

Les violences obstétricales : conséquences sur l'estime de soi des femmes

Ophélie Diel

▶ **To cite this version:**

Ophélie Diel. Les violences obstétricales : conséquences sur l'estime de soi des femmes. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-02988253

HAL Id: dumas-02988253

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02988253

Submitted on 4 Nov 2020

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

École de Maïeutique

Les violences obstétricales : conséquences sur l'estime de soi des femmes

Présenté et publiquement soutenu

Le 2 Septembre 2020

Par

DIEL Ophélie
Née le 10.09.1996

Pour l'obtention du Diplôme de Sage-Femme
Année universitaire 2019-2020

Membres du jury :

- FREMONDIERE Pierre, sage-femme enseignant
- JANVIER Elsa, sage-femme praticienne au CHU Nord de Marseille
- ZAKARIAN Carole, sage-femme enseignante, directrice de l'école de maïeutique (directrice de mémoire)

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

École de Maïeutique

Les violences obstétricales : conséquences sur l'estime de soi des femmes

DIEL Ophélie

Née le 10.09.1996

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

Année universitaire 2019-2020

Validation 1ère session 2020 :		**oui** □	**non** □
Mention :	Félicitations du Jury	□	
	Très bien	□	
	Bien	□	
	Assez bien	□	
	Passable	□	
Validation 2ème session 2020 :		**oui** □	**non** □
Mention :			

Visa et tampon de l'école

Les violences obstétricales : conséquences sur l'estime de soi des femmes ?

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord ma directrice de mémoire, Carole Zakarian de m'avoir proposé ce sujet qui me touchait tout particulièrement et de m'avoir accompagné dans sa réalisation et plus généralement dans toutes les étapes de mon parcours de future sage-femme.

Je remercie les patientes avec lesquels j'ai pu échanger et celles qui ont accepté de participer à cette enquête. Elles m'ont permis d'élargir ma réflexion sur ce sujet si complexe.

Je remercie mes amis (Margaux, Mélissa, Camille, Marion, Solène, Cécile, Séphora, Quentin, Benjamin) qui m'ont permis de vivre pleinement ces 4 années si enrichissantes et qui m'ont supporté et aidé dans la réalisation de ce travail.

Je remercie ma famille pour son soutien sans faille tout au long de mes études, pour leur bienveillance et la confiance qu'ils m'ont accordé.

Je remercie également toutes les personnes que j'ai pu croiser au cours de mes mandats associatifs qui ont marqué ma vie étudiante. Tout particulièrement Yannis, Alice, Elena, Mathilde, Johanna, Manon aux côtés desquels j'ai appris énormément. Toutes ces rencontres ont forgé la future sage-femme que je serais.

Enfin, je remercie Marie et Flavie, mes bonnes fées, de veiller sur moi depuis tant d'années. Leur aide a été précieuse dans la réalisation de ce travail.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION 1

