'informer au mieux les patientes, il serait intéressant d'envisager la diffusion d'une feuille d'informations concernant l'analgésie et l'anesthésie adaptées à la pratique de l'obstétrique. Le Club Anesthésie Réanimation en Obstétrique (CARO) et la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) ont réalisé une feuille de ce type disponible en différentes langues qui permettrait aux patientes de mieux appréhender cet acte. [83] Une enquête EPIDOL menée par le CARO est actuellement en cours afin d'évaluer les pratiques actuelles en terme d'analgésie dans le secteur de naissance.

En effet, le CIANE considère que l'amélioration de la prise en charge de la douleur se base principalement sur une meilleure information quant aux risques et aux limites de ce type d'analgésie [84].

Afin d'apporter aux patientes une prise en charge de la douleur de qualité, il est intéressant de pouvoir proposer un panel varié d'alternatives non médicamenteuses. Le CHU de Nice propose déjà certaines alternatives non médicamenteuses à travers la préparation à la naissance telles que l'acupuncture, la sophrologie et l'hypnose. Il pourrait être intéressant d'étendre ces propositions au service de Salles de Naissances.

De surcroît, notre étude a mis en évidence que la prise en charge de la douleur est fortement en lien avec l'accompagnement apporté par les soignants. Cette prise en charge ne dépend donc pas systématiquement du type d'analgésie utilisé mais plutôt de l'accompagnement apporté, ce qui s'accorde avec notre revue de la littérature [56].

3.2.3 L'importance capitale de l'écoute des femmes enceintes et de leur entourage

Si notre étude a permis de révéler l'existence d'un besoin fondamental d'écoute et d'échange au sein de la relation soignant-soigné, il apparaît alors souhaitable d'accentuer la mise en place d'outils afin que l'accouchement demeure un événement réussi et heureux. Or, notre revue de la littérature nous a permis de démontrer que le soutien continu des soignants à l'égard des femmes avait de nombreux impacts positifs tel qu'améliorer leur vécu [56]. Ce besoin de soutien reprend l'idée d'encourager le dialogue entre les professionnels de santé et les couples. Nous pouvons ajouter le fait qu'il paraît important d'apporter aux patientes des explications lorsqu'une entorse à leur projet se présente. Au cours de notre étude, certaines patientes regrettent un manque de présence physique de la part des soignants. A l'heure d'actuelle, les moyens humains ne permettent malheureusement pas un accompagnement individuel de chaque patiente comme le recommande la HAS [10]. Cette réflexion dépasse le cadre de ce mémoire mais représente un axe d'amélioration évoqué par de nombreuses instances s'étant intéressées au sujet [3] [80].

Les patientes ont également exprimé l'envie que le versant psychologique soit davantage traité en Suites de Couches. Tout d'abord, réinstaurer une atmosphère sereine basée sur le dialogue et la communication s'avère primordial. Il serait intéressant de sensibiliser les soignants sur l'importance de l'intérêt porté au vécu des femmes quant à leur accouchement. Cela permettrait de cibler les premiers symptômes décelables si un traumatisme semble s'installer. Ce temps pourrait également simplement servir à répondre à différentes interrogations à l'égard de leur accouchement. Or, même si la patiente ne souhaite pas en discuter sur le moment, le fait que le soignant y porte de l'intérêt signale à la patiente qu'il est présent si le besoin se fait sentir. De plus, nous pourrions mettre à la disposition des patientes des flyers concernant les différentes pathologies du post-partum si des facteurs de risques se présentent [85]. Cette initiative indiquerait aux patientes les différentes associations existantes pour les accompagner. La présence d'une psychologue a été demandée par deux patientes au cours de notre étude. Au vu des répercussions psychologiques qu'un accouchement peut engendrer, il paraîtrait intéressant

que les femmes puissent bénéficier d'une aide psychologique adaptée et de qualité si elles le souhaitent. De surcroît, l'harmonisation des discours semble être nécessaire afin d'apporter aux patientes une meilleure qualité de leur prise en charge. Au moment de notre étude et des entretiens menés auprès des patientes, il n'y avait pas de psychologue présente dans le service de Suites de Couches. Depuis le mois de février 2019, une psychologue a rejoint l'équipe soignante dans le service.

Ensuite, l'IRSAF préconise de considérer le couple dans sa globalité lors de notre prise en charge afin de former un trio [42]. D'après notre étude, inclure le père dans notre prise en charge permet à la femme d'avoir un meilleur vécu de son accouchement. Nous avons remarqué que certaines patientes ont regretté l'absence du père lors de la pose de l'analgésie péridurale sans réelle explication à ce refus. Elles émettent majoritairement l'idée que le père reste à leur côté lors de cet acte ou, si ce n'est pas possible, qu'un soignant puisse être présent. Ainsi, promouvoir la présence constante de l'accompagnant permettrait de « libérer » les soignants et de ne pas laisser la femme seule. Leur vécu s'en verrait également amélioré de manière importante. Prendre en charge le couple dans son intégrité comprend également établir un lien avec le père, lui apporter les explications et l'attention nécessaire afin qu'il se sente le plus à l'aise possible.

La présence du père au bloc opératoire lors d'une césarienne représente également une requête des femmes. Dans un deuxième temps, l'éventualité de la création d'un projet de service permettant la présence d'un accompagnant lors d'une césarienne programmée pourrait être envisagée. Evidemment, l'accord des différents intervenants au cours de l'opération devra être obtenu afin de mener à bien ce projet. Une évaluation de la satisfaction des professionnels de santé et des femmes serait mise en place afin de juger de la faisabilité de projet ainsi que des bénéfices et des risques. Si cette étude s'avère fructueuse, elle pourrait alors aboutir à un protocole de service novateur et promesse d'un accompagnement de meilleure qualité.

3.2.4 La bientraitance en milieu hospitalier : un gage de qualité

Les différentes instances s'accordent sur la nécessité d'un accompagnement réalisé par des professionnels bienveillants où la bientraitance se doit omniprésente [3] [10] [80] [86].

Tout d'abord, l'OMS admet : « *« une expérience positive de l'accouchement » comme finalité importante pour toutes les femmes ayant eu un accouchement [...] qui remplit ou dépasse les attentes et croyances sociales, culturelles et personnelles existantes d'une femme, ce qui inclut*

l'accouchement d'un enfant en bonne santé dans un environnement clinique et psychologique sûr avec le soutien pratique et émotionnel continu d'un ou de plusieurs compagnons d'accouchement et de personnel clinique bienveillant et compétent sur le plan technique » [86].

A travers ces recommandations, l'OMS aborde à de nombreuses reprises l'importance de la bientraitance dans l'accompagnement de l'équipe soignante. En effet, cette instance recommande : des soins maternels respectueux, une communication efficace, la présence d'un accompagnant pendant l'accouchement et la naissance.

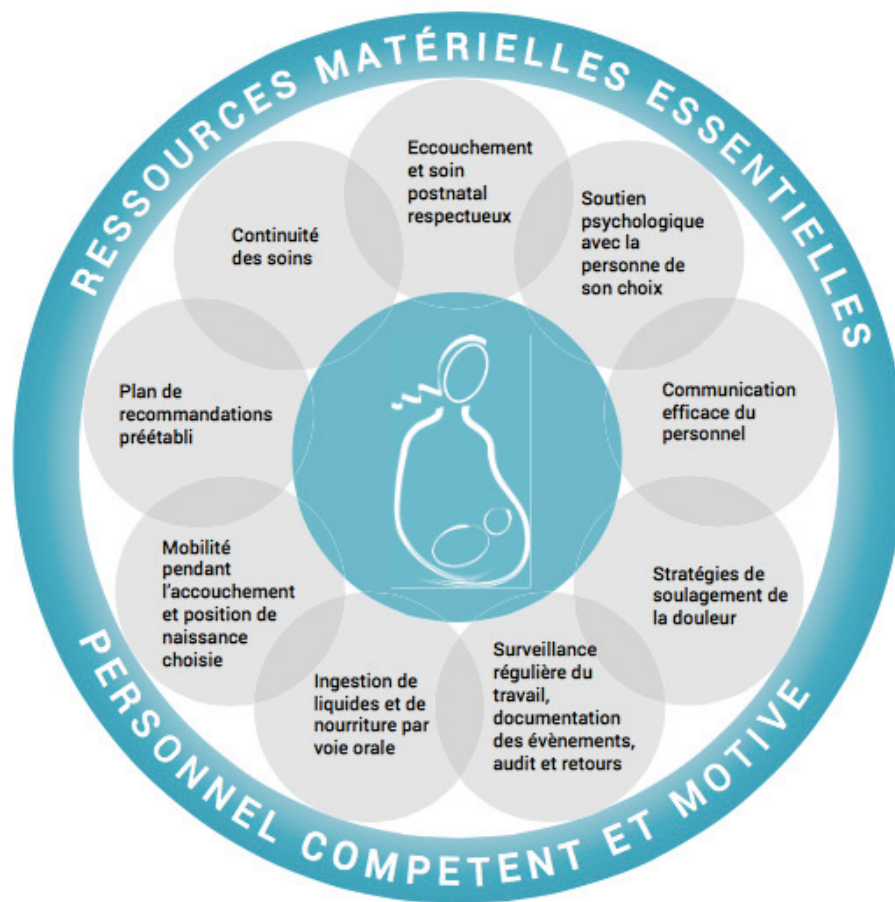


Figure 11 : Représentation schématique du modèle de soins intrapartum selon l'OMS

Le CHU de Nice est déjà engagé dans une dynamique de bientraitance dans l'accompagnement des femmes au cours de leur parcours périnatal. Une salle dite « physiologique » est mise à disposition des patientes désireuses d'un accouchement peu médicalisé dans le secteur de naissance. Or, d'après l'enquête de périnatalité de 2016, seule la moitié des maternités de type

III déclarent avoir un espace correspondant à ces critères [9]. L'existence de cet espace est donc une plus-value intéressante afin de mieux répondre aux souhaits de certaines patientes.

Depuis le mois de février 2019, un secteur de maternité a été réorganisé. Il s'agit de l'aile API « Accompagnement Parental Individualisé ». La nouvelle organisation permet un meilleur respect du rythme de vie et de sommeil de la mère et de l'enfant. L'accompagnement à la parentalité, l'allaitement et le dialogue sont une priorité. Il serait intéressant d'évaluer la satisfaction des patientes quant à leur accompagnement au sein de ce service et de comparer le taux de leur satisfaction aux taux de notre étude. Cette enquête nous permettrait de déterminer les bienfaits de l'instauration de cette nouvelle aile à l'égard du vécu des patientes.

