



Les violences obstétricales : état des lieux des pratiques associées à un mauvais vécu de l'accouchement en CHU à Marseille

Marie Ferrer-Ferrer

► **To cite this version:**

Marie Ferrer-Ferrer. Les violences obstétricales : état des lieux des pratiques associées à un mauvais vécu de l'accouchement en CHU à Marseille. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02379300

HAL Id: dumas-02379300

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02379300>

Submitted on 25 Nov 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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

Ecole de Maïeutique

Les violences obstétricales : état des lieux des pratiques associées à un mauvais vécu de l'accouchement en CHU à Marseille

Présenté et publiquement soutenu

Le 23 avril 2019

Par

FERRER-FERRER Marie

Née le 13/08/1995

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2018/2019

Membres du jury :

- RIQUET Sébastien, sage-femme enseignant
- TACIACK-ABBINK Sophie, sage-femme coordinatrice
- ZAKARIAN Carole, sage-femme enseignante, directrice de l'école de maïeutique (directrice de mémoire)

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole de Maïeutique

Les violences obstétricales : état des lieux des pratiques associées à un mauvais vécu de l'accouchement en CHU à Marseille

FERRER-FERRER Marie
Née le 13/08/1995

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

Année universitaire 2018-2019

| | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Validation 1^{ère} session 2019 : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Mention : | Félicitations du Jury | <input type="checkbox"/> |
| | Très bien | <input type="checkbox"/> |
| | Bien | <input type="checkbox"/> |
| | Assez bien | <input type="checkbox"/> |
| | Passable | <input type="checkbox"/> |
| Validation 2^{ème} session 2019 : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| Mention : | | |

Visa et tampon de l'école

**Les violences obstétricales :
état des lieux des pratiques
associées à un mauvais vécu
de l'accouchement en CHU à
Marseille**

REMERCIEMENTS

Merci à Zakarian Carole, ma directrice de mémoire, qui m'a aidée dans la réalisation de ce mémoire dont le sujet me tenait à cœur

Merci à Riquet Sébastien, pour le partage de ses connaissances et ses conseils

Merci à l'équipe pédagogique, d'avoir permis la réalisation de ce mémoire

Et merci à mes parents, pour leurs encouragements et leur soutien sans faille...

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| Introduction..... | 1 |
| Matériels et méthode..... | 5 |
| 1. Population étudiée..... | 5 |
| 2. Variables mesurées..... | 5 |
| 3. Recueil des données..... | 6 |
| 4. Analyse des résultats..... | 7 |
| Résultats..... | 8 |
| a. Préparation anténatale..... | 11 |
| b. Facteurs conditionnant l'environnement de la femme en salle de naissance..... | 12 |
| c. Le déclenchement artificiel du travail..... | 13 |
| d. Gestes pratiqués en salle de naissance..... | 13 |
| e. Pratiques de gestion du travail et de l'accouchement..... | 14 |
| Analyse et discussion..... | 15 |
| Conclusion de l'étude..... | 22 |
| Bibliographie | |
| Annexe | |
| Glossaire | |
| Résumé | |

INTRODUCTION

Les politiques de santé avaient pensé prévention et réduction des risques, les femmes réclament aujourd'hui humanité, dignité préservée et autonomie [1]. En dépit des grands progrès faits en France en termes de morbidité et mortalité maternelle et néonatale [2], les professionnels de santé doivent faire face à un nouvel enjeu : celui des violences obstétricales. Relayées en masse par les médias et les réseaux sociaux en 2014, elles sont apparues comme un coup de massue sur la communauté médicale. Nos pratiques de soins censées prévenir les maux ou soulager les femmes auraient-elles eu l'effet inverse ?

Violences éminemment sexistes [3-9], dirigées contre des femmes, leurs formes sont diverses. Le comité de travail de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2015, définissait comme telles « *l'ensemble des abus physiques, sexuels, verbaux, des discriminations et stigmatisations, ou des manquements aux obligations de soins, ou encore un défaut de relation entre les professionnels de santé et les femmes* » [10]. Pour l'heure, si aucune définition consensuelle n'a pu être trouvée, nombreux auteurs s'accordent pour dire que ces déviances trouvent leur source dans la surmédicalisation des accouchements, et dans le mésusage des protocoles médicaux [4-5].

Si on imagine difficilement l'existence de maltraitances physiques (recours à la force, coups, restrictions) ou sexuelles sous nos latitudes, force est de constater que cette violence peut revêtir d'autres aspects. Qu'elle soit intentionnelle ou non, pour le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) qui accompagne en France les femmes victimes de violences obstétricales, les violences concernent surtout les perturbations pouvant exister dans la relation de soins. Sont ainsi définies comme telles les violences verbales (propos infantilisants, sexistes, homophobes, etc...), la non-reconnaissance et l'absence de prise en charge de la douleur de la femme, l'absence d'accompagnement ou de bienveillance de la part de l'équipe soignante, le non-respect de la pudeur, et les comportements brutaux [11]. Également cités dans la définition du CIANE, l'absence d'information, de recueil du consentement ou encore le non-respect du refus de soin font sûrement partie des premières critiques avancées par les femmes [4, 10, 11], qui regrettent parfois le recours aux pratiques non respectueuses de la physiologie malgré elles, comme l'épisiotomie, les césariennes, ou encore l'accouchement en position gynécologique [4].

Au Venezuela, où les violences obstétricales ont été décrites pour la première fois en 2007, la loi les condamne en raison de leur caractère « *déshumanisant* », « *lié*

à une hyper-médicalisation rendant pathologique un processus naturel », celui de la naissance [4,5,7,8]. Car il est bien là question de pathologie, lorsqu'on sait que les femmes ayant subi ce type de maltraitances au cours de leur accouchement rapportent par la suite de nombreux maux : perte d'autonomie ou du sentiment de contrôle de leur corps affectant leur vie sexuelle ou personnelle, honte, haine envers le personnel médical, sentiment d'être isolée, peur voire traumatisme, et dans les cas les plus extrêmes, syndrome de stress post-traumatique [2,4,5,7,10,12-17]. Les effets peuvent perdurer dans le temps et certaines vont même jusqu'à fuir tout suivi gynécologique ensuite, interrompre leur grossesse ou demander une césarienne par peur d'être à nouveau victime de violence au cours de leur accouchement [10,16,17], moment de particulière vulnérabilité pour une femme.

Ainsi, en 2015, l'OMS interpellait les systèmes de santé internationaux face à la recrudescence de témoignages de femmes victimes de pratiques de soins abusives et maltraitantes menées au cours de leur accouchement, aux quatre coins du monde. Nuisibles à la relation de confiance liant les femmes aux professionnels de santé, elles constituent par ailleurs un non-respect des droits fondamentaux de dignité, de liberté, et d'information notamment [18]. L'OMS réclamait alors que soient mis en place des programmes d'amélioration des soins et des études pour définir et mesurer ces pratiques [18].

Il a fallu attendre 2017 pour qu'en France Marlène Schiappa, secrétaire d'Etat chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, s'exprime à ce sujet. Suite à sa demande, un rapport sur les « *actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical* » était rédigé. Les chiffres sont éloquentes : au total, 6% des femmes se déclaraient selon ce rapport, en 2016, « *pas du tout, ou plutôt pas satisfaites* » de leur suivi de grossesse ou de leur accouchement. Vingt-six recommandations sont par la suite proposées pour améliorer les prises en charge, qui se doivent d'être « *adaptées* » [3].

Les différents plans de périnatalité successifs avaient justement pour finalité d'ajuster les parcours de soins, en orientant les femmes selon leur niveau de risque obstétrical ou néonatal vers les structures adaptées. Ces plans, pensés pour diminuer les morbi-mortalités maternelle et néonatale, ont néanmoins conduit à la diminution brutale du nombre de maternités en France. Passant de 1369 en 1975 à 517 en 2016, celles qui persistent doivent en conséquence faire face à des accouchements de plus en plus nombreux. Ainsi, les structures réalisant plus de 2000 accouchements par an

se multiplient tandis que les maternités accueillant moins de 500 parturientes par an sont, elles, en déclin [2].