2. MATÉRIELS ET MÉTHODE 5

2.1. Protocole d'étude 5

2.2. Centres d'étude 5

2.3. Population étudiée 5

2.4. Variables mesurées 5

2.5. Recueil de données 7

2.6. Analyse des résultats 8

3. RÉSULATS 10

3.1. Description de la population étudiée 10

3.2. Vécu de la grossesse et estime de soi 11

3.3. Vécu de l'accouchement et estime de soi 12

3.4. Influence de l'âge sur l'estime de soi 13

3.5. Autres facteurs pouvant influencer l'estime de soi 13

3.6. Préparation à la naissance et vécu de la grossesse et l'accouchement 14

3.7. Parité et vécu de la grossesse et l'accouchement 14

3.8. Influence des vécus de la grossesse et de l'accouchement entre eux 15

4. ANALYSE ET DISCUSSION 16

4.1. Limites de l'étude 16

4.2. Analyse et discussion 17

5. CONCLUSION 23

6. BIBLIOGRAPHIE 24

7. ANNEXES 29

8. GLOSSAIRE 33

9. RÉSUMÉ 34

1. INTRODUCTION

> *« Pose de la première péridurale. Échec total. L'anesthésiste l'a loupé. Je hurle de douleur et c'est apparemment de ma faute. Elle recommence, je hurle encore mais on me dit que ça va marcher. Les contractions me font toujours autant souffrir. On me pose la péridurale une troisième fois, ça marche cette fois mais je ne sens plus rien. Une sage-femme arrive pour commencer à pousser. Manque de bol impossible de pousser, je n'y arrive pas. Ce n'est pas de la mauvaise volonté mais impossible ! On commence à m'appuyer dans tous les sens sur le ventre pour tenter de faire sortir bébé. Vous imaginez bien la douleur. « Mademoiselle vous faites n'importe quoi ! Vous mettez votre bébé en danger, son cœur ralentit c'est de votre faute ! On va devoir sortir bébé avec une ventouse plus le choix »*
>
> *Bébé est sorti ! Ils me le jettent sur moi avant de le prendre dans la précipitation pour me recoudre à vif car au passage la ventouse m'a tout déchiré de l'intérieur.»*

Ces propos sont extraits du témoignage de Marine Gabriel sur son compte Instagram @Balancetonutérus où elle partage les histoires de dizaines de femmes qui racontent les violences gynécologiques et obstétricales qu'elles ont subi.

Le concept de violence obstétricale entre dans l'actualité en France en 2014 via Twitter avec le hashtag #Payetonuterus qui a recueilli en 24 heures plus de 7000 témoignages et qui sera suivi par d'autres hashtags tels que #Balancetongynéco ou encore #Payetonaccouchement[1,2].

Arrivées dans le débat public depuis peu, les violences obstétricales semblent avoir été évoquées il y a bien plus longtemps que cela. En effet l'Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté (AFAR) a retrouvé un article dans le journal américain *« Ladies Home Journal »* datant de 1958 et qui semble être la première mention des violences obstétricales. Cet article est paru après les dénonciations anonymes d'une infirmière rapportant les maltraitances infligées aux femmes dans les salles d'accouchement[3].

C'est au début du 21ème siècle en Amérique du Sud que le terme « violence obstétricale » est légiféré pour la première fois avec la « Loi organique sur le droit des femmes à une vie sans violence »[1,4,5] votée en 2008 au Venezuela.

Selon le rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) commandé en 2017 par Marlène Schiappa la secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, les violences gynécologiques et obstétricales sont les actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes[1].
Elles sont définies comme *« des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignants — de toutes spécialités — femmes et hommes, qui n'ont pas forcement l'intention d'être maltraitants. Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves[1]. »*

Dans son rapport, le HCE a calculé qu'en moyenne et en l'absence de pathologie, une femme se rend à environ 50 consultations gynécologiques entre ses 15 et 45 ans[1], et est donc exposée autant de fois à d'éventuelles violences. Il est toutefois très difficile de quantifier l'ampleur de ce phénomène, en effet, les violences gynécologiques et obstétricales sont encore un sujet méconnu et tabou chez les femmes et leur entourage. Souvent banalisés, ces comportements ne sont pas étudiés dans les enquêtes de santé publique et nul n'est en mesure d'indiquer l'ampleur du phénomène[1,6].

Des études anglaises et suédoises ont montré qu'un vécu traumatique du travail et de l'accouchement peut avoir des répercussions sur l'identité, les relations sociales des femmes et même impacter de manière négative les grossesses et accouchements à venir[7,8]. De plus, le DSM-4[9] (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorder) reconnait en 1994 l'accouchement comme

pouvant être à l'origine d'un syndrome de stress post-traumatique. Ce dernier ayant pour conséquences un renoncement aux soins, une diminution de la libido, un sentiment de culpabilité, une perte de l'estime de soi[7,8,10]... Une étude canadienne sur les violences à l'école montre de manière significative que les élèves victimes de violences présentent une estime de soi plus faible que les élèves non victimisés[11]. Le rapport Henrion de 2001 pour le Ministère de la Santé décrit que plus de 50 % des victimes de violences conjugales sont touchées par la dépression, pathologie caractérisée par une perte d'estime de soi et un replis sur soi[12,13]. Une étude polonaise montre également que les victimes de violences sexuelles récentes présentent un niveau plus élevé de dépression et une plus faible estime de soi[14].

L'estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité au carrefour des trois composantes du « soi ». L'aspect comportemental où elle influence nos actions et s'enrichit de nos succès ; l'aspect cognitif où elle dépend du regard que nous portons sur nous-même et de celui des autres mais le module également ; l'aspect affectif où elle dépend et influence notre humeur de base[15]. André C. en 2005 explique qu'une personne avec une forte estime de soi aura plus tendance à affronter les problèmes et à rechercher du soutien social auprès de ses proches alors qu'une personne avec une faible estime d'elle-même aura plus tendance à éviter les problèmes, à se replier sur elle-même et à se remettre excessivement en question[15].