Le sujet des violences faites aux femmes a particulièrement été mis à l'honneur ces derniers mois au sein du CHU de Nice. En effet, deux sages-femmes hospitalières ont obtenu un diplôme universitaire « Violences Faites aux Femmes » et ont alors permis la création de consultations dédiées aux femmes victimes de violences. Elles ont également élaboré l'instauration d'un réseau afin, d'une part, d'aider ces patientes en situation de détresse et, d'autre part, de guider les soignants dans les démarches à suivre lorsqu'une situation se présente. Ce travail acharné a permis une sensibilisation naissante des soignants au sujet de ce phénomène, levant le voile sur un tabou persistant depuis de trop nombreuses années. Les violences obstétricales entrant dans le cadre des violences faites aux femmes, il serait intéressant d'exploiter l'idée d'encourager les soignants à guider les patientes vers ce type de consultation lorsque des traumatismes liés à l'accouchement semblent apparaître. De surcroît, les patientes ayant un antécédent d'accouchement traumatique pourraient également être orientées systématiquement vers ce type de consultations. Cette consultation spécialisée permettrait d'accorder à ces patientes la réassurance qu'elles nécessitent au vu de leur prochain accouchement imminent, potentielle source de souvenirs angoissants.

Une nouvelle ère s'annonce au CHU de Nice, ce mémoire a donc pour objectif de maintenir cette lignée en accentuant l'intérêt du vécu des patientes afin d'obtenir une prise en charge globale de qualité des patientes dans le secteur de la naissance.

3.2.5 Sensibiliser les soignants et les femmes

Les différentes instances concernées dans le secteur de naissance s'accordent sur la nécessité de sensibiliser l'ensemble des professionnels de santé gravitant autour de la périnatalité sur les violences obstétricales [3] [12] [80] [42]. Il s'avère que cette méconnaissance des violences obstétricales peut engendrer une défaillance dans la prise en charge des séquelles psychologiques et physiques de ces patientes. En effet, à travers ses préconisations à l'encontre des violences obstétricales, l'IRASF souligne les difficultés auxquelles les femmes se retrouvent confrontées lorsqu'elles désirent une prise en charge à la suite de ce genre de violence : « *La difficulté pour les femmes de faire constater des séquelles physiques dues à des accouchements avec violences obstétricales est un réel parcours du combattant. Du fait, dans un premier temps, de l'ignorance des soignant(e)s à prendre au sérieux les souffrances physiques qui sont exprimées. À cela s'ajoute un refus de la plupart d'entre eux d'accepter les faits rapportés par les femmes.* » [42]. Il paraît donc fondamental de sensibiliser les professionnels de santé vis à vis de ce phénomène ainsi que de les former afin de permettre aux femmes de bénéficier d'une prise en charge adaptée et de qualité.

Pour commencer, la disposition de poster ou de flyers informant sur les violences obstétricales pourrait être mis en place au CHU de Nice. Lors de la journée internationale de la santé de la femme s'étant déroulé le 28 mai 2018, le Women's Global Network for Reproductive Rights (WGNRR) a réalisé un flyer illustré expliquant ce phénomène (**Annexe IV**). Le CIANE a également réalisé un dépliant résumant les différentes propositions de lutte contre les violences obstétricales (**Annexe V**).

Ensuite, la diffusion des résultats de cette étude pourrait permettre à certains soignants de prendre conscience de la réalité du vécu des patientes au sein de l'établissement dans lequel ils travaillent. Cette réalité proche d'eux pourrait lever le voile sur le tabou que représentent les violences obstétricales.

Cette sensibilisation implique également une formation des professionnels de santé sur le sujet, une formation initiale et continue. Concernant la formation initiale, le CIANE propose la mise en place de cours au sujet de la réalisation du projet de naissance [87]. Déjà réalisé à l'école de Sage-Femme de Lyon, il serait intéressant d'envisager l'idée de proposer ce cours aux étudiant(e)s sages-femmes de Nice afin de promouvoir les bénéfices de ce projet ainsi que les limites qu'il implique. De ce fait, les futures générations de sages-femmes seraient en capacité de proposer aux patientes ce type de prise en charge de manière sereine et bienveillante.

Forcés de constater qu'un certain manque de bientraitance s'observe au sein des maternités, une sensibilisation quant à ce sujet s'avère également nécessaire. En effet, à ce jour, la formation initiale des professionnels de santé s'axe principalement sur le côté technique au détriment du versant humain de la relation avec le patient [3].

De surcroît, le HCE recommande de « *renforcer la formation initiale et continue des professions médicales et paramédicales en matière de bientraitance et respect du consentement et de dépistage des violences sexistes et sexuelles* » afin de « *promouvoir un suivi gynécologique et obstétrical médicalement adapté et respectueux des femmes, qui ne tolère aucun acte sexiste* » [3].

La politique de santé 2018-2022 envisage le développement de la formation initiale à l'égard du vécu du patient afin d'enseigner le respect du consentement et l'empathie. De ce fait, le HCE recommande l'exploitation de l'expérience de patient.e.s expert.e.s dans le cadre de la formation initiale afin que les futurs soignants puissent mieux appréhender le vécu de patientes victimes de violences obstétricales. Plébiscité par de nombreuses femmes victimes de violences obstétricales, ce type d'expérience basé sur un cas réel permettrait une nouvelle vision de la prise en charge des patientes : plus humaine avec comme pilier la bientraitance. L'élaboration de ce type d'expérience pourrait être envisagé en terme de formation initiale ainsi que continue [3]. En effet, que ce soit au sein de l'école de Sages-Femmes de Nice ou bien au sein du CHU de Nice, s'appuyer sur des cas où des défaillances ont pu s'observer serait un moyen efficace pour améliorer nos pratiques.

A l'instar de ce projet, les étudiants en fin d'étude de médecine de l'Université Pierre et Marie Curie ont élaboré de courtes vidéos illustrant des exemples de bons ou mauvais accueils de patientes souhaitant réaliser une IVG [88]. Ce type d'exercice pourrait être exploité à l'école de Sages-Femmes de Nice, ainsi qu'au sein de la Faculté de Médecine afin d'apporter un nouvel outil aux étudiants en terme de respect et d'empathie à l'égard des patient(e)s. Une fois cet outil réalisé, la diffusion auprès des professionnels de santé permettrait une prise de conscience ainsi que la mise à disposition des différents éléments fondamentaux pour assurer une prise en charge basée sur la bientraitance.

La ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn encourage la réalisation de ce type de projet qui s'assimile à une évaluation des pratiques professionnelles [3].

Enfin, en terme de formation continue, un module concernant la bientraitance pourrait être instauré au sein du CHU de Nice. En effet, une formation intitulée « Bientraitance en pédiatrie »

est déjà proposée aux professionnels de santé afin d'améliorer l'accompagnement des nouveau-nés hospitalisés en service de Réanimation-Néonatalogie. Dans la même initiative, nous pourrions envisager la mise en place d'une formation dédiée à la bientraitance en Gynécologie-Obstétrique.

Le HCE recommande d'« *informer les femmes concernant leurs droits et les possibilités de recours en cas d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical* » [3]. Le Guide « *Accouchement : mes droits, mes choix* » élaboré par la Fondation des Femmes représente un excellent support résumant ces différentes informations [40]. Au terme de cette étude, nous proposons de cultiver l'idée de diffuser ce guide afin de permettre aux femmes de prendre conscience des droits dont elles disposent. De plus, cette instance incite également à la mise à disposition des coordonnées des différentes associations d'usagers gravitant autour de la périnatalité dans l'objectif d'améliorer la qualité des soins. De ce fait, le HCE recommande « *d'établir un carnet de maternité type qui comprenne un module sur les droits des patientes et le généraliser à tous les établissements* » [3]. Effectivement, il pourrait être intéressant de mettre en place ce type de carnet expliquant aux femmes leurs droits et leurs choix tout au long de leur parcours périnatal [89].

De plus, l'Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté (AFAR) a élaboré une feuille d'information au sujet de l'expression abdominale à l'intention des patientes [90]. Ce type de document a pour objectif d'informer les femmes sur cet acte et d'insister sur la nécessité de l'abandon de cette pratique. Il pourrait alors être intéressant de diffuser cette feuille d'informations.

Ainsi, de nombreuses améliorations sont réalisables à court terme avec des moyens financiers et humains abordables.

CONCLUSION

L'ampleur du phénomène qu'ont pu susciter les violences obstétricales atteste qu'une prise de conscience est nécessaire. Ainsi, dans une démarche d'évaluation de la qualité et de la satisfaction de la prise en charge des patientes, notre étude nous a permis de constater l'existence manifeste de ce type de comportement au CHU de Nice. Notre étude a malgré tout montré un niveau relativement élevé de satisfaction des femmes à l'égard du vécu dans le secteur de la naissance.

Néanmoins, une remise en cause globale n'est pas justifiable au vu des excellents résultats en terme de sécurité de la naissance. Si la sécurité dans les maternités s'améliore au fil des années, l'humanité semble, quant à elle, parfois faire défaut. Or, il apparaît primordial d'allier la sécurité et l'humanité afin d'obtenir des soins de qualité.

La bientraitance en milieu hospitalier s'apparente justement à cette notion d'humanité recherchée. Décrite depuis de nombreuses années par différentes instances, la bientraitance apparaît aujourd'hui comme un gage de qualité des soins dans le secteur de la naissance. En effet, elle s'assimile à la qualité de la relation de confiance établie entre le couple et le soignant ainsi que la prise en considération de leurs attentes. Cette relation a justement été mise en cause par quelques patientes de notre étude qui déplorent un manque d'écoute et de considération. Notre étude a mis en lumière l'importante influence que l'accompagnement des soignants à l'égard des femmes dans le secteur de la naissance peut avoir sur leur vécu.

Or, de nos jours, les femmes cherchent de plus en plus à redevenir actrices de leur accouchement. En effet, elles réclament que l'accent soit mis sur leur implication dans leur prise en charge et, parfois, se tournent même vers un accouchement moins médicalisé. Un accompagnement de qualité tant médical que psychologique apparaît alors d'autant plus fondamental afin de leur apporter le soutien et la participation à leur accouchement qu'elles recherchent. L'implication du père dans notre prise en charge doit également représenter un des piliers de cet accompagnement de qualité. Au-delà du fait d'assurer une présence physique constante pour les patientes, il s'avère que leur vécu s'en trouve fortement amélioré lorsque les patientes jugent la place accordée à leur accompagnant adaptée.

De surcroît, cette notion de bientraitance occupe une place toute particulière dans le secteur de la naissance. En effet, la grossesse et l'accouchement peuvent être la porte ouverte à de nombreux troubles physiques, psychiques et émotionnels.

En plus de susciter une insatisfaction de certaines femmes, ce manque de bienveillance peut provoquer une aggravation de ces troubles. De ce fait, notre étude s'est efforcée de montrer l'influence négative que peut engendrer ce type de défaillance sur le vécu des femmes.

Une amélioration de nos pratiques s'avère donc capitale afin d'assurer au couple un vécu serein de ce moment si important que représente la naissance de leur enfant.