Face à cela, la volonté des femmes de contrôler leur corps d'en être maitresses, n'a jamais été aussi grande et une tendance à l'accouchement « respecté », plus physiologique et moins médicalisé voit le jour [1,19]. De nombreuses maternités revendiquent alors fièrement le label IHAB (Initiative Hôpital Ami de Bébés), prônant la « bientraitance bénéfique à tous les bébés et toutes mères ». Dans un même temps, les maisons de naissances sont finalement autorisées à l'expérimentation après avoir été mises de côté dans les politiques de santé publique, et la Haute Autorité de la Santé publiait en 2017, comme un rappel à l'ordre, des recommandations de bonnes pratiques destinées à améliorer la prise en charge des accouchements « normaux », par une réduction des interventions médicales. Elle rappelait également l'existence du projet de naissance, outil permettant aux femmes d'exprimer leurs souhaits particuliers concernant leur accouchement à l'équipe les prenant en charge le jour J, encore peu utilisé en pratique courante [20].

Aujourd'hui, des associations comme le CIANE ou l'Association Francophone pour l'Accouchement Respecté (AFAR) tentent de faire connaître les violences obstétricales et faire entendre les droits des femmes auprès des instances judiciaires. Au même titre que leur condamnation, il apparaît urgent pour les professionnels de la périnatalité, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes, de mieux définir les violences obstétricales et leur fréquence, seule condition permettant d'apporter des actions correctrices et d'améliorer le vécu de l'accouchement des femmes.

Il s'agit finalement, par ce travail de mémoire, de répondre à cette question de recherche :

« Quelles sont les pratiques de soins obstétricales associées à une perception négative chez les femmes accouchant à Marseille ?

Les objectifs de la recherche seront alors :

- Faire un état des lieux des actes professionnels ressentis comme violents par les femmes
- Déterminer la fréquence de ces violences
- Evaluer le degré de la violence ressentie
- Rechercher les facteurs caractérisant les différences de perception de ces violences entre les femmes.

MATERIELS ET METHODE

Afin de faire un état des lieux des pratiques de soins en obstétrique associées à une perception négative chez les femmes, une démarche quantitative basée sur la distribution d'un questionnaire a été choisie.

1. Population étudiée

L'étude a été menée auprès de femmes hospitalisées en suites de couches dans le cadre du post-partum, répondant au questionnaire sur la base du volontariat. N'ont pas été incluses les femmes ayant accouché à domicile, celles ayant donné naissance à un nouveau-né mort-né ou à un fœtus mort in-utero, les femmes mineures ou majeures sous mesure de protection (tutelle ou curatelle), ou les non francophones. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

Le questionnaire permettant la réalisation de cette étude transversale, descriptive et comparative, a été distribué dans les maternités de l'hôpital de La Conception et de l'hôpital Nord à Marseille, deux maternités publiques de niveau III (prenant en charge des grossesses à haut risque obstétrical ou néonatal). Une demande d'autorisation de distribution avait été faite auprès d'autres maternités privées ou semi-privées, de niveau IIa et IIb, mais elles ont été refusées.

L'étude a débuté en juin 2018 et a été arrêtée en novembre 2018.

2. Variables mesurées

Le questionnaire permettant le recueil des données (Annexe 1) était constitué de trois variables quantitatives, placées en début de questionnaire (l'âge, la parité et le(s) mode(s) d'accouchement(s) antérieur(s) de la femme), et de variables qualitatives.

Les femmes étaient interrogées sur leur participation ou non à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, et devaient préciser si ces séances avaient pu représenter ou non une aide au cours de leur accouchement.

Il leur était ensuite demandé d'évaluer à l'aide d'une échelle de Likert de 6 items le vécu global de leur accouchement, de « très mal vécu » à « très bien vécu ».

Les autres variables qualitatives, basées sur la revue de la littérature, sont des pratiques associées au terme de violences obstétricales dans la littérature internationale et pour le CIANE [11]. Pour chacune de ces pratiques une échelle d'évaluation du vécu (échelle de Likert) de 6 items a été construite, permettant d'évaluer le degré de la violence ressentie de « très mal vécu » à « très bien vécu ».

Il était également demandé aux femmes, pour les gestes spécifiques (césarienne, déclenchement du travail, épisiotomie, et révision utérine) si une information sur la nécessité et le déroulement du geste leur avait été délivrée et si le recueil de leur accord avait été fait pour la réalisation de l'acte. Les femmes étaient également interrogées sur la délivrance de leur accord avant la réalisation des touchers vaginaux.

Pour la césarienne, il était demandé aux femmes si elle avait été réalisée en urgence.

Pour les femmes ayant accouché par voie basse en position gynécologique, les femmes devaient préciser s'il s'agissait d'un choix personnel ou non.

3. Recueil des données

Le questionnaire permettant le recueil des données a été placé en Annexe 1.

Dans un souci de faciliter le recueil des résultats, fait en suites de couches, seule la période du per-partum a été explorée à travers les items concernant le vécu des femmes.

Pour ne pas influencer les réponses des femmes interrogées, les termes de « violence obstétricale », « violence », « maltraitance » ont été exclus du questionnaire et n'ont jamais été prononcés lors de sa distribution. De plus, tous les questionnaires recueillis ont été anonymisés, numérotés pour être identifiables au cours du traitement des données, et les informations fournies sont restées confidentielles.

Le questionnaire a été testé sur 8 femmes. Aucune modification n'a été nécessaire par la suite. Au total, 104 participations ont été incluses.

4. Analyse des résultats

La retranscription et le codage des données ont été faits sur le logiciel Microsoft Excel. Les données qualitatives ont été codées de manière binaire (0,1).

Plus rarement, un codage numérique (0,1,2) a été utilisé : 0 pour « non », 1 pour les « oui » et 2 pour les femmes non concernées (par exemple, les femmes ayant eu une césarienne programmée, non concernées par l'enregistrement cardiotocographique au cours du travail).

Les échelles de Likert ont été retranscrites de manière numérique afin de pouvoir les analyser statistiquement. Ainsi le degré 1 de l'échelle correspond à une pratique « très mal vécue », le degré 2 est « mal vécu » et ainsi de suite jusqu'au degré 6 qui est une pratique « très bien vécue ».

Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse descriptive puis comparative. L'analyse comparative des données a été effectuées grâce au logiciel PSPP. Un test de Student a été appliqué aux données quantitatives issues des échelles de Likert afin de comparer plusieurs groupes aux critères qualitatifs différents.

Les résultats concernant les primipares et les multipares ont fait l'objet d'un traitement distinct, pour certains critères :

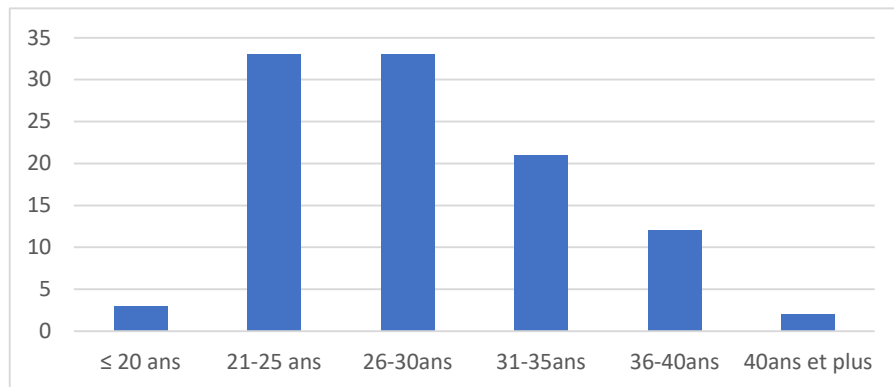
- L'accouchement par césarienne
- La réalisation d'une épisiotomie
- La réalisation des touchers vaginaux
- L'accompagnement par l'équipe médicale
- L'accouchement en position gynécologique.