Si nous nous intéressons plus précisément à l'estime de soi dans le spectre de la périnatalité, il est important d'introduire le concept de sentiment de compétence parentale qui est définit par Leonard N. comme l'estime de soi émanant du rôle de parent[16]. C'est la perception qu'a le parent de ses propres capacités, connaissances et facilités à assumer son rôle de parent. Le fait d'avoir un fort sentiment de compétence parentale et de se percevoir comme un bon parent favoriserait le bien-être et diminuerait le sentiment de détresse psychologique dans les trois mois suivants l'accouchement[16,17].

Nous nous sommes donc posé la question suivante :

En quoi le vécu de la grossesse et de l'accouchement est-il lié à la perception de l'estime de soi des mères en suites de couches ?

Et pour y parvenir, nous avons définit les objectifs suivants :

- Apprécier le vécu de la grossesse et de l'accouchement des femmes
- Décrire et analyser la perception de l'estime de soi des femmes en post-partum en lien avec les données concernant les vécus de la grossesse et de l'accouchement

2. MATÉRIELS ET MÉTHODE

2.1. Protocole d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative prospective ayant pour objectifs d'apprécier le vécu de la grossesse et de l'accouchement des patientes puis décrire et analyser leur perception de leur estime d'elles-mêmes dans le post-partum.
L'outil qui a été choisi pour appuyer cette démarche quantitative est le questionnaire. L'étude a débuté en Juillet 2019 et s'est terminée en Février 2020.

2.2. Centres d'étude

Les questionnaires permettant la réalisation de cette étude descriptive, comparative et multicentrique ont été distribués dans les maternités publiques de l'Hôpital Nord (Type III), l'Hôpital de la Conception (Type III), l'Hôpital d'Aix-en-Provence (Type IIb) et l'Hôpital de La Ciotat (Type I). Les demandes de diffusion dans des maternités privées ou semi-privées faites ont été refusées.

2.3. Population étudiée

L'étude a été menée auprès de femmes hospitalisées dans un service de suites de couche dans le cadre du post-partum, répondant au questionnaire sur la base du volontariat. N'ont pas été inclues les femmes non francophones, ayant donné naissance à un enfant mort-né ou à un fœtus mort in-utéro, ainsi que les femmes mineures ou majeures sous mesure de protection (tutelle ou curatelle).
Nous avons retenu comme critère d'exclusion la césarienne en urgence avant la mise en travail car elle ne permettait pas d'évaluer le vécu du travail.

2.4. Variables mesurées

Le questionnaire permettant la réalisation de l'étude (Annexe 1) regroupait des variables qualitatives et quantitatives. La seule variable quantitative était l'âge placée au début du questionnaire, dans la rubrique « contexte ».

Le reste des variables étaient qualitatives. Elles composaient dans un premier temps la rubrique « contexte » avec :

- Le mode de vie
- La gestité
- La parité
- Le suivi de grossesse
- La participation à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité
- Le mode de mise en travail
- Le mode d'accouchement
- Le mode d'alimentation du nouveau-né

Dans un second temps la rubrique « grossesse » avec le vécu de la grossesse évalué globalement par une échelle de Likert sur 5 items mais aussi de manière plus détaillée en évaluant également sur une échelle de Likert à 5 items :

- Le regard des autres pendant la grossesse
- L'accompagnement des professionnels de santé
- La préparation à la naissance et à la parentalité reçue
- La prise en compte des besoins et interrogations

Dans un troisième temps la rubrique « accouchement » où le vécu de l'accouchement était évalué de manière détaillée selon plusieurs facteurs par une échelle de Likert sur 5 items. Y était évalué le vécu de différents facteurs :

- Le respect de la pudeur pendant le travail
- L'urgence des décisions
- L'explication des gestes pratiqués
- La présence de l'équipe soignante
- La bienveillance de l'équipe soignante
- La prise en considération de la douleur
- Le recueil du consentement
- Le sentiment de liberté durant le travail
- Le respect et la prise en compte du projet de naissance
- Le sentiment d'infantilisation

Enfin l'estime de soi était évaluée grâce à l'échelle de Rosenberg sur 4 items (Annexe 2).