Cependant, les contraintes logistiques et budgétaires actuelles peuvent parfois représenter un frein à cet accompagnement bienveillant, tant pour les femmes que pour les soignants. Il existe malgré tout des solutions abordables et réalisables à court terme afin de promouvoir cette prise en charge.

Le CHU de Nice s'est déjà engagé dans une dynamique de bienveillance à travers de nombreuses démarches telles que la création d'une aile physiologique dans les suites de l'accouchement ou son implication au sujet des violences faites aux femmes.

L'amélioration globale de la qualité de soins engage à une implication plus importante des usagers pour, à terme, trouver l'équilibre entre satisfaction et sécurité. Il paraît alors évident d'axer nos perspectives vers une plus grande prise en compte de l'opinion des patientes avec une sensibilisation des soignants indispensable pour aborder ces améliorations.

Notre étude s'étant exclusivement intéressée aux femmes hospitalisées dans les suites de leur accouchement au CHU de Nice, il pourrait être intéressant d'élargir ce type d'étude : dans un premier temps aux autres services de Gynécologie-Obstétrique puis de l'envisager à d'autres établissements de la région, voire de France.

« Guérir parfois, soulager souvent, *consoler toujours*. » Louis Pasteur.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Duguet M. 20 novembre 2004. *#PayeTonUterus : les dessous d'un buzz*. [en ligne], Europe 1, Rubrique "Société",
Consultable sur: <http://www.europe1.fr/societe/payetonuterus-les-dessous-d-un-buzz-2295243>
Consulté en Décembre 2018.
- [2] *Paye ton Utérus* [en ligne] · ondeejeune. Storify,
Consultable sur : <https://storify.com/ondeejeune/pay-ton-uterus>
Consulté en Décembre 2018.
- [3] Haut Conseil de l'Egalité entre les femmes et les hommes. *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique - Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*, 26 Juin 2018,
Consultable sur : <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>.
- [4] Audibert N. *Violence obstétricale - émergence d'un problème public en France*, 2016
- [5] Laako H. *Understanding contested women's rights in development: the Latin American campaign for the humanisation of birth and the challenge of midwifery in Mexico*. Third World Q, 29 Février 2016.
- [6] Meysenq L. 25 octobre 2016 *Césariennes à vif, épisiotomies imposées... Le grand tabou des violences durant l'accouchement* [en ligne], Franceinfo,
Consultable sur : https://www.francetvinfo.fr/sante/cesariennes-a-vif-episiotomies-imposees-le-grand-tabou-des-violences-durant-l-accouchement_1881273.html,
Consulté en Décembre 2018.
- [7] Mallaval C. et Moran A. 15 août 2017. *Contre les violences gynécologiques, la lutte prend corps* [en ligne], Libération, Rubrique "Santé"
Consultable sur : http://www.liberation.fr/france/2017/08/15/contre-les-violences-gynecologiques-la-lutte-prend-corps_1590109
Consulté en Décembre 2018.
- [8] Condamines A. 10 janvier 2017. *"J'ai dit non, elle l'a fait quand-même" : les touchers vaginaux non consentis ont la vie dure* [en ligne], LCI, Rubrique "Société",
Consultable sur : <https://www.lci.fr/societe/j-ai-dit-non-elle-l-a-fait-quand-meme-les-touchers-vaginaux-non-consentis-ont-la-vie-dure-2021110.html>
Consulté en Décembre 2018.
- [9] DREES et INSERM. Octobre 2017. *Enquête nationale périnatale Rapport 2016 : Les naissances et les établissements : situation et évolution depuis 2010* [en ligne].
Consultable sur : <http://www.sfmfp.net/enquete-nationale-perinatale-rapport-2016-les-naissances-et-les-etablissements-situation-et-evolution-depuis-2010/>
Consulté en Décembre 2018.

[10] Haute Autorité de Santé. Décembre 2017. *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales* [en ligne],

Consultable sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf,

Consulté en Décembre 2018.

[11] Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, et al. *A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample*. Birth, 1 Mars 2004.

[12] Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. 22 Mai 2018. *Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessité pour respecter les droits fondamentaux* [en ligne],

Consultable sur :

http://www.cncdh.fr/sites/default/files/180522_avis_maltraitances_systeme_de_sante.pdf

Consulté en Février 2019.

[13] Ministère des Solidarités et de la Santé. 10 novembre 2004. *Plan « périnatalité » 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité* [en ligne],

Consultable sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf

Consulté en Décembre 2018.

[14] *Violencia Obstetrica*,

Consultable sur : <http://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>.

[15] Pérez D'Gregorio R., *Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela*. Int J Gynecol Obstet, décembre 2010.

[16] Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. article 15 alinéa 13 [en ligne],

Consultable sur : https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf.

Consulté en Novembre 2018.

[17] Ley 26.485 - *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. article 6 [en ligne],

Consultable sur :

https://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf.

Consulté en Novembre 2018.

[18] Abracinskas L. *Uruguay : la construction complexe d'une revendication juste et libératrice*. Humanit Enjeux Prat Débats, 1 juin 2013.

[19] *Ley de desarrollo constitucional para la igualdad de género y acceso a una vida libre de violencia para las mujeres* [en ligne],

Consultable sur : [http://www.poderjudicialchiapas.gob.mx/forms/archivos/600fley-de-desarrollo-constitucional-para-la-igualdad-de-genero-y-acceso-a-una-vida-libre-de-violencia-para-las-mujeres-\(1\).pdf](http://www.poderjudicialchiapas.gob.mx/forms/archivos/600fley-de-desarrollo-constitucional-para-la-igualdad-de-genero-y-acceso-a-una-vida-libre-de-violencia-para-las-mujeres-(1).pdf).

Consulté en Novembre 2018.

[20] Organisation Mondiale de la Santé. *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins*, 2014, [en ligne],

Consultable sur :

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134589/1/WHO_RHR_14.23_fre.pdf?ua=1&ua=1&ua=1.

Consulté en Décembre 2018.

[21] Alonso I. *Le « point du mari »*, 21 Mars 2014 [en ligne],

Consultable sur : <http://www.isabelle-alonso.com/le-point-du-mari/>

Consulté en Décembre 2018.

[22] Jeantet D. 18 avril 2014. *Derrière le « point du mari », le traumatisme de l'épisiotomie* [en ligne], Le Monde, Rubrique "Santé",

Consultable sur : https://www.lemonde.fr/sante/article/2014/04/18/derriere-le-point-du-mari-le-traumatisme-de-l-episiotomie_4403470_1651302.html

Consulté en Décembre 2018.

[23] Lorriaux A. 2 février 2015. *Touchers vaginaux sur patientes endormies : un tabou à l'hôpital ?* [en ligne], LCI, Rubrique "Société",

Consultable sur : <https://www.lci.fr/societe/touchers-vaginaux-sur-patientes-endormies-un-tabou-a-lhopital-1518908.html>

Consulté en Décembre 2018.

[24] Quillet L. 28 octobre 2015. *Toucher vaginal sans consentement : une pratique bien réelle* [en ligne], Madame Figaro, Rubrique "Société"

Consultable sur : <http://madame.lefigaro.fr/societe/polemique-touchers-vaginaux-patientes-endormies-non-consententes-050215-94255>

Consulté en Décembre 2018.

[25] Fréour P. 27 octobre 2015. *Un rapport dévoile l'ampleur des touchers vaginaux sans consentement* [en ligne], Le Figaro, Rubrique "Santé",

Consultable sur : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2015/10/27/24251-rapport-devoile-lampleur-touchers-vaginaux-sans-consentement>

Consulté en Décembre 2018.

[26] Kammerer B. *Non aux touchers vaginaux non consentis* [en ligne], Change.org,

Consultable sur : <https://www.change.org/p/marisol-touraine-ministre-de-la-santé-non-aux-touchers-vaginaux-non-consentis>

Consulté en Mars 2019.

[27] Bienaimé C. 19 Janvier 2017. *Accoucher dans la violence* [en ligne], France Culture,

Consultable sur : <https://www.franceculture.fr/emissions/les-pieds-sur-terre/accoucher-dans-la-violence-22>

Consulté en Décembre 2018.

[28] Page Facebook du SIVO [en ligne],

Consultable sur : <https://www.facebook.com/groups/stopalimpunitedesviolencesobstetricales/>.

[29] Admin S, 27 octobre 2015. *Touchers vaginaux et rectaux sans consentement : Marisol Touraine reçoit le rapport des doyens de médecine et réaffirme 'l'extrême fermeté' de l'Etat* [en ligne], Ministère des Solidarités et de la Santé,

Consultable sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/touchers-vaginaux-et-rectaux-sans-consentement-marisol-touraine-recoit-le>

Consulté en mars 2019.

[30] Lahaye M-H. 25 juillet 2017. *Victoire ! Les violences obstétricales sont pour la première fois évoquées au niveau politique* [en ligne], Marie accouche là,

Consultable sur : <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2017/07/25/victoire-les-violences-obstetricales-sont-pour-la-premiere-fois-evoquees-au-niveau-politique/>

Consulté en Décembre 2018.

[31] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Septembre 2008. *Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement* [en ligne],

Consultable sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf>

Consulté en Mars 2019.

[32] Boufferet P. *Enquête Accouchement* [en ligne], Collectif Interassociatif Autour de la Naissance,

Consultable sur : <https://ciane.net/publications/enquete-accouchement/>

Consulté en Décembre 2018.

[33] Jaspard M. *L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France : Historique et contextes*, Réseau Terra, décembre 2013.

[34] Ministère des Solidarités et de la Santé. 23 janvier 2015. *Orientations prioritaires de la politique nationale* [en ligne],

Consultable sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/maltraitance-des-personnes-vulnerables/article/orientations-prioritaires-de-la-politique-nationale>

Consulté en Janvier 2019.

[35] Tomkiewicz S., Houzel D. et al., *Prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales*. Guide méthodologique Rennes: ENSP, 2000,

[36] Collectif Interassociatif Autour de la Naissance. 17 octobre 2017. *Violences obstétricales: comprendre, prévenir, réparer* [en ligne],

Consultable sur : <https://ciane.net/2017/10/violences-obstetricales-comprendre-prevenir-reparer/>

Consulté en Décembre 2018.

[37] Dechalotte M. *Le livre noir de la gynécologie*. Editions First, 2017.

[38] Code de la santé publique - Article L1111-2.

[39] Code de la santé publique - Article L1111-4.