Le seuil de significativité choisi pour l'interprétation des résultats était celui d'un risque α à 5 % ($p < 0.05$).

RESULTATS

1. Analyse descriptive des données recueillies

Sur 104 femmes interrogées, 41 étaient des primipares et 63 étaient des multipares.



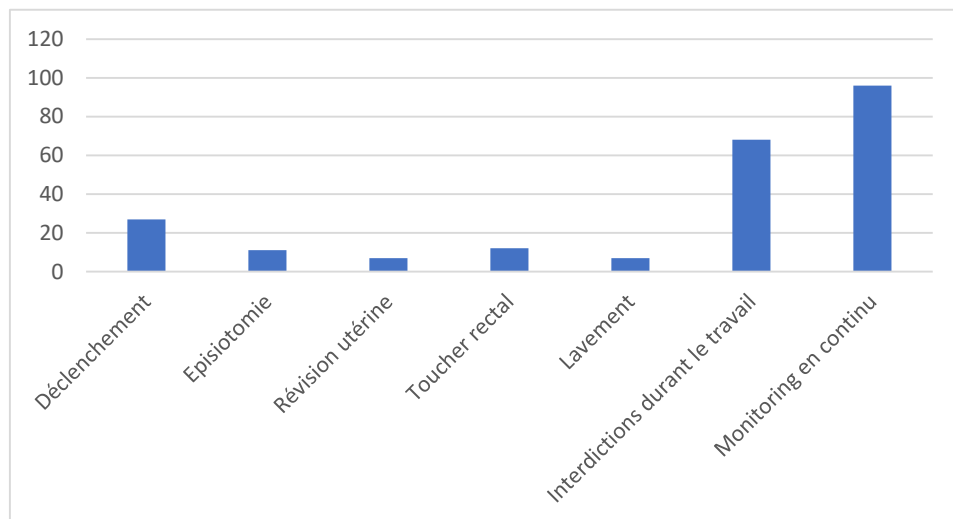
Histogramme 1 : Représentation graphique de la répartition en âge de la population

Les femmes avaient majoritairement entre 20 et 30 ans.

20 femmes avaient participé à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : 15 étaient des primipares et 5 étaient des multipares.

37 femmes sur les 104 interrogées avaient été césarisées, dont 26 en urgence au cours du travail. Les 67 autres femmes ayant accouché par voie basse avaient toutes accouché en position gynécologique, couchées sur le dos.

Les autres pratiques de soin sont représentées sur l'histogramme de la page suivante.



Histogramme 2 : Représentation graphique de la fréquence des pratiques de soins

Sur les 104 femmes interrogées, 68 ont été interdites de bouger, boire ou manger. 30 avaient la possibilité de déambuler, s'hydrater ou manger, et 6 n'ont pas été concernées par ces interdictions en cours de travail (en raison d'une césarienne programmée ou d'un accouchement en trombe).

Chez les 5 femmes n'ayant pas eu d'enregistrement cardio-tocographique en continu, 4 ont eu une césarienne programmée.

2. Analyse comparative des données recueillies

Le vécu global de l'accouchement (évalué de 1 à 6 sur l'échelle de Likert) est illustré dans le tableau qui suit en fonction du vécu de différents facteurs étudiés individuellement :

| Facteurs | Items | n | Moyenne | Différence des moyennes | P | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----|---------|-------------------------|-------|---------|
| Parité | Primiparité | Oui | 41 | 4,05 | -0,22 | NS |
| | | Non | 63 | 4,27 | | |
| Préparation anténatale | Participation à des séances de PNP | Oui | 20 | 5,15 | 1,20 | < 0,001 |
| | | Non | 84 | 3,95 | | |

| | | | | | | |
|--|--|-----|------|------|--------|------------------|
| Environnement de la femme en salle de naissance | Présence d'un accompagnant | Oui | 88 | 4,16 | -0,15 | NS |
| | | Non | 16 | 4,31 | | |
| | Accompagnement par l'équipe médicale | Oui | 97 | 4,31 | 1,88 | 0,002 |
| | | Non | 7 | 2,43 | | |
| | Respect de la pudeur | Oui | 99 | 4,26 | 1,66 | 0,022 |
| | | Non | 5 | 2,60 | | |
| | Respect de l'avis | Oui | 94 | 4,39 | 2,19 | <0,001 |
| | | Non | 10 | 2,20 | | |
| Gestes pratiqués en salle de naissance | Episiotomie | Oui | 11 | 3,82 | -0,41 | NS |
| | | Non | 93 | 4,23 | | |
| | Révision utérine | Oui | 7 | 3,57 | -0,66 | NS |
| | | Non | 97 | 4,23 | | |
| | Toucher rectal | Oui | 12 | 4,17 | -0,17 | NS |
| | | Non | 92 | 4,33 | | |
| Déclenchement artificiel du travail | Travail déclenché | Oui | 27 | 4,07 | - 0,15 | NS |
| Non | | 77 | 4,22 | | | |
| Gestion du travail et de l'accouchement | Prise en charge de la douleur | Oui | 85 | 4,22 | 0,47 | NS |
| | | Non | 12 | 3,75 | | |
| | Interdictions durant le travail de boire ou manger | Oui | 68 | 4,23 | -0,22 | NS |
| | | Non | 30 | 4,45 | | |
| | Monitoring en continu | Oui | 96 | 4,31 | 0,11 | NS |
| | | Non | 5 | 4,20 | | |

Tableau 1 : Moyennes du vécu global de l'accouchement selon différents facteurs

Une analyse particulière a été faite pour évaluer le ressenti de la césarienne en fonction de trois facteurs : la parité, le recueil du consentement de la patiente et la notion d'urgence.

| Facteur | | n | Moyenne | Différence des moyennes | P |
|---|-----|----|---------|-------------------------|--------------|
| Primiparité | Oui | 9 | 3,00 | -1,04 | NS |
| | Non | 28 | 4,04 | | |
| Accord donné pour la réalisation de la césarienne | Oui | 33 | 4,09 | 2,84 | 0,002 |
| | Non | 4 | 1,25 | | |
| Césarienne réalisée en urgence | Oui | 26 | 3,31 | -1,60 | 0,011 |
| | Non | 11 | 4,91 | | |

Tableau 2 : Moyennes du ressenti de la césarienne selon différents facteurs

Parmi les 4 femmes n'ayant pas donné leur accord pour la réalisation de la césarienne, 3 ont eu une césarienne en urgence et 1 non.

Le vécu global de l'accouchement suivait une tendance identique au ressenti de la césarienne selon les différents facteurs :

- Sa moyenne n'est pas modifiée statistiquement selon la parité.
- Sa moyenne est augmentée significativement lorsque l'accord de la patiente est recueilli en amont (**p = 0,005**) et lorsque la césarienne n'est pas faite en urgence (**p = 0,028**).

a. Préparation anténatale

Parmi les 20 femmes ayant participé à des séances de PNP au cours de la grossesse, 18 ont répondu avoir été « aidées » par ces cours, dans la gestion de leur travail. Les 2 autres estimant ne pas en avoir tiré profit (primipares toutes les deux) ont évalué le vécu global de leur accouchement à 5 et 6 sur l'échelle de Likert.

b. Facteurs conditionnant l'environnement de la femme en salle de naissance

Une seule femme s'est dite victime de discrimination, et d'irrespect de la part de l'équipe médicale. Ce faible effectif n'a permis aucune analyse statistique comparative et n'apparaît donc pas dans le tableau 1.