Les facteurs permettant d'évaluer de manière détaillée le vécu de la grossesse et de l'accouchement ont été choisis suite à l'étude de Marie Ferrer-ferrer[18] qui a permis d'exposer les pratiques engendrant un mauvais vécu par les femmes.

2.5. Recueil de données

Le questionnaire a été placé en Annexe 1. Ce dernier a été testé sur 13 femmes. Il n'a nécessité aucune modification dans son contenu mais le mode de recueil a dû être modifié.

Le choix a dans un premier temps été fait de recueillir les données par un questionnaire, au lit des patientes afin de ne pas les laisser seules face à des souvenirs parfois traumatiques que pouvait faire émerger la réponse à ces questions. Mais face à la démarche quantitative qui nécessite un nombre conséquent de réponses et aux limites de temps qu'impose la réalisation de cette étude, il a été décidé de distribuer les questionnaires aux patientes et de les laisser répondre en autonomie.

À aucun moment les termes de « violence obstétricale », « violence », « maltraitance » n'ont été évoqués afin de ne pas influencer les réponses des femmes interrogées.

Tous les questionnaires recueillis étaient remplis de manière anonyme afin de garder les informations confidentielles, ils ont été numérotés pour être identifiables au cours du traitement des données.

Au total, 102 questionnaires ont été distribués, 13 d'entre eux ont été perdus, 89 réponses au questionnaire ont été reçues et 88 ont été inclues.

2.6. Analyse des résultats

La retranscription des données recueillis et leur codage ont été faits sur le logiciel Microsoft Excel, leur traitement avec l'aide du logiciel Microsoft XLSTATS.
La donnée quantitative qui est l'âge a été analysée par une moyenne et un écart-type. Les données qualitatives hors échelles ont été codées de manière binaire (0 ; 1). Les échelles de Likert ont été converties de manière numérique dans le but de les analyser statistiquement. Le chiffre 1 correspondait à l'item « Très mal vécu » jusqu'au chiffre 5 correspondant à l'item « Très bien vécu ». De même que pour l'échelle de perception du stress où le chiffre 1 correspondait à l'item « Pas du tout stressée » jusqu'au chiffre 5 correspondant à l'item « Énormément stressée ».

Concernant l'estime de soi, elle a été évaluée grâce à l'échelle de Rosenberg (annexe 2) qui est codée de 1 à 4. Le chiffre 1 correspondait à l'item « Tout à fait en désaccord » jusqu'au chiffre 4 correspondant à l'item « Tout à fait en accord ». L'échelle de Rosenberg comprend 10 affirmations que la patiente doit coder pour obtenir un score total entre 10 et 40 points. Si le score est inférieur à 25, l'estime de soi est très faible ; si le score est entre 25 et 31, l'estime de soi est faible ; si le score est entre 31 et 34, l'estime de soi est moyenne ; si le score est compris entre 34 et 39, l'estime de soi est forte ; enfin, si le score est supérieur à 39, l'estime de soi est très forte. Dans cette étude nous avons décidé de regrouper ces résultats en deux groupes : mauvaise estime de soi qui regroupe les « très faible », « faible » et moyenne » estime de soi et bonne estime de soi qui regroupe les « forte » et « très forte » estime de soi afin de simplifier l'analyse des résultats.

L'analyse des données a dans un premier temps été descriptive puis dans un second temps comparative. Un test de Student a été appliqué aux données quantitatives issues des échelles de Likert afin de comparer les vécus aux critères qualitatifs comme les groupes d'estime de soi principalement. Un test de Khi^2 a été appliqué aux valeurs qualitatives afin de les comparer entre elles. Le