- [40] Fondation des Femmes. Août 2017. *Accouchement : mes droits, mes choix - Guide juridique* [en ligne],
Consultable sur : <http://fondationdesfemmes.org/guide-juridique-accouchement/>
Consulté en Mars 2019.
- [41] Ferry N. *Devenir mère, une formidable rencontre*. Spirale, 2008, n° 47 ; p157–165.
- [42] Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes. 11 octobre 2017. *Préconisations provisoires de L'Institut de Recherches et d'Actions pour la Santé des Femmes contre les violences obstétricales et gynécologiques* [en ligne],
Consultable sur : <https://www.irasf.org/wp-content/uploads/2018/04/IRASF-Préconisations-provisoires-261017.pdf>
Consulté en Janvier 2019.
- [43] Bernard-Chatelain C. *Bienveillance, bienveillance et maltraitance à la maternité*, Revue Médecine Périnatale, 29 mai 2013, n°5 ; p120–124.
- [44] Lahaye M-H. *Accouchement - Les femmes méritent mieux*. Michalon, 2018.
- [45] Cohen Shabot S. *Making Loud Bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence*. Human Studies, mai 2016, n°39 ; p231–247.
- [46] Winckler M. 25 février 2014. *La maltraitance médicale est (vécue comme) un viol* [en ligne],
Consultable sur : <http://martinwinckler.com/spip.php?article1137>.
Consulté en Septembre 2018.
- [47] Guyard L. *Consultation gynécologique et gestion de l'intime*. Champ Psychosomatique, 2000, n°27 ; p81–92.
- [48] Guittier et al. *Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study*. BMC Pregnancy Childbirth, 2014, n°14 ; p254.
- [49] Vendittelli F, Gallot D. *L'épisiotomie - Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ?*, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, février 2006, n°35 ; p12-23.
- [50] Témoignages épisiotomie sur le site : [Episio.info](https://episio.info) [en ligne],
Consultable sur : <https://episio.info/categorie/temoignage/>
Consulté en Janvier 2019.
- [51] Langer B, Minetti A. *L'épisiotomie - Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, mars 2008, n°35 ; p59-67.
- [52] Collectif Interassociatif Autour de la Naissance. *Episiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes* [en ligne], novembre 2013,
Consultable sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enquête-épisiotomie-Ciane-2013.pdf>
Consulté en Janvier 2019.
- [53] Larsson C. et al. *Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers*, Sexual & Reproductive Healthcare, 2011, n°2 ; p83–89.

- [54] Waldenström U, Schytt E. *A longitudinal study of women's memory of labour pain—from 2 months to 5 years after the birth*. BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, mars 2009, n°116 ; p577–583.
- [55] Soet JE, Brack GA, DiIorio C. *Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth*, Birth, 7 février 2003, n°30 ; p36–46.
- [56] Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al. *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons, Ltd. 16 février 2011.
- [57] Denis A, Parant O, Callahan S. *Post-traumatic stress disorder related to birth: a prospective longitudinal study in a French population*, Journal of Reproductive and Infant Psychology, 1 avril 2011, n°29 ; p125–135.
- [58] Collectif Interassociatif Autour de la Naissance. *Expression abdominale : une pratique formellement déconseillée toujours en vigueur* [en ligne], mars 2014,
Consultable sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2014/03/EnqueteExpressionAbdominale.pdf>
Consulté en Mars 2019.
- [59] Ford E, Ayers S. *Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms*. Psychology & Health, décembre 2011, n°26 ; p1553–1570.
- [60] McKenzie-McHarg K. et al. *Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research*, Journal of Reproductive and Infant Psychology, 28 avril 2015, n°33 p219-237.
- [61] Denis A, Callahan S. *État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature*, Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, décembre 2009, n°19 ; p116–119.
- [62] Menage J, Counselling D. *Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynecological procedures : A consecutive series of 30 cases of PTSD*, Journal of Reproductive and Infant Psychology, 1993, n°11 ; p221-228.
- [63] Gamble J, Creedy DK. *A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences*, Midwifery, 2009, n°25 ; p21–30.
- [64] Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, et al. *Predictors of Women's Perceptions of the Childbirth Experience*. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 1 janvier 2008, n°37 ; p24–34.
- [65] Fenwick J, Gamble J, Mawson J. *Women's experiences of Caesarean section and vaginal birth after Caesarian : A Birthrites initiative*, International Journal of Nursing Practice, 2003, n°9 ; p10–17.
- [66] Mercer RT, Hackley KC, Bostrom AG. *Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth*, Nursing Research, 1983, n°32 ; p202–207.
- [67] Campagnon C, Ghadi V. *Un état des lieux fondé sur des témoignages d'usagers et de professionnels : la maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé* [en ligne], Haute Autorité de Santé, 2009,
Consultable sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915259/fr/un-etat-des-lieux-fonde-sur-des-temoignages-d-usagers-et-de-professionnels-la-maltraitance-ordinaire-dans-les-etablissements-de-sante-etude-de-claire-compagnon-et-veronique-ghadi

Consulté en Janvier 2019.

[68] Green JM, Baston HA. *Feeling in Control During Labor: Concepts, Correlates, and Consequences*, Birth, décembre 2003, n°30 ; p235–247.

[69] Elmir R, Schmied V, Wilkes L, et al. *Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography*. Journal of Advances Nursing, octobre 2010, n°66 ; p2142–2153.

[70] Goodall KE, McVittie C, Magill M. *Birth choice following primary Caesarean section: mothers' perceptions of the influence of health professionals on decision-making*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 1 février 2009, n°27 ; p4–14.

[71] Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, et al. *Childbirth and criteria for traumatic events*, Midwifery, février 2014, n°30 ; p255–261.

[72] Kopff-Landas A, Moreau I, Séjourné N, Chabrol H, *Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude quantitative*, Gynécologie Obstétrique & Fertilité, mars 2009, n°37 ; p236–239.

[73] Kopff-Landas A, Moreau I, Séjourné N, Chabrol H, *Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude qualitative*, Gynécologie Obstétrique & Fertilité, novembre 2008, n°36 ; p1101–1104.

[74] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. 2002.

[75] Aurore. *Fiche d'information "Votre accouchement : questions-réponses"* [en ligne], 2018

Consultable sur : <https://www.aurore-perinat.org/wp-content/uploads/2017/07/Fiche-info-patiente-Accouch.-Quest.-Rép.-Valid-03.04.2018.pdf>

Consulté en Décembre 2018.

[76] Collège Nationale des Sages-Femmes de France. *L'accouchement* [en ligne],

Consultable sur : https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2018/09/fiche_cnsf-accouchement.pdf.

[77] Collège Nationale des Sages-Femmes de France. *Le suivi de ma grossesse : prévenir et dépister* [en ligne], 2018,

Consultable sur : <https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2018/06/fiche-cnsf-suivi-grossesse.pdf>.

Consulté en Décembre 2018.

[78] Haute Autorité de Santé. *Sortie de maternité : préparez votre retour à la maison* [en ligne], 2014,

Consultable sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/document_dinformation.pdf

Consulté en Décembre 2018.

[79] Haute Autorité de Santé. *Césarienne : Ce que toute femme enceinte devrait savoir* [en ligne], 2013,

Consultable sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/brochure_patient_cesarienne_mel_2013-07-02_11-25-35_632.pdf.

[80] Rudigoz RC, Milliez J, Ville Y. et al, *De la bienveillance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités*, Académie de Médecine, 18 septembre 2018.

- [81] Naître et Grandir. *Plan de naissance* [en ligne], 2015,
Consultable sur : https://naitreetgrandir.com/documentsng/pdf/plan_naissance.pdf.
Consulté en Janvier 2019.
- [82] Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. *Livret d'information* [en ligne], 2015,
Consultable sur : <https://www.chu-bordeaux.fr/Patient-proches/Maternité/Livret-maternité.pdf/>
Consulté en Janvier 2019.
- [83] Club Anesthésiste Réanimation en Obstétrique et Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. *Analgesie, Anesthésie, Réanimation au cours de la grossesse et de l'accouchement* [en ligne], juin 2018,
Consultable sur : <http://spiralconnect.univ-lyon1.fr/spiral-files/download?mode=inline&data=7464703>
Consulté en Janvier 2019.
- [84] Comité Interassociatif Autour de la Naissance. *Douleur et accouchement* [en ligne], avril 2013,
Consultable sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf>
Consulté en Décembre 2018.
- [85] Maman Blues. *Plaquettes d'information, affiche et diaporama de présentation* [en ligne],
Consultable sur : <http://www.maman-blues.fr/association/nos-plaquettes-d-information,-affiche-et-diaporama-de-présentation.html>
Consulté en Février 2019.
- [86] Organisation Mondiale de la Santé. *Recommandation sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement - Transformer le soin des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être* [en ligne], février 2018,
Consultable sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf?ua=1>
Consulté en Décembre 2018.
- [87] Comité Interassociatif Autour de la Naissance. *Formation Projet de naissance* [en ligne],
Consultable sur : <https://ciane.net/formation/professionnels/>
Consulté en Décembre 2018.
- [88] Elèves de l'université Pierre et Marie Curie. *L'IVG* [en ligne],
Consultable sur : <https://www.youtube.com/watch?v=PgaowpPQrRQ>
Consulté en Février 2019.
- [89] Alliance Francophone pou l'Accouchement Respecté. *Vous avez des questions sur le consentement ?* [en ligne],
Consultable sur : <https://afar.info/wp-content/uploads/2018/11/consentement-flyer.pdf>
- [90] Alliance Francophone pou l'Accouchement Respecté. *Vous avez des questions sur l'expression abdominale ?* [en ligne], Consultable sur : <https://afar.info/wp-content/uploads/2018/11/expression-abdominale-flyer.pdf>

LISTE DES ANNEXES

<u>ANNEXE I</u> : ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS.	X
<u>ANNEXE II</u> : RECUEIL DE DONNEES.	XVI
<u>ANNEXE III</u> : TABLEAUX DE CROISEMENTS DE DONNEES.	XVII
<u>ANNEXE IV</u> : DEPLIANT CONCERNANT LES VIOLENCES OBSTETRIQUES REALISE PAR LE WGNRR	XXVI
<u>ANNEXE V</u> : PROPOSITIONS DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES OBSTETRIQUES PRECONISEES PAR LE CIANE	XXVII

ANNEXES

Annexe I : Entretiens semi-directifs.

**Etat des lieux du vécu des femmes :
vers la bientraitance dans le secteur de la naissance**

Echantillon : Patientes ayant une bonne compréhension de la langue française qui ont accouché entre 35 SA et 42 SA à l'Archet II par voie basse ou par césarienne en excluant les IMG, MFIU et les patientes dont le nouveau-né est hospitalisé en Réanimation-Néonatalogie ou en Néonatalogie.

Présentation de l'enquête :

Thème général : Dans le cadre d'un mémoire en Maïeutique, étude à propos du vécu des femmes suite à leur accouchement concernant la prise en charge par l'équipe soignante.

Objectif : Améliorer la qualité des soins par une prise de conscience du personnel.

Durée : environ 20 minutes.

Enquêteur : Etudiante Sage-femme en dernière année d'étude.