L'accompagnement par l'équipe médicale est un facteur dont l'impact sur le vécu global de l'accouchement a ensuite été comparé indifféremment pour les multipares et les primipares. Dans les deux cas, l'accompagnement des femmes par l'équipe soignante reste associé significativement à un meilleur vécu global de l'accouchement.

| Parité | Accompagnement par l'équipe médicale | n | Moyenne | Différence des moyennes | P |
|-------------------|--------------------------------------|----|---------|-------------------------|--------------|
| Primipares | Oui | 39 | 4,18 | 2,68 | 0,012 |
| | Non | 2 | 1,50 | | |
| Multipares | Oui | 58 | 4,40 | 1,60 | 0,038 |
| | Non | 5 | 2,80 | | |

Tableau 3 : Moyenne des vécus de l'accouchement chez les primipares et les multipares en fonction de l'accompagnement par l'équipe médicale

Un lien a été cherché entre le ressenti des interdictions au cours du travail et le sentiment d'accompagnement par l'équipe médicale. Pour les 68 femmes à qui il était proscrit de boire ou manger, l'accompagnement par l'équipe soignante (n=63) n'apporte pas de différence significative au vécu de ces interdictions.

Chez les 5 femmes ayant ressenti un non-respect de leur pudeur, 4 étaient des primipares (soit 80%) et une était multipare.

Parmi les femmes ayant rapporté un non-respect de leur avis (n=10) :

- 4 ont eu une épisiotomie, pour laquelle elles n'ont pas donné leur accord. 3 d'entre elles rapportent aussi un non-respect de leur pudeur.

- 2 ont eu une césarienne, pour laquelle elles disent ne pas avoir donné leur accord, une ayant été faite en urgence et l'autre non
- 3 ont eu une césarienne en urgence au cours du travail, pour laquelle elles avaient reçu une information, et donné leur accord
- 1 avait eu une épisiotomie sans information avant la réalisation du geste, mais est en « accord » avec ce geste.

c. Le déclenchement artificiel du travail

Les 27 femmes dont le travail avait été déclenché ont toutes reçu une information préalable sur la nécessité du déclenchement, ses effets indésirables, ses risques et sur la méthode utilisée. Toutes avaient donné leur accord à cela.

d. Gestes pratiqués en salle de naissance

En ce qui concerne l'épisiotomie, son ressenti a été analysé secondairement selon différents facteurs :

- La parité : les primipares (n=8) et les multipares (n=3) n'ont pas un vécu différent de façon significative
- L'information préalable : il n'y a pas de différence significative entre les femmes informées (n=3) et celles qui ne le sont pas (n=8), avant la réalisation du geste
- L'accord donné : là aussi, aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les femmes ayant consenti à l'épisiotomie et celles qui ne l'ont pas fait.

Chez les 7 femmes ayant dû nécessiter une révision utérine, 5 ont été informées avant qu'elle ne soit pratiquée, de la raison de sa réalisation et de son déroulement.

Le vécu de la réalisation de touchers vaginaux (TV) a été étudié selon la parité :

- Chez les primipares (n=47), la moyenne du vécu des TV est de 4,55
- Chez les multipares, la moyenne est de 4,51

La différence de la moyenne du vécu selon la parité (0,04) n'est donc pas significative.

De même, il n'y a pas de différence significative du ressenti des TV entre les femmes ayant donné leur accord à la réalisation du geste (n=93) et celles ne l'ayant pas fait (n=9).

e. Pratiques de gestion du travail et de l'accouchement

Chez les 97 femmes ayant ressenti de la douleur sur les 104 interrogées, 10 (soit 10,3%) ont estimé que leur souffrance n'avait pas été reconnue à sa juste valeur par l'équipe soignante, qu'elle avait été sous-estimée. 88% ont pu bénéficier d'une prise en charge de leur douleur.

Le ressenti de la position gynécologique au moment des efforts de poussées (apprécié lui aussi sur une échelle de Likert de 1 à 6 items) a été évalué selon son choix, et selon la parité :

| Parité | Choix d'accoucher sur le dos | n | Moyenne | Différence des moyennes | P |
|-------------------|------------------------------|----|---------|-------------------------|----|
| Primipares | Oui | 19 | 5,21 | 0,36 | NS |
| | Non | 13 | 4,85 | | |
| Multipares | Oui | 22 | 5,32 | 0,32 | NS |
| | Non | 13 | 5,00 | | |

Tableau 4 : Ressenti de la position gynécologique selon la parité et le choix personnel de la position d'accouchement

ANALYSE ET DISCUSSION

1. Limites et biais de l'étude

Il apparaît rapidement à cette étude un biais incontestable, celui de la population, non représentative de la population générale. Au faible taux de participation s'ajoute le biais imposé par les autorisations de distribution des questionnaires, difficiles à obtenir, dans les maternités privées et semi-privées.

Pensées pour accueillir les grossesses à haut risque obstétrical ou néonatal, les maternités de niveau III ne sont pas privilégiées par les femmes souhaitant un accouchement physiologique, ou préparant en amont leur accouchement à travers la rédaction d'un projet de naissance ou la participation aux séances de PNP. Autre chiffre rappelant l'impossibilité de transposer les résultats à l'échelle nationale : le taux de césariennes. Ici, 37 femmes (soit environ 36% de la population étudiée) avaient été césarisées, tandis que le taux moyen de césariennes en France varie autour de 20% [2]. La prise en charge de la douleur en revanche était le reflet identique de ce qui semble observable en France en population générale [2].

Pour mieux faire, une demande de distribution des questionnaires aurait pu être faite auprès de maternités extérieures à Marseille. Cependant, le temps imparti pour la réalisation de l'étude, et les trajets qui m'auraient été imposés ont constitué un frein à cette éventualité.

Second biais observé, la sélection de la population sur la base du volontariat excluant les femmes ne souhaitant pas répondre, malgré parfois un accouchement associé à un mauvais vécu et donc intéressant à étudier.

Enfin, une limite à cette étude a été perçue : l'absence d'évaluation du ressenti par les femmes quant à la réalisation d'extractions instrumentales au cours de leur accouchement, ou encore concernant la rupture artificielle de la poche des eaux au cours du travail. Non retrouvées dans la revue de la littérature faite en amont de l'élaboration du questionnaire, ces pratiques apparaissent dans de récentes publications françaises relatives aux violences obstétricales, sans pour autant prouver qu'elles font partie de celles remises en cause par les femmes. La brutalité des gestes également n'a pas fait l'objet d'une évaluation à part entière : seule celles des actes techniques comme la césarienne, l'épisiotomie, la révision utérine, le toucher rectal ou

le toucher vaginal a pu être approchée. Il n'était pas demandé spécifiquement aux femmes si des coups leur avaient été portés comme cela a pu être rapporté dans la littérature scientifique, dans les pays d'Afrique notamment [4,10].

2. Analyse et discussion

Finalement peu influencé par les pratiques tant décriées dans les médias et la littérature (épisiotomie, touchers vaginaux, déclenchement...)[4], le vécu de l'accouchement semble en revanche nettement lié à la préparation anténatale de la femme à son accouchement ($p < 0,001$), à son environnement au cours du travail, mais aussi, pour les femmes césarisées aux notions d'urgence ou de consentement.