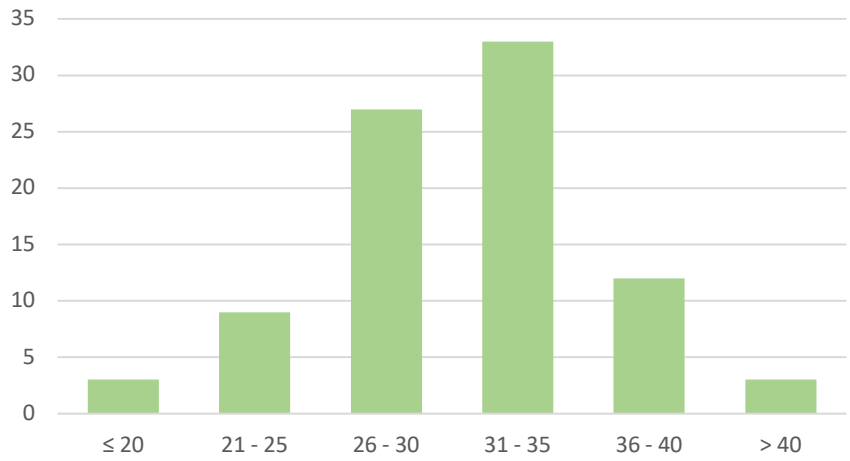
test de Fisher a été utilisé sur les effectifs faibles. Le seuil de significativité a été fixé à un risque α à 5 % ($p<0,05$).

Les données des échelles de Likert ont été arrondies à la deuxième décimale après la virgule pour simplifier la lecture, et les données de l'âge à la première décimale après la virgule.

3. RÉSULATS

3.1. Description de la population étudiée

La moyenne d'âge des femmes interrogées était de 30,8 ans avec un écart type de 5,1 ans.



Histogramme 1 : Répartition graphique des âges dans la population étudiée (n = 87).

Mode de vie	**Population totale n = 88, n (%)**
Couple	84 (95.5)
Célibataire	4 (4,5)
Parité	
Primipare	44 (50)
Multipare	43 (48,9)
Participation à des cours de PNP	
Oui	50 (56,8)
Non	37 (38,6)
Suivi de la grossesse	
Sage-femme	17 (19,3)
Gynécologue-obstétricien	47 (53,4)
Médecin généraliste	2 (2,3)
Interprofessionnalité	20 (22,7)

Mode de mise en travail	
Spontanée	49 (55,9)
Déclenchement	25 (28,4)
Césarienne programmée	13 (14,8)
Mode d'accouchement	
Voie basse	60 (68,2)
Césarienne	28 (31,8)
Alimentation du nouveau-né	
Allaitement maternel	45 (51,1)
Allaitement artificiel	26 (29,5)
Allaitement mixte	17 (19,3)

Tableau 1 : Analyse descriptive de la population étudiée.

3.2. Vécu de la grossesse et estime de soi

	Mauvaise estime de soi	Bonne estime de soi	Différence des moyennes	P
	Moyennes			
Vécu global de la grossesse	3,91	4,28	0,37	0,095
n = 77	n = 37	n = 40		
Regard des autres	4,43	4,63	0,19	0,307
n = 77	n = 37	n = 40		
Accompagnement des professionnels de santé	4,42	4,65	0,23	0,149
n = 76	n = 36	n = 40		
Préparation à la naissance reçue	4,35	4,54	0,19	0,285
n = 70	n = 34	n = 36		

Prise en compte des besoins	4,11	4,60	0,49	0,008**
n = 77	n = 37	n = 40		

*p<0,05 **p<0,01

Tableau 2 : Différence de moyennes du vécu de plusieurs facteurs de la grossesse entre deux groupes de niveaux d'estime de soi.

3.3. Vécu de l'accouchement et estime de soi

	Mauvaise estime de soi	**Bonne estime de soi**	**Différence des moyennes**	**P**
	Moyennes			
Vécu global du travail	4,20	4,61	0,41	0,002**
n = 65	n = 31	n = 34		
Respect de la pudeur pendant le travail	4,25	4,55	0,30	0,116
n = 75	n = 36	n = 39		
Urgences des décisions	4,18	4,27	0,09	0,736
n = 60	n = 34	n = 26		
Explication des gestes pratiqués	4,16	4,74	0,58	0,005**
n = 76	n = 37	n = 39		
Présence de l'équipe soignante	4,68	4,88	0,20	0,066
n = 77	n = 37	n = 40		
Bienveillance de l'équipe soignante	4,58	4,95	0,37	0,005**
n = 76	n = 36	n = 40		
Prise en compte de la douleur	4,35	4,55	0,20	0,318
n = 77	n = 37	n = 40		

Recueil du consentement n = 73	4,26 n = 35	4,68 n = 38	0,43	0,042*
Sentiment de liberté pendant le travail (alimentation, mouvement) n = 71	3,62 n = 34	4,05 n = 37	0,44	0,088
Respect du projet de naissance n = 65	4,10 n = 31	4,50 n = 34	0,40	0,088
Infantilisation n = 62	4,00 n = 29	4,82 n = 33	0,82	0,003**

*p<0,05 **p<0,01

Tableau 3 : Différence de moyennes du vécu de plusieurs facteurs de l'accouchement entre deux groupes de niveaux d'estime de soi.