« Le questionnaire sera enregistré si vous acceptez bien sûr, mais il reste parfaitement confidentiel. Vos coordonnées ne seront pas enregistrées. Il restera complètement anonyme. Je ne vous appellerai pas par votre nom tout au long de notre interview. »

I/ Souhaits de la patiente

- 1) Pendant la grossesse, avez-vous exprimé des demandes ou des souhaits particuliers concernant le déroulement de votre accouchement/césarienne auprès du personnel de la maternité ou d'une sage-femme/gynécologue à l'extérieur ? Plusieurs réponses possibles.
 oui, j'ai préparé un projet de naissance
 oui, dans le cadre d'échanges pendant les consultations
 non, mais j'aurais bien voulu
 non, ça ne m'est pas venu à l'idée

- 2) Avez-vous exprimé des demandes ou des souhaits particuliers sur le déroulement de l'accouchement/césarienne au moment de l'accouchement lui-même ?
 oui non, mais j'aurais bien voulu non, ça ne m'est pas venu à l'idée
 oui, j'ai préparé un projet de naissance

- 3) Si oui, quels souhaits avez-vous exprimé ?

II/ Suivi gynécologique et obstétrical

- 4) Concernant votre suivi gynécologique avant votre grossesse, en êtes-vous rétrospectivement satisfaite ? Concernant votre suivi de grossesse ?

Fréquence des consultations, choix du professionnel, prise en compte de la gêne liée au caractère intime de la consultation, actes exercés en recueillant votre consentement et/ou en respectant vos choix, écoute de la part du professionnel, discours adapté et compréhensible, propos non porteur(s) de jugement(s), acte(s) sexiste(s) éventuellement subi(s)

III/ En Salles de Naissance

- 5) Concernant les premiers instants de votre prise en charge par l'équipe soignant en Salle de Naissance, êtes-vous rétrospectivement satisfaite ?

	Accueil	Installation, confort, mise à disposition matériel
oui		
partiellement		
non	Si non, pourquoi ?	Si non, pourquoi ?

- 6) Concernant les informations délivrées de la part de l'équipe soignante, votre consentement et le vécu des actes suivants :

	Informations reçues	Informations comprises	Consentement recherché	Vécu
Monitoring/Perfusion				
Risque césarienne/EI/épisiotomie				
Déclenchement				
Administration médicaments				
Suivi de l'avancé du travail				
Amniotomie				
DA/RU				
EI				

7) Concernant la liberté de vos mouvements, pouviez-vous vous déplacer et prendre les positions que vous souhaitiez ?

	Pendant le travail	Pendant la phase d'expulsion
Oui		
Partiellement		
Non		

8) Auriez-vous souhaité que la sage-femme vous propose différentes positions ?
 oui non

9) Quand vous êtes arrivée à la maternité, souhaitiez-vous avoir une péridurale ?
 oui non je voulais essayer sans

10) Avez-vous bénéficié d'une péridurale ? oui non

11) Que vous ayez eu ou non la péridurale, êtes-vous rétrospectivement satisfaite de la prise en charge de votre douleur ? oui partiellement non

12) Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

13) Auriez-vous désiré que l'on vous propose d'autres prises en charge de la douleur ?
 oui non

14) Vous a-t-on appuyé sur le ventre lors de la naissance de votre bébé ? oui non

15) Quel est votre ressenti concernant votre épisiotomie ?

Informations de la part de l'équipe soignante délivrées et comprises, recherche de consentement, écoute et respect de vos choix, prise en compte de la douleur, douleur pendant l'acte, douleur après l'acte

Si vous avez bénéficié d'une césarienne :

16) Quelle que soit la forme d'anesthésie que vous avez eue, êtes-vous rétrospectivement satisfaite de la prise en charge de votre douleur ? oui partiellement non
Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

17) Estimez-vous avoir reçu suffisamment d'informations de la part de l'équipe sur les thèmes suivants :

	Informations reçues	Informations comprises
Raisons de la césarienne		
Risques potentiels		
Déroulement de l'opération		

18) Concernant la présence de l'accompagnant de votre choix en Salle de Naissance :

	Voie basse	Césarienne
Souhait présence		
Présence	Si non, pourquoi ?	Si non, pourquoi ?
Explication refus présence		
Paroles et place accordée adaptées	Si non, pourquoi ?	Si non, pourquoi ?
Vécu		

19) Vous êtes-vous sentie correctement encadrée pour la première mise au sein ou le premier biberon ? oui partiellement non

20) Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

21) Vous sentiez-vous écoutée, entendue et comprise sur vos interrogations ou angoisses ? oui partiellement non

22) Auriez-vous souhaité une présence physique de l'équipe soignante plus importante ? oui non
Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

23) Décrivez la manière dont vous vous êtes sentie accompagnée en Salle de Naissance. (3 adjectifs).

24) Avez-vous pu échanger après sur le déroulement de l'accouchement ?
 oui, avec l'équipe soignante ayant accompagné mon accouchement en SDN
 oui, avec l'équipe soignante en SDC
 non, avec personne

Si oui, sur quel(s) sujet(s) avez-vous échangé ? Si non, auriez-vous apprécié ? oui non

25) Considérez-vous que votre intimité et votre pudeur a été respecté ?

oui partiellement non

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

26) Considérez-vous que l'équipe soignante a fait de son mieux pour satisfaire vos demandes ou vos souhaits compte tenu du déroulement de l'accouchement/césarienne ?

oui partiellement non

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

27) Vous diriez que vous avez vécu votre accouchement/césarienne :

Bien Plutôt bien Plutôt mal Mal

IV/ Suites de Couches

28) Concernant les premiers instants de votre prise en charge par le personnel soignant en

	Accueil	Installation, confort, mise à disposition matériel
oui		
partiellement		
non	Si non, pourquoi ?	Si non, pourquoi ?

SDC, êtes-vous rétrospectivement satisfaite ?

29) Considérez-vous que votre intimité/pudeur et celle de votre couple ont été respecté ?

oui partiellement non

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

30) Etes-vous satisfaite de l'attention portée par l'équipe soignante concernant les thèmes suivants :

	Etat physique	Etat psychologique
oui		
partiellement		
non	Si non, pourquoi ?	Si non, pourquoi ?

31) Concernant l'allaitement, êtes-vous satisfaite des thèmes suivants :

	Informations	Aide	Vécu
oui			
partiellement			
non	Si non, pourquoi ?	Si non, pourquoi ?	

32) Décrivez la manière dont vous vous êtes sentie accompagnée en Suites de Couches. (3 adjectifs).

33) Vous diriez que vous avez vécu vos premiers jours en tant que mère :

Bien Plutôt bien Plutôt mal Mal

V/ Conclusion

34) Quel acte, quelle parole ou quelle attitude vous a particulièrement marqué ?

35) Selon vous, que pourrait améliorer l'équipe soignante dans sa prise en charge auprès des femmes ?

36) A posteriori, pensez-vous que la manière dont vous avez été accompagnée par l'équipe soignante a eu un impact sur votre vécu global ? oui partiellement non

37) De 1 à 10, quel est votre ressenti du vécu de votre prise en charge globale ?

Echelle de satisfaction:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Très Insatisfait Insatisfait Mitigé satisfait très satisfait

Merci de votre participation.

Annexe II : Recueil de données.

I/ Caractéristiques générales de la patiente

- Âge :
- Origine démographique :
- Niveau d'étude :
- Antécédents psychologiques :

II/ Caractéristiques obstétricales de la patiente

- Gestité :
- Parité :
- Terme de la grossesse le jour de l'accouchement :
- Mode de début de travail : spontané / déclenché
- Si déclenchement, méthode : prostine / propess / lamineaires / ocytoxine
- Amniotomie : oui / non
- Mode d'analgésie : aucune / péridurale / rachianesthésie / générale
- Mode d'accouchement : voie basse / césarienne
- Si césarienne, type : programmée / en urgence
- Episiotomie : oui / non
- Extraction Instrumentale : oui / non
- Délivrance artificielle : oui / non
- Révision utérine : oui / non

Annexe III : Tableaux de croisements de données.

Variables	Modalités	Vécu d'accouchement ou de césarienne				Vécu des premiers jours en tant que mère				Vécu global				
		Plutôt mal ou mal vécu	Pourcentage	p-value ⁽¹⁾	p-value ⁽²⁾	Plutôt mal ou mal vécu	Pourcentage	p-value ⁽¹⁾	p-value ⁽²⁾	Plutôt mal ou mal vécu	Pourcentage	p-value ⁽¹⁾	p-value ⁽²⁾	
Ensemble		n=17	26,6%			n=10	15,6%			n=10	15,6%			
Caractéristiques de la patiente	Âge ⁽¹⁾	De 20 à 24 ans	0	0,0%	0,003	0,2	1	1,6%	0,02	0,5	0	0,0%	0,05	0,5
		De 25 à 29 ans	6	9,4%			4	6,3%			3	4,7%		
		De 30 à 34 ans	8	12,5%			5	7,8%			5	7,8%		
		De 35 à 39 ans	3	4,7%			0	0,0%			2	3,1%		
		≥ 40 ans	0	0,0%			0	0,0%			0	0,0%		
	Niveau d'étude ⁽¹⁾	Non renseigné	3	4,7%	<0,001	0,43	2	3,1%	1	0,02	0	0,0%	<0,001	0,2
		Primaire	0	0,0%			0	0,0%			0	0,0%		
		Collège	0	0,0%			1	1,6%			1	1,6%		
		Lycée	1	1,6%			1	1,6%			0	0,0%		
		Supérieur	13	20,3%			6	9,4%			9	14,1%		
	Origine démographique ⁽¹⁾	Non renseigné	1	1,6%	0,09	0,29	1	1,6%	<0,001	0,09	0	0,0%	0,01	0,1
		Ressortissante d'Europe	2	3,1%			0	0,0%			2	3,1%		
		Afrique du Nord	5	7,8%			0	0,0%			2	3,1%		
Afrique Sub-Saharienne		2	3,1%	0			0,0%	0			0,0%			
France		7	10,9%	9			14,1%	6			9,4%			

Tableau XVI : Vécus des patientes en fonction de leurs caractéristiques générales par rapport à l'échantillon total

- (1) Rapporté au nombre de femmes de l'échantillon étudié
- (2) Rapporté au nombre de femmes ayant un « plutôt bon ou bon » vécu