Pensées notamment pour apporter des conseils et des informations aux couples avant la naissance de leur enfant, les séances de PNP contribuent à « *renforcer l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple* » [21]. Forte des connaissances qui lui ont été transmises par la (ou les) sage-femme(s) au cours de sa grossesse et préparée à toute éventualité, la parturiente semble alors mieux accepter les imprévus (césarienne en urgence, épisiotomie, révision utérine) qui s'imposent à elle au moment de son accouchement. Si le taux de participation à ces séances était faible dans cette étude (environ 19% des femmes interrogées), l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 annonçait quant à elle des chiffres plus optimistes, avec des taux de participation de 78% pour les primipares et 34% environ pour les multipares [22]. Profitables pour un grand nombre, ces séances constituent alors une chance dont il faut participer à la promotion, et ce même auprès des multipares. En effet, les cinq multipares concernées par la PNP ont également affirmé qu'elle les avait aidées, au cours de leur accouchement. Censé être adapté aux besoins de la femme qui sont évalués généralement lors de l'entretien prénatal précoce (EPP, ou entretien du 4^{ème} mois) [21], le contenu des séances peut ainsi concerner la gestion de la douleur pour celles qui la redoutent ou souhaitent accoucher de façon physiologique, la place du père (ou de l'accompagnant) ou encore, pour celles dont l'accouchement est un évènement avant tout stressant et inconnu, la PNP permet aussi d'apporter des notions théoriques sur le déroulement du travail et la mécanique obstétricale, permettant à la femme de participer de façon active à son accouchement dont elle comprend alors le processus naturel et la surveillance nécessaire. En 2016, seules 28% des femmes avaient

bénéficié d'un EPP, qui est pourtant un moment d'échange privilégié permettant aux couples d'exprimer leurs besoins, en termes d'information notamment [22].

L'accompagnement de la femme par l'équipe médicale constitue un deuxième élément associé de façon significative à une amélioration du vécu de l'accouchement ($p=0,002$), aussi bien pour les primipares ($p=0,012$) que pour les multipares ($p=0,038$). Les femmes non accompagnées au cours de leur accouchement évaluaient en moyenne leur vécu à 2,43 sur une échelle allant de 1 à 6, ce qui correspond à un mauvais vécu de cet abandon de la part des professionnels. Qu'il s'agisse d'aider la femme à gérer la douleur par des gestes ou notre simple présence, de lui apporter des informations, de lui créer un environnement calme et propice à la détente, notre accompagnement, par les formes multiples qu'il peut prendre est évidemment essentiel à ce moment tant attendu (et craint parfois) qu'est la naissance. Ce soutien, par la réassurance qu'il apporte aux femmes, avait déjà été identifié comme étant un facteur améliorant la satisfaction des femmes quant à leur accouchement [23]. Une revue de la Cochrane Database faite en 2017 énonçait d'autres bénéfices au soutien continu durant le travail :

- Diminution de la durée du travail
- Augmentation du taux de voies basses spontanées
- Diminution des taux de césariennes et voies basses instrumentales
- Diminution du recours à l'analgésie au cours du travail
- Meilleur score d'Apgar à 5 minutes de vie [24].

Ces avantages sembleraient plus souvent observés lorsque l'accompagnant de la femme n'est ni un proche, ni un membre de l'équipe soignante [24]. Et pourtant là est toute la place de la sage-femme. Le CIANE rappelait d'ailleurs, à l'issue de son enquête menée auprès de 29 000 femmes [25], l'importance pour les couples de l'accompagnement des professionnels au moment de l'accouchement, et que celui-ci « *ne se limite pas à l'aspect médical et technique* ». Dans une même optique, les recommandations de la HAS sur l'accouchement normal et sa prise en charge soulignaient la nécessité d'un soutien « *individuel, et personnalisé* », dont la réalisation serait favorisée par l'application du modèle anglosaxon du « one-to-one », c'est-à-dire une sage-femme par parturiente [20]. Très récemment, le Conseil National des Gynécologues-Obstétriciens se prononçait sur cette question, en proposant des RPC sur les ressources humaines pour les activités non programmées en gynécologie-

obstétrique, allant dans le sens d'une nécessaire augmentation des effectifs de sages-femmes notamment [26].

La pudeur de la femme au moment de son accouchement semble aussi influencer le ressenti global qu'elle en aura, selon la prise en compte de l'équipe soignante ($p=0,022$). Sur les 104 femmes interrogées, 5 ont rapporté un non-respect de leur pudeur de la part des professionnels en salle de naissances, avec un impact négatif significatif sur le vécu global de leur accouchement, globalement mauvais. Intimement liée aux notions d'intimité et de dignité, la pudeur, définie par le Larousse comme étant une « *disposition à éprouver de la gêne devant ce qui peut blesser la décence, devant l'évocation de choses personnelles* » fait en premier lieu penser au corps, à la nudité. Ce corps, dévoilé par les femmes pour la naissance de leur enfant, est à plusieurs reprises vu, examiné, palpé. Corps puissant et érotique pour certaines [6], il est parfois oublié et relayé au second plan lorsque la douleur des contractions fait face. S'alternent (ou s'additionnent) alors deux formes de pudeur : la pudeur physique et la pudeur émotionnelle [27]. A la crainte de montrer leur corps peut s'ajouter chez les femmes une peur de montrer les émotions, la souffrance ou l'animalité qui peuvent émerger au moment de l'accouchement. La prise en compte de la pudeur nécessite donc inévitablement un respect de la dualité physique et émotionnelle, par l'équipe soignante et peut (et doit) ainsi concerner les primipares mais aussi les multipares, pour qui il n'existe pas « d'immunité » à la pudeur : elles aussi sont sensibles au non-respect de la pudeur et à la réalisation des touchers vaginaux, au même titre que les primipares. En se présentant à la femme, en la couvrant au moment d'un examen, en faisant sortir l'accompagnant si elle le souhaite, et en l'informant de la nécessité des gestes, le soignant reconnaît, accepte et respecte l'intimité de la femme mais aussi sa dignité.

De façon plus évidente encore, l'avis de la femme doit également être considéré pour permettre une expérience positive de l'accouchement. Pour les 10 femmes ayant rapporté un « non-respect » de leur avis, le vécu global de l'accouchement était diminué de façon significative ($p<0,001$). Lors du recueil des questionnaires, plusieurs ont dit « mon avis n'a pas été pris en compte puisqu'on ne me l'a même pas demandé ». Sur ces 10 femmes, 4 ont subi une épisiotomie sans avoir donné leur consentement éclairé, c'est-à-dire sans information préalable et sans avoir donné leur accord pour sa réalisation. Parmi elles, 3 rapportent également un non-respect de leur pudeur, et 3 autres ne s'étaient pas senties accompagnées par l'équipe médicale, laissant penser à l'existence d'un lien entre la confiance entre la femme et l'équipe

soignante et son sentiment d'autonomie. Ces femmes chez qui le consentement n'a pas été recueilli peuvent finalement percevoir une perte de contrôle sur leur corps, placé entre les mains du professionnel en charge de l'accouchement, laissant parfois place à de la honte, un sentiment d'aliénation, voire même de viol [4,6]. L'épisiotomie est un geste qui, comme un autre, doit répondre à la loi Kouchner inscrite dans le Code de la Santé Publique, précisant « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne »¹. Pourtant, dans cette étude, plusieurs femmes ont subi des touchers vaginaux, une épisiotomie, une révision utérine ou une césarienne sans en avoir reçu d'explication en amont. Celles ayant eu une césarienne sans avoir réellement donné leur accord témoignent d'ailleurs d'une perception plus souvent négative de leur accouchement. Il y a deux ans, la Fondation des Femmes publiait en ligne un guide juridique [28] à destination des femmes visant à les informer sur leurs droits au moment de l'accouchement, notamment en termes d'information et de consentement, rappelant néanmoins une des exceptions au devoir d'information : l'urgence.