3.4. Influence de l'âge sur l'estime de soi

	Mauvaise estime de soi	Bonne estime de soi	Différence des moyennes	P
	Moyennes			
Âge n = 64	29,6 n = 31	32,10 n = 33	2,50	0,051

*p<0,05 **p<0,01

Tableau 4 : Différence de moyenne d'âge selon le groupe de niveau d'estime de soi.

3.5. Autres facteurs pouvant influencer l'estime de soi

Aucun lien statistique n'a pu être mis en évidence entre l'estime de soi en suites de couche et les facteurs suivants : mode de vie, parité, mode de mise en travail et voie d'accouchement.

3.6. Préparation à la naissance et vécu de la grossesse et l'accouchement

	Participation à des cours de PNP		Différence des moyennes	P
	OUI	NON		
	Moyennes			
Vécu global de la grossesse	4,20	3,97	0,23	0,331
n = 77	n = 43	n = 34		
Vécu global de l'accouchement	4,38	4,47	0,08	0,546
n = 65	n = 39	n = 26		

*p<0,05 **p<0,01

Tableau 5 : Différence de moyennes du vécu de la grossesse et de l'accouchement selon la participation à des cours de PNP.

3.7. Parité et vécu de la grossesse et l'accouchement

	Primipare	Multipare	Différence des moyennes	P
	Moyennes			
Vécu global de la grossesse	4,24	4,15	0,09	0,695
n = 66	n = 33	n = 33		
Vécu global de l'accouchement	4,35	4,47	0,08	0,546
n = 66	n = 33	n = 33		

*p<0,05 **p<0,01

Tableau 6 : Différence de moyennes du vécu de la grossesse et de l'accouchement selon la parité.

3.8. Influence des vécus de la grossesse et de l'accouchement entre eux

	Vécu global de la grossesse	Vécu global de l'accouchement	P
Moyennes	4,18	4,42	< 0,0001**
	n = 63	n = 63	

*p<0,05 **p<0,01

Tableau 7 : Analyse de variance des moyennes de vécus de la grossesse et de l'accouchement.

4. ANALYSE ET DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était d'apprécier le vécu de la grossesse et de l'accouchement des femmes puis de décrire et analyser la perception de l'estime de soi des femmes en post-partum en lien avec ces données.

4.1. Limites de l'étude

La limite principale de cette étude est son faible effectif (n = 88) qui est à l'origine d'un manque de puissance qui ne permet pas sa généralisation à la population générale et sa significativité pour certains résultats issus des statistiques comparatives. Nous pouvons le remarquer en comparant nos résultats à l'enquête nationale de périnatalité (ENP) publiée en 2016 qui décrivait, par exemple, 79,8% d'accouchement voie basse contre 68,2% dans notre étude ou encore 68,1% de travail spontané contre 55,9% dans la nôtre. On peut malgré tout noter aucune différence majeure, certains résultats sont même similaires, comme la moyenne d'âge des patientes qui est de 30,4 ans dans l'ENP et de 30,8 ans dans la nôtre[19].

Le volontariat pour répondre au questionnaire est également une limite, en effet, les patientes ayant vécu un accouchement difficile n'avaient peut-être pas la disponibilité pour répondre à ces questions ou à l'inverse ont répondu plus facilement car le sujet les touchait de près.

En répondant à ce questionnaire, les patientes devaient faire appel à leur mémoire pour se remémorer le vécu de leur grossesse, de leur travail et de leur accouchement ce qui soulève un biais cognitif mais également un biais affectif, en effet, le vécu de leur grossesse peut à priori influencer celui de l'accouchement et inversement. De plus, il est probable que la chute hormonale et le manque de sommeil présents dans le post-partum entraine une humeur dépressive et une labilité émotionnelle pouvant influencer le souvenir de leur vécu[20,21].