Variables	Modalités	Vécu d'accouchement ou de césarienne				Vécu des premiers jours en tant que mère				Vécu global				
		Plutôt mal ou mal vécu	Pourcentage	p-value ⁽¹⁾	p-value ⁽²⁾	Plutôt mal ou mal vécu	Pourcentage	p-value ⁽¹⁾	p-value ⁽²⁾	Plutôt mal ou mal vécu	Pourcentage	p-value ⁽¹⁾	p-value ⁽²⁾	
Ensemble		n=17	26,6%			n=10	15,6%			n=10	15,6%			
Caractéristiques de la patiente	Âge ⁽¹⁾	De 20 à 24 ans	0	0,0%	<0,001	0,2	1	10%	0,008	0,5	0	0%	0,02	0,5
		De 25 à 29 ans	6	35,3%			4	40%			3	30%		
		De 30 à 34 ans	8	47,1%			5	50%			5	50%		
		De 35 à 39 ans	3	17,6%			0	0%			2	20%		
		≥ 40 ans	0	0,0%			0	0%			0	0%		
	Niveau d'étude ⁽¹⁾	Non renseigné	3	17,6%	0,4	0,4	2	20%	1	0,008	0	0%	<0,001	0,2
		Primaire	0	0,0%			0	0%			0	0%		
		Collège	0	0,0%			1	10%			1	10%		
		Lycée	1	5,9%			1	10%			0	0%		
		Supérieur	13	76,5%			6	60%			9	90%		
	Origine démographique ⁽¹⁾	Non renseigné	1	5,9%	0,06	0,3	1	10%	<0,001	0,09	0	0%	0,004	0,1
		Ressortissante d'Europe	2	11,8%			0	0%			2	20%		
		Afrique du Nord	5	29,4%			0	0%			2	20%		
Afrique Sub-Saharienne		2	11,8%	0			0%	0			0%			
France		7	41,2%	9			90%	6			60%			

Tableau XVII : Vécus des patientes en fonction de leurs caractéristiques générales par rapport à l'échantillon de patientes ayant un plutôt mauvais ou mauvais vécu

- (1) Rapporté au nombre de femmes ayant un « mauvais ou plutôt mauvais » vécu
- (2) Rapporté au nombre de femmes ayant un « plutôt bon ou bon » vécu

Variables	Modalités	Vécu d'accouchement ou de césarienne				Vécu des premiers jours en tant que mère				Vécu global				
		Plutôt mal ou mal vécu	Pourcentage	p-value (1)	p-value (2)	Plutôt mal ou mal vécu	Pourcentage	p-value (1)	p-value (2)	Plutôt mal ou mal vécu	Pourcentage	p-value (1)	p-value (2)	
Ensemble		n=17	26,6%			n=10	15,6%			n=10	15,6%			
Caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement	Mauvais vécu du suivi (1)	Gynécologique Obstétrical	2 4	3,1% 6,3%	0,4	0,52	0 4	0,0% 6,3%	0,04	0,05	1 5	1,6% 7,8%	0,09	0,05
	Parité (3)	Primipare	9	14,1%	0,79	0,53	9	14,1%	0,008	0,02	8	12,5%	0,05	0,09
		Multipare	8	12,5%			1	1,6%			2	3,1%		
	Age gestationnel (3)	Entre 36 SA et 38 SA+6j	4	6,3%	0,64	0,18	3	4,7%	0,9	0,3	3	4,7%	0,9	0,3
		Entre 39 SA et 40 SA+6j	6	9,4%			3	4,7%			3	4,7%		
		≥ 41 SA	7	10,9%			4	6,3%			4	6,3%		
	Vécu actes effectués (3)	Plutôt bon ou bon	11	17,2%	0,09	<0,001	6	9,4%		0,004	6	9,4%		0,004
		Plutôt mauvais ou mauvais	6	9,4%			4	6,3%			4	6,3%		
	Mode début de travail (3)	Déclenché	6	9,4%	0,18		3	4,7%	0,2		4	6,3%	0,5	
		Spontané	11	17,2%			7	10,9%			6	9,4%		
	Mode début de travail	Déclenché (3)	6	40%	0,08	0,2	3	20,0%	0,42		4	26,7%	0,1	
		Spontané (4)	11	19%			7	12,1%			6	10,3%		
	Si déclenchement, méthode utilisée (5)	Propess 10mg x1	3	20,0%	0,36	0,52	1	1,6%	0,7	0,7	1	1,6%	0,9	0,8
		Propess 10mg x2	1	6,7%			0	0,0%			1	1,6%		
		Prostine 2mg	1	6,7%			1	1,6%			1	1,6%		
		Ocytoxine	0	0,0%			1	1,6%			1	1,6%		
		Ocytoxine + Laminaires	1	6,7%			0	0,0%			0	0,0%		
	Mode d'accouchement (3)	Voie basse	13	20,3%	0,02	0,55	9	14,1%	0,008		8	12,5%	0,05	0,9
		Césarienne	4	6,3%			1	1,6%			2	3,1%		
	Si césarienne (6)	En urgence	3	25,0%	0,27	0,54	1	8,3%	0,3	0,3	1	1,6%	1	1
Programmée		1	8,3%	0			0,0%	1			1,6%			
Mode d'analgesie (3)	Aucune	1	1,6%	<0,001	0,67	0	0,0%	<0,001	0,5	0	0,0%	0,004	0,4	
	Péridurale	13	20,3%			9	14,1%			8	12,5%			
	Autre	3	4,7%			1	1,6%			2	3,1%			
Actes pratiqués	Episiotomie (6)	1	1,9%	0,2	0,4	1	1,6%	0,8	0,3	1	1,6%	0,8	0,8	
	Amniotomie (4)	4	6,9%			2	3,1%			2	3,1%			
	Expression abdominale (6)	3	5,8%			3	4,7%			2	3,1%			
	Extraction instrumentale (6)	5	9,6%			3	4,7%			3	4,7%			
	DA (3)	5	7,8%			1	1,6%			3	4,7%			
	RU (3)	8	12,5%			2	3,1%			4	6,3%			

Tableau XVIII : Vécus des patientes en fonction de leurs caractéristiques obstétricales par rapport à l'échantillon total

- (1) Rapporté au nombre de femmes de l'échantillon étudié
- (2) Rapporté au nombre de femmes ayant un « plutôt bon ou bon » vécu
- (3) Rapporté au nombre de femmes ayant bénéficié d'un déclenchement
- (4) Rapporté au nombre de femmes pour lesquelles une tentative de voie basse a eu lieu
- (5) Rapporté au nombre de femmes ayant bénéficié d'une césarienne
- (6) Rapporté au nombre de femmes ayant accouché par voie basse

Variables	Modalités	Vécu d'accouchement ou de césarienne				Vécu des premiers jours en tant que mère				Vécu global				
		Plutôt mal ou mal vécu	Pourcentage	p-value (1)	p-value (2)	Plutôt mal ou mal vécu	Pourcentage	p-value (1)	p-value (2)	Plutôt mal ou mal vécu	Pourcentage	p-value (1)	p-value (2)	
Ensemble		n=17	26,6%			n=10	15,6%			n=10	15,6%			
Caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement	Mauvais vécu du suivi (1)	Gynécologique	2	11,8%	0,4	0,3	0	0,0%	0,02	0,05	1	10,0%	0,05	0,05
		Obstétrical	4	23,5%			4	40,0%			5	50,0%		
	Parité (1)	Primipare	9	52,9%	0,7	0,5	9	90,0%	<0,001	0,02	8	80,0%	0,007	0,09
		Multipare	8	47,1%			1	10,0%			2	20,0%		
	Age gestationnel (1)	Entre 36 SA et 38 SA+6j	4	23,5%	0,5	0,2	3	30,0%	0,86	0,3	3	30,0%	0,86	0,3
		Entre 39 SA et 40 SA+6j	6	35,3%			3	30,0%			3	30,0%		
		≥ 41 SA	7	41,2%			4	40,0%			4	40,0%		
	Vécu actes effectués (1)	Plutôt bon ou bon	11	64,7%	0,08	<0,001	6	60,0%	0,37	0,004	6	60,0%	0,37	0,004
		Plutôt mauvais ou mauvais	6	35,3%			4	40,0%			4	40,0%		
	Mode début de travail (1)	Déclenché	6	35,3%	0,2	0,2	3	30,0%	0,07	0,6	4	40,0%	0,2	0,2
		Spontané	11	64,7%			7	70,0%			6	60,0%		
	Si déclenchement, méthode utilisée (1)	Propess 10mg x1	3	17,6%	0,4	0,5	1	10,0%	0,71	0,7	1	10,0%	0,89	0,8
		Propess 10mg x2	1	5,9%			0	0,0%			1	10,0%		
		Prostine 2mg	1	5,9%			1	10,0%			1	10,0%		
		Ocytoxine	0	0,0%			1	10,0%			1	10,0%		
		Ocytoxine + Laminaires	1	5,9%			0	0,0%			0	0,0%		
Mode d'accouchement (1)	Voie basse	13	76,5%	0,002	0,6	9	90,0%	<0,001	0,3	8	80,0%	0,007	0,9	
	Césarienne	4	23,5%			1	10,0%			2	20,0%			
Si césarienne (1)	En urgence	3	17,6%	0,3	0,5	1	10,0%	0,3	0,3	1	10,0%	1	1	
	Programmée	1	5,9%			0	0,0%			1	10,0%			
Mode d'analgésie (1)	Aucune	1	5,9%	<0,001	0,7	0	0,0%	<0,001	0,5	0	0,0%	<0,001	0,4	
	Péridurale	13	76,5%			9	90,0%			8	80,0%			
	Autre	3	17,6%			1	10,0%			2	20,0%			
Actes pratiqués (1)	Episiotomie	1	5,9%	0,1	0,4	1	10,0%	0,77	0,3	1	10,0%	0,71	0,8	
	Amniotomie	4	23,5%			2	20,0%			2	20,0%			
	Expression abdominale	3	17,6%			3	30,0%			2	20,0%			
	Extraction instrumentale	5	29,4%			3	30,0%			3	30,0%			
	DA	5	29,4%			1	10,0%			3	30,0%			
RU	8	47,1%	2	20,0%	4	40,0%								

Tableau XIX : Vécus des patientes en fonction de leurs caractéristiques obstétricales par rapport à l'échantillon de patientes ayant un plutôt mauvais ou mauvais vécu

(1) Rapporté au nombre de femmes ayant un « mauvais ou plutôt mauvais » vécu

(2) Rapporté au nombre de femmes ayant un « plutôt bon ou bon » vécu

Vécu périnatal	Vécu accouchement ou césarienne			Vécu 1ers jours en tant que mère			Vécu global			Total général
	Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais	p-value	Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais	p-value	Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais	p-value	
Sentiment d'écoute										
Sentiment présent	41 (85,4%)	7 (14,6%)	<0,001	43 (89,6%)	5 (10,4%)	0,004	44 (91,7%)	4 (8,3%)	0,005	48 (75,0%)
Sentiment partiellement présent ou absent	6 (37,5%)	10 (62,5%)		11 (68,8%)	5 (31,3%)		10 (62,5%)	6 (37,5%)		16 (25,0%)
Total général	47 (73,4%)	17 (26,6%)		54 (84,4%)	10 (15,6%)		54 (84,4%)	10 (15,6%)		64 (100,0%)

Tableau XX : Vécus des patientes en fonction du sentiment d'écoute, d'entente et de compréhension

Sentiment d'écoute	Echange	Que en SDN	Que en SDC	En SDN et en SDC	Pas d'échange	p-value	Total général
Sentiment présent		14 (29,2%)	4 (8,3%)	4 (8,3%)	26 (54,2%)	0,44	48 (75,0%)
Sentiment partiellement présent ou absent		2 (12,5%)	1 (6,3%)	1 (6,3%)	12 (75,0%)		16 (25,0%)
Total général		16 (25,0%)	5 (7,8%)	5 (7,8%)	38 (59,4%)		64 (100,0%)