Ainsi, en cas d'urgence, le professionnel en charge de la femme n'a pas obligation légale d'information. Malgré tout, cela n'est pas sans conséquence : les femmes ayant eu une césarienne en urgence (70% des femmes césarisées) au cours du travail témoignent dans l'étude d'un moins bon vécu de leur accouchement, de façon significative. Ce passage du moment où « tout allait bien » au moment où « tout va mal » est synonyme de stress, de perte de contrôle donnant parfois à la femme l'impression d'avoir été « dépossédée » de son corps [6,29] : parfois séparée de son conjoint, elle se retrouve ensuite pieds et mains attachées à la table d'opération, pouvant se sentir vulnérable face à l'obstétricien [6]. Si le temps manque au personnel soignant d'expliquer clairement les raisons de la césarienne avant sa réalisation, il est toutefois important d'y revenir en post-partum pour aider la femme à accepter ce bouleversement, brusque et imprévisible et se « réapproprier » son accouchement [29].

Dans cette étude, la réalisation d'une épisiotomie, d'un toucher rectal, d'une révision utérine ou encore d'un déclenchement artificiel du travail n'étaient pas associés significativement à une perception négative de l'accouchement, malgré une diminution du score du vécu global chez les femmes y ayant été confrontées. L'épisiotomie pourtant fait partie des pratiques les plus souvent critiquées sur les réseaux sociaux. En 2016, l'Enquête Nationale Périnatale rappelait les progrès fait
depuis

¹ Article L1111-4 du Code de Santé Publique, modifié par la loi n°2016-87

les dernières recommandations de pratique clinique, en matière de diminution des taux d'épisiotomies [22], dont l'efficacité sur la prévention des lésions périnéales n'a pas été démontrée. Le CIANE lui, réclamait une poursuite des efforts [30] afin de s'aligner la pratique de nos pays voisins, moins interventionnistes [2].

La douleur, soulagée chez 88% des femmes interrogées, ne semble pas affecter non plus de façon significative le ressenti de l'accouchement. Notons tout de même qu'environ 10% des femmes témoignent d'une douleur non reconnue à sa juste valeur, sous-estimée par l'équipe soignante. Celles ayant été prises en charge rapportent quant à elle une analgésie parfois incomplète, ou à l'opposé une incapacité de bouger, gênante. L'Académie Nationale de Médecine rappelle l'existence de l'enquête EPIDOL, actuellement en cours, dont l'objectif sera d'évaluer l'analgésie en obstétrique et d'en améliorer l'utilisation [2].

Toutes les femmes ayant accouché par voie basse avaient été installées en position gynécologique au moment des efforts de poussées. Malgré tout, 26 (soit environ 39%) ne l'avait pas envisagé d'elles-mêmes. Symbole d'une volonté de contrôler le corps des femmes [31], la position gynécologique est imposée à 95,5% des femmes accouchant par voie basse [22]. Alimentée par la crainte sécuritaire des hémorragies de la délivrance et des déchirures périnéales, cette position est également choisie car elle permet une meilleure maîtrise du dégagement et une meilleure ergonomie pour la sage-femme ou le gynécologue-obstétricien assistant la naissance [31]. Aujourd'hui choisi par habitude de pratique, le décubitus dorsal semble bien accepté par toutes les patientes, qu'il soit choisi ou non. Pour autant, les parturientes devraient être interrogées sur la posture qui leur semble la plus confortable, au moment de leur accouchement, d'autant plus qu'aucune de semble montrer de supériorité par rapport aux autres [32].

Les interdictions durant le travail, de s'hydrater, s'alimenter ou bouger n'étaient pas non plus associées à un mauvais vécu de l'accouchement, tout comme la surveillance fœtale par enregistrement cardio-tocographique en continu. Pourtant, nombreuses femmes étaient concernées. Néanmoins, la HAS, à travers les recommandations sur l'accouchement normal rappelait il y a un an la possibilité pour les femmes de s'hydrater et déambuler durant le travail, leur intérêt, et donnait également aux sages-femmes un outil permettant une meilleure mobilité des femmes : l'auscultation intermittente [20], dont la mise en œuvre nécessite une grande disponibilité du professionnel en charge de la femme.

Rassurants pour les plus réticents au débat sur les violences obstétricales, les résultats semblent évoquer une bonne acceptation des pratiques obstétricales actuelles par les femmes, en France. Les griefs vont majoritairement dans le sens d'un défaut dans la relation soignant-patiente, comme l'avancé en 2017 le CIANE dans son dossier de presse [11]. Qu'elles soient intentionnelles ou pas, ces violences souvent qualifiées de « *structurelles* » ou « *institutionnelles* », pourraient être améliorées par une meilleure disponibilité de l'équipe soignante.

Une augmentation des effectifs de sages-femmes en maternité serait idéale, leur permettant de se consacrer pleinement au suivi de travail d'une parturiente idéalement, voire deux, et d'appliquer ainsi les recommandations de la HAS allant dans le sens d'un meilleur respect de la physiologie de l'accouchement. Dans une même optique, les maisons de naissances devraient permettre pour les femmes ayant eu une grossesse à bas risque d'accoucher dans un environnement moins médicalisé et privilégiant l'accompagnement humain.

L'avis de la femme doit également prendre une place essentielle au cours de son accouchement. Le projet de naissance est un outil devant être porté à connaissance des femmes au cours de leur grossesse afin qu'elles puissent y exprimer clairement, et de façon réfléchie, leurs souhaits pour leur accouchement. Ce document, remis à l'équipe de garde le jour de l'arrivée à la maternité permet ainsi de faire connaître les avis de la parturiente et d'ouvrir le discours sur ce qui est réalisable ou non. Les séances de PNP doivent elles aussi être proposées à toutes les femmes enceintes, et un effort semble à fournir précisément dans les grandes structures comme celles où a été effectuée l'étude.

Autre outil existant mais peu connu, l'entretien post-natal précoce pouvant être réalisé par les sages-femmes constitue un temps d'écoute primordial pour les femmes, et sa promotion auprès de celles ayant gardé un souvenir traumatique de leur accouchement, des interrogations, ou un stress persistant doit être améliorée.

La sensibilisation des étudiants en gynécologie-obstétrique et maïeutique à la bientraitance et au respect des droits de la femme paraît primordiale. Elle pourrait passer par la mise en place par exemple de théâtres-forums, ou la présentation de dossiers de femmes ayant rapporté des violences obstétricales au cours de leur accouchement au moment de Revue de Morbidité-Mortalité, censées faire évoluer les pratiques par des discussions interprofessionnelles.

D'un point de vue juridique, une meilleure qualification des actes et des pratiques pourrait être envisagée. Cette définition des violences obstétricales pourrait donner suite à des études nationales, permettant une meilleure visibilité et une amélioration des pratiques.

CONCLUSION

Les femmes rapportent un mauvais vécu de leur accouchement lorsqu'elles ne sentent pas accompagnées par l'équipe médicale, et que leur avis ou leur pudeur ne sont pas respectés. Plus que les pratiques de soins en elles-mêmes, c'est finalement l'environnement de la femme au cours du travail et de son accouchement qui influe sur son ressenti. Ces observations sont valables aussi bien pour les primipares que pour les multipares.

La césarienne, elle aussi, diminue le ressenti global de l'accouchement lorsqu'elle est réalisée en urgence ou sans l'accord de la femme.

L'accouchement en revanche est mieux vécu lorsque la femme y est préparée. L'existence des séances de préparation à la naissance et à la parentalité devraient donc être portées à connaissance de toutes les femmes enceintes. Leur participation doit y être encouragée. Les professionnels devraient également promouvoir le projet de naissance, outil mis à disposition des femmes pour leur permettre d'y écrire leurs souhaits particuliers pour leur accouchement.