Tableau XXI : Echange avec un soignant en fonction du sentiment d'écoute, d'entente et de compréhension

Sentiment d'écoute	Présence du soignant	Souhait présence supplémentaire	Présence suffisante	Total général	p-value
Sentiment présent		6 (12,5%)	42 (87,5%)	48 (75,0%)	0,03
Sentiment partiellement présent ou absent		8 (50,0%)	8 (50,0%)	16 (25,0%)	
Total général		14 (21,9%)	40 (62,5%)	64 (100,0%)	

Tableau XXII : Présence du soignant en fonction du sentiment d'écoute, d'entente et de compréhension

Vécu des actes Informations, explications, consentements	Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais	Total général	p-value
Satisfaisants	53 (98,1%)	1 (1,9%)	54 (84,4%)	<0,001
Partiellement ou pas satisfaisants	3 (30,0%)	7 (70,0%)	10 (15,6%)	
Total général	56 (87,5%)	8 (12,5%)	64 (100,0%)	

Tableau XXIII : Vécu des patientes des actes effectués en fonction de la satisfaction concernant les informations, les explications et les consentements

Satisfaction	Vécu d'accouchement	Bon ou plutôt bon n=47	Mauvais ou plutôt mauvais n=17	Total général	p-value
Informations, compréhensions et consentements satisfaisants		43 (79,6%)	11 (20,4%)	54 (84,4%)	0,009
Informations, compréhensions et consentements partiellement ou pas satisfaisants		4 (40,0%)	6 (60,0%)	10 (15,6%)	
Total général		47 (73,4%)	17 (12,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XXIV : Vécu d'accouchement en fonction de la satisfaction des informations, des explications et de la recherche du consentement

Satisfaction	Vécu global	Bon ou plutôt bon n=54	Mauvais ou plutôt mauvais n=10	Total général	p-value
Informations, compréhensions et consentements satisfaisants		49 (90,7%)	5 (9,3%)	54 (84,4%)	0,001
Informations, compréhensions et consentements partiellement ou pas satisfaisants		5 (50,0%)	5 (50,0%)	10 (15,6%)	
Total général		54 (84,4%)	10 (15,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XXV : Vécu global en fonction de la satisfaction des informations, des explications et de la recherche du consentement

Satisfaction	Vécu iers jours en tant que mère	Bon ou plutôt bon n=54	Mauvais ou plutôt mauvais n=10	Total général	p-value
Informations, compréhensions et consentements satisfaisants		48 (88,9%)	6 (11,1%)	54 (84,4%)	0,02
Informations, compréhensions et consentements partiellement ou pas satisfaisants		6 (60,0%)	4 (40,0%)	10 (15,6%)	
Total général		54 (84,4%)	10 (15,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XXVI : Vécu des premiers jours en tant que mère en fonction de la satisfaction des informations, des explications et de la recherche du consentement

Accueil Installation	Vécu	Vécu 1ers jours en tant que mère		Total général	p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais		
<i>Satisfaisants</i>		46 (90,2%)	5 (9,8%)	51 (79,7%)	0,01
<i>Partiellement ou pas satisfaisants</i>		8 (61,5%)	5 (38,5%)	13 (20,3%)	
<i>Total général</i>		54 (84,4%)	10 (15,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XXVII : Vécu des premiers jours en tant que mère en fonction de la satisfaction de l'accueil et de l'installation

Intimité	Vécu	Vécu d'accouchement ou de césarienne		Total général	p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais		
<i>Respectée</i>		42 (79,2%)	11 (20,8%)	53 (82,8%)	0,02
<i>Partiellement ou pas respectée</i>		5 (45,5%)	6 (54,5%)	11 (17,2%)	
<i>Total général</i>		47 (73,4%)	17 (26,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XXVIII : Vécu d'accouchement ou de césarienne en fonction du respect de l'intimité en Salles de Naissances

Respect des souhaits	Vécu	Vécu d'accouchement ou de césarienne		Total général	p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais		
<i>Satisfaite</i>		45 (88,2%)	6 (11,8%)	51 (79,7%)	<0,001
<i>Partiellement ou pas satisfaite</i>		2 (15,4%)	11 (84,6%)	13 (20,3%)	
<i>Total général</i>		47 (73,4%)	17 (26,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XXIX : Vécu d'accouchement ou de césarienne en fonction de la satisfaction du respect des souhaits

Respect des souhaits	Vécu	Vécu global		Total général	p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais		
<i>Satisfaite</i>		47 (92,2%)	4 (7,8%)	51 (79,7%)	<0,001
<i>Partiellement ou pas satisfaite</i>		7 (53,8%)	6 (46,2%)	13 (20,3%)	
<i>Total général</i>		54 (84,4%)	10 (15,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XXX : Vécu global en fonction de la satisfaction du respect des souhaits

Vécu actes effectués	Vécu	Vécu d'accouchement ou de césarienne		Total général	p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais		
<i>Bon ou plutôt bon</i>		45 (80,4%)	11 (19,6%)	56 (79,7%)	<0,001
<i>Mauvais ou plutôt mauvais</i>		2 (25,0%)	6 (75,0%)	8 (20,3%)	
<i>Total général</i>		47 (84,4%)	17 (15,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XXXI : Vécu d'accouchement ou de césarienne en fonction du vécu des actes effectués

PEC douleur	Vécu	Vécu d'accouchement ou de césarienne		Total général	p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais		
<i>Satisfaite</i>		32 (80,0%)	8 (20,0%)	40 (62,5%)	0,12
<i>Partiellement ou pas satisfaite</i>		15 (62,5%)	9 (37,5%)	24 (37,5%)	
<i>Total général</i>		47 (73,4%)	17 (26,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XXXII : Vécu d'accouchement ou de césarienne en fonction de la satisfaction de la prise en charge de la douleur

PEC douleur	Vécu	Vécu des premiers jours en tant que mère		Total général	p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais		
<i>Satisfaite</i>		37 (92,5%)	3 (7,5%)	40 (62,5%)	0,02
<i>Partiellement ou pas satisfaite</i>		17 (70,8%)	7 (29,2%)	24 (37,5%)	
<i>Total général</i>		54 (84,4%)	10 (15,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XXXIII : Vécu des premiers jours en tant que mère en fonction de la satisfaction de la prise en charge de la douleur

PEC douleur	Vécu	Vécu global		Total général	p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais		
<i>Satisfaite</i>		35 (87,5%)	5 (12,5%)	40 (62,5%)	0,37
<i>Partiellement ou pas satisfaite</i>		19 (79,2%)	5 (20,8%)	24 (37,5%)	
<i>Total général</i>		54 (84,4%)	10 (15,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XXXIV : Vécu global en fonction de la satisfaction de la prise en charge de la douleur

Présence soignant	Vécu	Vécu d'accouchement ou de césarienne		Total général	p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais		
	<i>Suffisante</i>	42 (84,0%)	8 (16,0%)	50 (78,1%)	<0,001
	<i>Souhait présence supplémentaire</i>	5 (35,7%)	9 (64,3%)	14 (21,9%)	
	Total général	47 (73,4%)	17 (26,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XXXV : Vécu d'accouchement ou de césarienne en fonction de la présence du soignant

Présence soignant	Vécu	Vécu global		Total général	p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais		
	<i>Suffisante</i>	46 (92,0%)	4 (8,0%)	50 (78,1%)	0,001
	<i>Souhait présence supplémentaire</i>	8 (57,1%)	6 (42,9%)	14 (21,9%)	
	Total général	54 (84,4%)	10 (15,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XXXVI : Vécu global en fonction de la présence du soignant

Echange	Vécu	Vécu d'accouchement ou de césarienne		Total général	p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais		
	<i>Que en SDN</i>	13 (81,3%)	3 (18,8%)	16 (25,0%)	0,75
	<i>Que en SDC</i>	3 (60,0%)	2 (40,0%)	5 (7,8%)	
	<i>En SDN et en SDC</i>	4 (80,0%)	1 (20,0%)	5 (7,8%)	
	<i>Pas d'échange</i>	27 (71,1%)	11 (28,9%)	38 (59,4%)	
	Total général	47 (73,4%)	17 (26,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XXXVII : Vécu d'accouchement ou de césarienne en fonction de l'existence d'échange avec un soignant

Echange	Vécu	Vécu d'accouchement ou de césarienne		Total général	p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais		
	<i>Souhait échange</i>	9 (47,4%)	10 (52,6%)	19 (29,7%)	0,002
	<i>Pas besoin d'échange</i>	38 (84,4%)	7 (15,6%)	45 (70,3%)	
	Total général	47 (73,4%)	17 (26,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XXXVIII : Vécu d'accouchement ou de césarienne en fonction du besoin d'échange avec un soignant

Adjectifs accompagnement	Vécu	Vécu d'accouchement ou de césarienne		Vécu des premiers jours en tant que mère		p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais	Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais	
<i>Positifs</i>		78 (92,9%)	15 (38,5%)	51 (75,0%)	1 (3,8%)	<0,001
<i>Négatifs</i>		6 (7,1%)	24 (61,5%)	17 (25,0%)	25 (96,2%)	
Total général		84 (100,0%)	39 (100,0%)	68 (84,4%)	26 (15,6%)	

Tableau XXXIX : Vécus des patientes en fonction des adjectifs attribués concernant l'accompagnement

Informations, aide alimentation	Vécu	Vécu des premiers jours en tant que mère		Vécu global		Total général	p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais	Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais		
<i>Satisfaite</i>		49 (92,5%)	4 (7,5%)	48 (90,6%)	6 (11,3%)	53 (82,8%)	<0,001
<i>Partiellement ou pas satisfaite</i>		5 (45,5%)	6 (54,5%)	7 (63,6%)	4 (36,4%)	11 (17,2%)	
Total général		54 (84,4%)	10 (15,6%)	54 (84,4%)	10 (15,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XL : Vécus des patientes en fonction de la satisfaction concernant les informations et l'aide apportés sur l'alimentation de leur nouveau-né

Informations, aide alimentation	Vécu	Vécu de l'alimentation		Total général	p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais		
<i>Satisfaite</i>		53 (100,0%)	0 (0,0%)	53 (82,8%)	<0,001
<i>Partiellement ou pas satisfaite</i>		0 (0,0%)	11 (100,0%)	11 (17,2%)	
Total général		53 (82,8%)	11 (17,2%)	64 (100,0%)	

Tableau XLI : Vécu de l'alimentation en fonction de la satisfaction concernant les informations et l'aide apportés sur l'alimentation de leur nouveau-né