Un effort doit être fait dans les maternités françaises pour permettre un accompagnement plus personnalisé et plus humain des femmes au cours de leur accouchement, notamment par une amélioration des ressources humaines. La reconnaissance de la pudeur et des droits de la femme en termes d'information doivent être renforcés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé (2017). *Recommandations de bonne pratique. Argumentaire scientifique. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales*. Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales. Consulté le 12 mars 2019.
2. Académie Nationale de Médecine (2018). *De la bienveillance en obstétrique ; la réalité du fonctionnement des maternités*. Rapport voté le 18/09/2018. Disponible sur www.academie-medecine.fr. Consulté le 20 février 2019.
3. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical*. Rapport n°2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018. Disponible sur http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf. Consulté le 20 février 2019.
4. Franeczek M-L. Violence obstétricale : essai de définition à partir de la littérature scientifique.
5. Sadler M, JDS Santos M, Ruiz-Berdun D, Leiva Rojas G, Skoko E, Gillen P et al. Moving beyond disrespect and abuse : addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters* 2016 ; 24 : 47-55.
6. Cohen Schabot S. Making loud bodies « feminine » : a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Hum Stud* (2016) 39 : 231-247.
7. Diaz-Tello F. Invisible wounds : obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters* 2016 ; 24 : 56-64.
8. Chadwick R. J. Obstetric violence in South Africa. *S Afr Med J* 2016 ;106(5) : 423-424. DOI : 10.7196/SAMJ. 2016. v106i5.10708
9. Jewkes R, Penn-Kekana L. (2015) Mistreatment of Women in Childbirth : Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLoS Med*12(6):e1001849.doi:10.1371/ journal.pmed.100184
10. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally : a mixedmethods systematic review. *PLoS Med*12(6) : e1001847. Doi :10.1371/journal.pmed.1001847.
11. CIANE (2017). *Violences obstétricales : comprendre, prévenir, réparer. Dossier de presse*. Disponible sur <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2017/10/Dossier-Ciane-Violences-Obstetricales-oct-2017.pdf>. Consulté le 13/03/19.

12. Miller S, Lalonde A. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth : History, evidence, interventions, and FIGO's mother-baby friendly birthing facilities initiative. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 131 (2015) S49-S52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.005>
13. Vogel JP, Bohren MA, Tunçalp Ö, Oladapo OT, Gulmezoglu AM. Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *BJOG* 2016; 123 : 671-674
14. Goodman P, Mackey M.C, Tavakoli A.S. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46 (2), 212-219.
15. De Schepper S, Vercauteren T, Tersago J, Jacquemyn Y, Raes F, Franck E et al. Post-traumatic stress disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth : a cohort study. *Midwifery* 2016 ; 32 : 87-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.08.010>
16. Lukasse M, Schroll A-M, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, VanParys A-S, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; 94: 508–517.
17. Schroll A-M, Kjaergaard H, Midtgaard J. (2013) Encountering abuse in health care ; lifetime experiences in postnatal women – a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013 13 : 74.
18. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1. Publié en 2014. Consulté le 20 février 2019.
19. CIANE (2012). *Enquête sur les accouchements. Dossier n°3. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement*. Disponible sur <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>. Consulté le 15 février 2019.
20. Haute Autorité de Santé (2017). *Recommandation de bonne pratique clinique. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales*. Disponible sur www.has-sante.fr. Consulté le 15 février 2019.
21. Haute Autorité de Santé (2005). *Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*. Disponible sur www.has-sante.fr. Consulté le 20 février 2019.
22. INSERM, DREES. Enquête Nationale Périnatale. Rapport 2016. Disponible sur http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf. Consulté le 20 février 2019.

23. Hodnett E.D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth : a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002 ; 186 : S160-72.
doi:10.1067/mob.2002.121141
24. Bohren MA, Hofmeyr GJ, SakalaC, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
25. CIANE (2014). *Enquête sur les accouchements. Dossier n°8. Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement ?* Disponible sur <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2014/06/CianeDossierAccompagnement2014.pdf>. Consulté le 10 mars 2019.
26. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (2018). *Recommandations pour la pratique clinique. Ressources humaines pour les activités non programmées en gynécologie-obstétrique*. Disponible sur <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique>. Consulté le 10 mars 2019.
27. Harroué E, Boissier E. La pudeur en salle de naissance. *Vocation sage-femme*. 2016 ; 120 : 37-40.
28. Fondation des Femmes (2017). *Accouchement : mes choix, mes droits*. Disponible sur <https://fondationdesfemmes.org/guide-juridique-accouchement/>. Consulté le 10 mars 2019.
29. Michel C, Squires C. Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale : les violences obstétricales. *Le carnet PSY*. 2018 ; 220 : 33-22. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2018-8-page-22.htm>
30. CIANE (2013). *Enquête sur les accouchements. Dossier n°6. Episiotomie, état des lieux et vécu des femmes*. Disponible sur <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enqu%C3%AAt-e-%C3%A9pisiotomie-Ciane-2013.pdf>
31. Magnan C. La figure imposée de la position gynécologique. *Profession sage-femme*. 2018 ; 247 : 11.
32. Pizzagalli F. Accompagnement de l'accouchement physiologique et de l'accouchement normal. *Vocation sage-femme*. 2018 ; 134 : 36-39.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE DE MEMOIRE

Auteur : FERRER-FERRER Marie, étudiante sage-femme

Directrice de mémoire : ZAKARIAN Carole

Madame,

Ce questionnaire anonyme a pour but de m'aider dans la réalisation de mon mémoire, dont l'objectif est d'évaluer la fréquence de certains actes, discours, ou soins et leur vécu par les femmes, en maternité.

Je vous remercie du temps que vous y accorderez.

- Quel âge avez- _____ vous ?
- Combien d'enfants aviez-vous avant ce(s) dernier(s) ?
 - Aviez-vous accouché par voie basse ou par césarienne ? Entourez :
Voie basse (nombre :) Césarienne (nombre :)

Pour cette grossesse :

- Avez-vous participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ?
Entourez : Oui Non
 - Si oui, vous ont-ils aidé lors de l'accouchement ? Oui Non
- Quel vécu gardez-vous de cet accouchement ? Entourez :

| | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|
| Très mal vécu | Mal vécu | Plutôt mal vécu | Plutôt bien vécu | Bien vécu | Très bien vécu |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|

- Avez-vous accouché par césarienne ? Entourez : Oui Non
 - **Si oui** :
 - Aviez-vous été informée de sa raison et son déroulement ? Oui Non
 - Etiez-vous d'accord pour sa réalisation ? Oui Non
 - A-t-elle été réalisée en urgence ? Oui Non
 - Quel en est votre ressenti ? Entourez :

| | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|
| Très mal vécu | Mal vécu | Plutôt mal vécu | Plutôt bien vécu | Bien vécu | Très bien vécu |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|

- Votre travail a-t-il été déclenché artificiellement ? Entourez : Oui Non
 - **Si oui** :
 - Aviez-vous été informée de la raison et du déroulement ? Oui Non
 - Etiez-vous d'accord pour sa réalisation ? Oui Non
 - Quel en est votre ressenti ?

| | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|
| Très mal vécu | Mal vécu | Plutôt mal vécu | Plutôt bien vécu | Bien vécu | Très bien vécu |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|

- Avez-vous eu une épisiotomie ? Entourez : Oui Non

➤ **Si oui :**

- Avez-vous été informée de sa raison ? Oui Non
- Etiez-vous d'accord pour sa réalisation ? Oui Non
- Quel en est votre ressenti ?

| | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|
| Très mal vécu | Mal vécu | Plutôt mal vécu | Plutôt bien vécu | Bien vécu | Très bien vécu |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|

- Avez-vous dû nécessiter une révision utérine ? Entourez : Oui Non

➤ **Si oui :**

- Avez-vous été informée de sa raison et son déroulement ? Oui Non
- Etiez-vous d'accord pour sa réalisation ? Oui Non
- Quel en est votre ressenti ?

| | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|
| Très mal vécu | Mal vécu | Plutôt mal vécu | Plutôt bien vécu | Bien vécu | Très bien vécu |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|

- Pour examiner votre col, un (ou des) toucher(s) vaginal(/aux) a (ont) dû(s) être réalisé(s). Quel en est votre ressenti ?

| | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|
| Très mal vécu | Mal vécu | Plutôt mal vécu | Plutôt bien vécu | Bien vécu | Très bien vécu |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|

➤ Votre accord a-t-il été demandé avant l'examen vaginal ?
Entourez : Oui Non

- Avez-vous eu, au moment de la suture, un toucher rectal ? Entourez : Oui Non

➤ **Si oui,** quel en est votre ressenti ?

| | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|
| Très mal vécu | Mal vécu | Plutôt mal vécu | Plutôt bien vécu | Bien vécu | Très bien vécu |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|

- Avez-vous eu l'impression que votre pudeur était respectée ? Entourez : Oui Non

➤ **Si non,** quel en est votre ressenti ?

| | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|
| Très mal vécu | Mal vécu | Plutôt mal vécu | Plutôt bien vécu | Bien vécu | Très bien vécu |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|

- Vous a-t-on demandé de réaliser un lavement avant votre accouchement ?
Entourez : Oui Non

➤ **Si oui,** quel en est votre ressenti ?

| | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|
| Très mal vécu | Mal vécu | Plutôt mal vécu | Plutôt bien vécu | Bien vécu | Très bien vécu |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|

- Avez-vous accouché couchée sur le dos ? Entourez : Oui Non

➤ Si oui, était-ce votre choix ? Oui Non

➤ **Dans tous les cas,** quel en est votre ressenti ?

| | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|
| Très mal vécu | Mal vécu | Plutôt mal vécu | Plutôt bien vécu | Bien vécu | Très bien vécu |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|

- Avez-vous eu un monitoring tout au long du travail ? Entourez : Oui Non

➤ **Si oui,** quel en est votre vécu ?

| | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|
| Très mal vécu | Mal vécu | Plutôt mal vécu | Plutôt bien vécu | Bien vécu | Très bien vécu |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|

- Aviez-vous interdiction de bouger, boire ou manger durant le travail ? Entourez :
Oui Non

➤ **Si oui**, quel en est votre ressenti ?

| | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|
| Très mal vécu | Mal vécu | Plutôt mal vécu | Plutôt bien vécu | Bien vécu | Très bien vécu |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|

- Pensez-vous que votre douleur ait été correctement reconnue ? Entourez : Oui Non
- A-t-on apporté une réponse à votre douleur ? Entourez : Oui Non

➤ Quel est votre ressenti face à la prise en charge apportée ?

| | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|
| Très mal vécu | Mal vécu | Plutôt mal vécu | Plutôt bien vécu | Bien vécu | Très bien vécu |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|

- Avez-vous été autorisée à avoir un accompagnant tout au long de votre travail et de l'accouchement ? Entourez : Oui Non

➤ **Si non**, quel est votre ressenti ?

| | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|
| Très mal vécu | Mal vécu | Plutôt mal vécu | Plutôt bien vécu | Bien vécu | Très bien vécu |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|

- Vous êtes-vous sentie accompagnée par l'équipe médicale ? Entourez : Oui Non

➤ **Si non**, quel en est votre ressenti ?

| | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|
| Très mal vécu | Mal vécu | Plutôt mal vécu | Plutôt bien vécu | Bien vécu | Très bien vécu |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|

- Avez-vous eu l'impression que votre avis était respecté lors de la réalisation des actes médicaux ? Entourez : Oui Non

➤ **Si non**, quel est votre ressenti ?

| | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|
| Très mal vécu | Mal vécu | Plutôt mal vécu | Plutôt bien vécu | Bien vécu | Très bien vécu |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|

- Vous êtes-vous sentie discriminée ? Entourez : Oui Non

➤ **Si oui**, quel est votre ressenti ?

| | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|
| Très mal vécu | Mal vécu | Plutôt mal vécu | Plutôt bien vécu | Bien vécu | Très bien vécu |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|

- Avez-vous eu l'impression d'avoir été l'objet d'une parole, d'un discours irrespectueux ? Entourez : Oui Non

➤ **Si oui**, quel en est votre ressenti ?

| | | | | | |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|
| Très mal vécu | Mal vécu | Plutôt mal vécu | Plutôt bien vécu | Bien vécu | Très bien vécu |
|---------------|----------|-----------------|------------------|-----------|----------------|

GLOSSAIRE

- AFAR : Association Francophone pour l'Accouchement Respecté
- CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
- CIANE : Collectif Inter-Associatif Autour de la Naissance
- ENP : Enquête Nationale Périnatale
- EPP : Entretien Prénatal Précoce
- HAS : Haute Autorité de la Santé
- IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés
- NS : Non significatif
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- TV : Toucher Vaginal (ou touchers vaginaux)

RESUME

Les violences obstétricales : état des lieux des pratiques associées à un mauvais vécu de l'accouchement à Marseille

Introduction : Relayées en masse sur les réseaux sociaux et dans les médias, les violences obstétricales, dont il n'existe aucune définition consensuelle, peuvent prendre différentes formes. Leurs conséquences sur la santé de la femme ont été mises en évidence, démontrant notamment dans les cas les plus extrêmes un syndrome de stress post-traumatique. En France, aucune étude scientifique n'a été menée pour évaluer le vécu des femmes. Cette étude a donc pour objectif de faire un état des lieux des actes professionnels ressentis comme violents par les femmes au cours de leur accouchement.

Matériels et méthode : Une étude descriptive des pratiques puis comparative pour évaluer l'impact sur le vécu de l'accouchement a été réalisée. Un questionnaire distribué en suites de couches dans deux CHU de Marseille a permis de recueillir les données, sur la base du volontariat.

Résultats : Les femmes rapportent un mauvais vécu de leur accouchement lorsqu'elles ne se sentent pas accompagnées par l'équipe médicale ($p=0,002$), lorsque leur avis n'est pas pris en compte ($p<0,001$) et lorsque leur pudeur n'est pas respectée ($p=0,022$). Le vécu de l'accouchement est également diminué lorsqu'une césarienne est réalisée en urgence ($p=0,028$) ou sans l'accord de la femme ($p=0,005$). La participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité améliore le vécu global de l'accouchement ($p<0,001$).

Conclusion : Ces résultats suggèrent une nécessaire amélioration de l'accompagnement humain de l'accouchement. La pudeur et les choix de la femme doivent être respectés. La préparation anténatale de l'accouchement par les séances de PNP et la rédaction d'un projet de naissance doivent être encouragés.

Mots-clés : Violences obstétricales, violences, vécu, pratiques, accouchement.

ABSTRACT

Obstetric violence: current situation of practices associated with a bad experience of childbirth in Marseille

Introduction : Released overwhelmingly on social networks and media, obstetric violence, for which there is no consensus definition, can take different forms. Their consequences on women's health have been highlighted, demonstrating in particular in the most extreme cases a post-traumatic stress syndrome. In France, no scientific study has been conducted to assess women's experiences. This study aims to make an inventory of professional acts felt as violent by women during their delivery.

Materials and methods : First, a descriptive study of the practices have been done. Then, a comparative study have been realised to evaluate the impact of these practices on the delivery's experience. A questionnaire was used to collect the data. It was distributed in two maternity of university hospital in Marseille, among women who were volunteers.

Results : Women report a bad experience of their delivery when they do not feel accompanied by the medical team ($p = 0.002$), when their opinion is not taken into account ($p < 0.001$) and when their modesty is not not respected ($p = 0.022$). The experience of childbirth is also reduced when a caesarean section is performed urgently ($p = 0.028$) or without the woman's consent ($p = 0.005$). Participation in birth and parenting sessions improves the overall experience of childbirth ($p < 0.001$).

Conclusion : These results suggest a necessary improvement in the human accompaniment of childbirth. The modesty and the choices of the woman must be respected. The antenatal preparation of delivery through PNP sessions and the drafting of a birth plan should be encouraged.

Mots-clés : Obstetric violence, violence, experiences, practices, delivery.