Attention état physique	Vécu	Vécu des premiers jours en tant que mère		Total général	p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais		
<i>Satisfaite</i>		51 (89,5%)	6 (10,5%)	57 (82,8%)	0,001
<i>Partiellement ou pas satisfaite</i>		3 (42,9%)	4 (57,1%)	7 (17,2%)	
Total général		54 (84,4%)	10 (15,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XLII : Vécu des premiers jours en tant que mère en fonction de la satisfaction concernant l'attention portée par les soignant sur l'état physique des patientes

Attention état psychologique	Vécu	Vécu des premiers jours en tant que mère		Total général	p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais		
<i>Satisfaite</i>		39 (95,1%)	2 (4,9%)	41 (64,1%)	0,002
<i>Partiellement ou pas satisfaite</i>		15 (65,2%)	8 (34,8%)	23 (35,9%)	
Total général		54 (84,4%)	10 (15,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XLIII : Vécu des premiers jours en tant que mère en fonction de l'attention portée par les soignants concernant l'état psychologique des patientes

Place accompagnant	Vécu	Vécu d'accouchement ou de césarienne		Total général	p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais		
<i>Adaptée</i>		38 (80,9%)	9 (19,1%)	47 (73,4%)	0,03
<i>Partiellement ou pas adaptée</i>		9 (52,9%)	8 (47,1%)	17 (26,6%)	
Total général		47 (73,4%)	17 (26,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XLIV : Vécu d'accouchement ou de césarienne en fonction de la place accordée à l'accompagnant

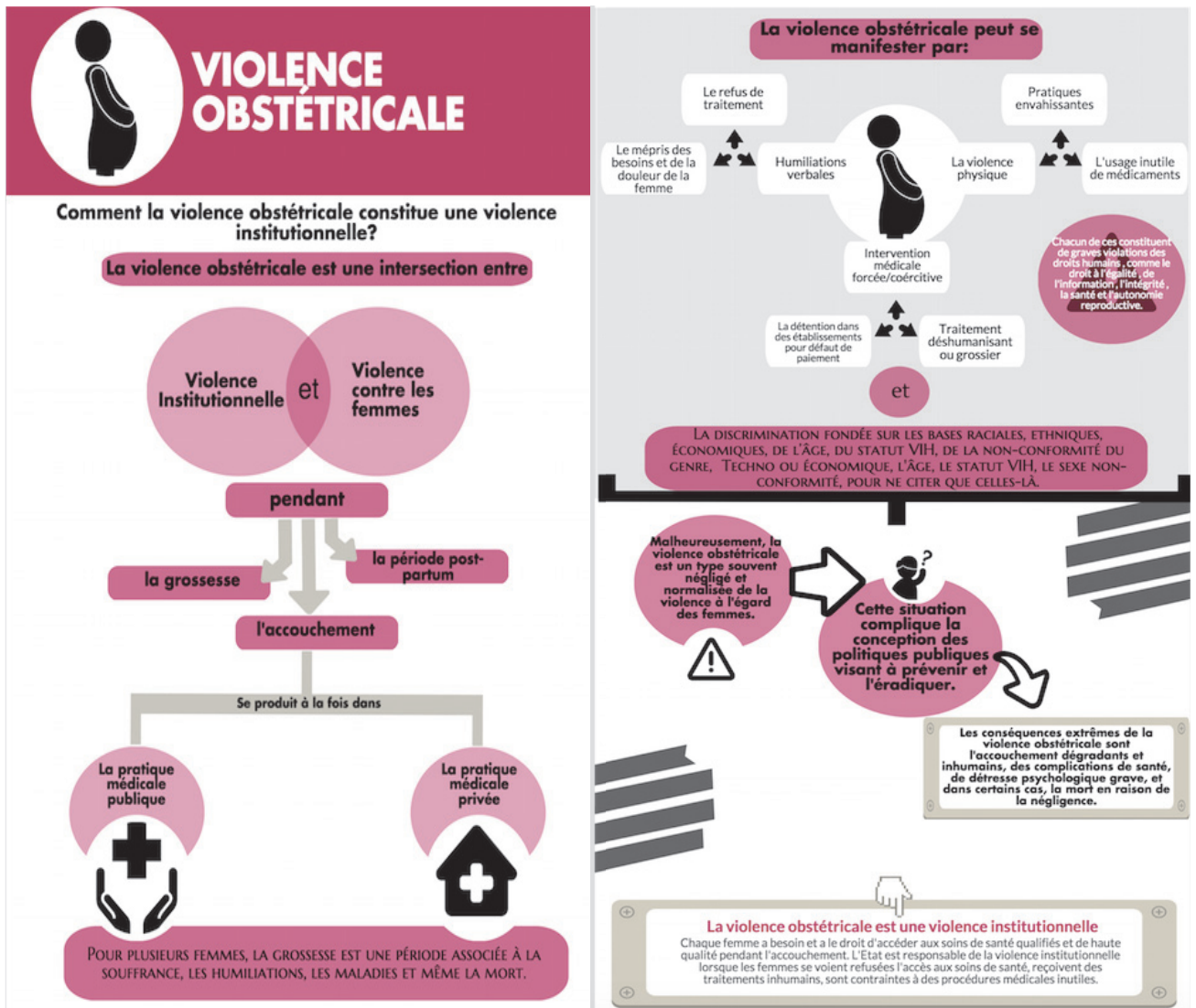
Accompagnement Place accompagnant	Sentiment écoute, entente, compréhension			p-value	Besoin présence supplémentaire		Total général	p-value
	Présent	Partiellement ou pas présent			Oui	Non		
<i>Adaptée</i>	38 (80,9%)	9 (19,1%)	0,07	7 (14,9%)	40 (85,1%)	47 (73,4%)	0,03	
<i>Partiellement ou pas adaptée</i>	10 (58,8%)	7 (41,2%)		7 (41,2%)	10 (58,8%)	17 (26,6%)		
Total général	48 (75,0%)	16 (25,0%)		14 (21,9%)	50 (78,1%)	64 (100,0%)		

Tableau XLV : Caractéristiques de l'accompagnement en fonction de la place accordée à l'accompagnant

Violence verbale	Vécu	Vécu d'accouchement ou de césarienne			Vécu premiers jours en tant que mère			Vécu global		Total général	p-value
		Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais	p-value	Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais	p-value	Bon ou plutôt bon	Mauvais ou plutôt mauvais		
<i>Oui</i>		3 (33,3%)	6 (66,7%)	0,003	5 (55,6%)	4 (44,4%)	0,19	2 (22,2%)	7 (77,8%)	9 (14,1%)	<0,001
<i>Non</i>		44 (80,0%)	11 (20,0%)		42 (76,4%)	13 (23,6%)		52 (94,5%)	3 (5,5%)	55 (85,9%)	
Total général		47 (73,4%)	17 (26,6%)		54 (84,4%)	10 (15,6%)		54 (84,4%)	10 (15,6%)	64 (100,0%)	

Tableau XLVI : Vécus des patientes en fonction de l'existence de violence verbale de la part des soignants

Annexe IV : Dépliant concernant les violences obstétricales réalisé par le WGNRR



VIOLENCES OBSTÉTRICALES COMPRENDRE - PRÉVENIR - RÉPARER

RECENSER ET DOCUMENTER LES MALTRAITANCES



- création d'un observatoire national de la maltraitance envers les patients
- signalement facilité des maltraitances par les victimes ou par des tiers témoins
- exploitation en interne de toutes les déclarations reçues dans le cadre de la Commission Des Usagers dans une optique d'amélioration des services ; ...

INFORMER LES USAGERS

- campagne d'information à destination du grand public sur les droits des patients
- accessibilité au public d'indicateurs de pratique pensés avec les usagers et disponibles par maternité
- mesures du vécu des femmes pensées avec les usagers, disponibles par maternité; mesures quantitatives de vécu pour tous les parcours de soins (assistance médicale à la procréation, suivi de grossesse, interruption de grossesse, ...) ; ...



SENSIBILISER ET FORMER LES SOIGNANTS



- intégration du patient-formateur dans les cursus de formation initiale et continue ; recours à des méthodes de formation pratique adaptées
- formation à la détection du syndrome de stress post-traumatique
- diffusion des recommandations de bonnes pratiques actualisées et évaluation systématique de leur mise en œuvre effective ; ...

PROMOUVOIR LA COMMUNICATION PATIENTS / SOIGNANTS

- entretien post-natal pour toutes les femmes qui le souhaitent
- reprise des événements avec l'équipe soignante concernée en cas d'accouchement sorti de la "normalité"
- développement de moyens de communication adaptés aux besoins spécifiques ; ...



RÉPARER, RECONNAÎTRE ET SANCTIONNER



- prises en charge à 100% des consultations psychothérapeutiques faisant suite à un traumatisme subi
- formation et sensibilisation à la maltraitance en obstétrique des experts médicaux et des professionnels du secteur judiciaire
- soutien financier pour les associations d'usagers accompagnant les femmes victimes ; ...

CENTRER LES SOINS SUR LA PATIENTE

- augmentation des ressources humaines en maternité
- amélioration de la coordination des parcours de soins entre ville et hôpital
- diversification réelle et accessible des modes d'accompagnement des grossesses et des accouchements et des lieux de naissance ; ...



infographie reprenant les préconisations principales du Ciane - Octobre 2017

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de Médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

Titre : Etat des lieux du vécu des femmes : vers la bientraitance dans le secteur de la naissance.

Mots-clés : Vécu, violences obstétricales, accompagnement, bientraitance, respect.

Objectifs : Evaluer le vécu des femmes dans le secteur de la naissance et déterminer les facteurs impactant ce vécu.

Méthodes : Etude monocentrique, quantitative et qualitative, par le biais d'entretiens semi-directifs réalisées auprès de 64 patientes hospitalisées depuis au moins 48 heures dans l'unité de Suites de Couches du CHU de Nice.

Résultats : Des violences obstétricales sont observées au CHU de Nice et ont un impact sur le vécu des femmes dans le secteur de la naissance, tout comme l'accompagnement que les soignants leur ont apporté.

Conclusion : Ce mémoire a permis une prise de conscience sur les violences obstétricales ainsi que sur l'importance de la relation entre le soignant et la patiente au vu de l'impact qu'elle peut engendrer sur le vécu des femmes dans le secteur de la naissance.

Title : Inventory of women's experience : towards well-treatment in the birth sector.

Keywords : women's experience, obstetric violence, support, well-treatment, respect.

Aims : Evaluate women's experience in the birth sector and determine the factors impacting this experience.

Methods : Single-center study, quantitative and qualitative assessments, using semi-leading interviews of 64 patients hospitalized after childbirth for at least 48 hours in the Nice teaching hospital.

Results : Obstetric violence is observed at the Nice teaching hospital and has an impact on the women's experience in the birth sector, as well as the support that caregivers have provided.

Conclusion : This work resulted in an awareness of obstetric violence as well as the importance of the relationship between the caregiver and the patient in view of the impact it can have on women's experiences in the birth sector.