Le questionnaire étant distribué en suite de couches, les patientes étaient souvent accompagnées de leur conjoint.e, leurs réponses ont donc pu être influencées par leur présence, leur avis.

4.2. Analyse et discussion

De tous les facteurs étudiés durant la grossesse, nous pouvons voir que seule la prise en compte des besoins et des questions des patientes influe de manière significative, positivement sur l'estime de soi des femmes (p=0,008). Il n'est pas étonnant qu'un accompagnement efficace des patientes ai un effet positif sur elles, en effet il est déjà montré qu'un soutien continu pendant le travail diminue les complications chez les mères et leurs nourrissons, avec moins de césariennes, moins de naissances instrumentales, un meilleur score d'Apgar à 5 minutes et moins de sentiments négatifs autour de l'accouchement[22].

Contrairement au vécu global de la grossesse qui ne semble pas influer sur l'estime de soi des patientes, un mauvais vécu global de l'accouchement semble lui, favoriser une mauvaise estime de soi en suites de couches (p=0,002). De manière plus détaillée ce sont le manque d'explication des gestes pratiqués, le manque de bienveillance ressenti, l'absence de recueil du consentement et le sentiment d'infantilisation qui lorsqu'ils sont présents, favorise la faible estime de soi. L'enquête du CIANE confirme que le vécu de l'accouchement est fortement corrélé au respect de leurs souhaits pendant l'accouchement[23].
Comme expliqué dans le Plan de périnatalité 2005-2009[24], les futurs parents expriment un réel besoin d'écoute et d'information que les professionnels de la naissance doivent être en mesure de leur apporter et ont besoin d'un accompagnement adapté à leurs besoins tout au long de la grossesse, du travail, de l'accouchement et du post-partum. Mais cet accompagnement, aussi important soit-il, n'est pas toujours optimal. C'est souvent un manque de temps qui rend plus difficile la prise en charge globale des patientes et des couples et qui engendre des maltraitances de la part des soignants sans qu'ils ai l'intention de l'être[1]. Le nombre de maternités en France métropolitaine qui était de 1369 en 1975 a diminué à 482 en 2017 et le nombre de lits été divisé par deux en

trente ans alors que la natalité reste dynamique avec 753 000 naissances en 2019[25,26]. Avec une sage-femme seule de garde en salle de naissance jusqu'à 1200 accouchement par an[1], il est de plus en plus difficile d'assurer un soutien continu, individuel et personnalisé aux patientes alors que ce dernier a été préconisé par la HAS et l'American College of Obstetricans and Gynecologist en 2017[27,28].

Certains couples préfèrent se tourner vers des accouchements moins médicalisés et un accompagnement plus global en cherchant des solutions alternatives à l'accouchement en maternité comme les accouchements à domicile, en maison de naissance, sur des plateaux techniques ou encore dans les salles « physiologiques » des maternités[29]. Les accouchements extrahospitaliers sont encore minoritaires en France, mais tendent à se développer avec, par exemple l'ouverture de 9 maisons de naissances depuis 2016 et pour 5 ans à titre expérimental[30]. Le rapport de 2019 évaluant la qualité des soins prodigués dans ces structures montre des résultats positifs avec un niveau de sécurité satisfaisant et une très faible fréquence d'interventions[31]. L'accouchement assisté à domicile encore très rare avec 0,25 % des accouchements Français est de plus en plus difficile d'accès aux femmes, les sages-femmes les réalisant étant contraintes d'arrêter leur pratique, faute d'assurance professionnelle[32,33]. Le rapport de l'Association des Professionnels de l'Accouchement Accompagné à Domicile (APAAD) de 2018 montre toutefois que l'accompagnement des naissances à domicile en France, comme dans les autres pays, semble faire preuve de son bien-fondé avec moins d'interventions médicales et un accouchement aussi sécure qu'à l'hôpital pour les grossesses à bas risque. Il représente déjà 13 % des naissances aux Pays-Bas[32,33]. Avec tous ces résultats rassurants, il serait donc intéressant de faciliter l'accès à ces solutions alternatives afin d'offrir un panel de choix complet aux femmes et aux couples pour qu'ils puissent vivre de manière optimale ce moment important de leurs vies.

1 Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatologie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique 98-900 oct 9, 1998.

La formation des professionnels de santé est tout aussi importante afin de les sensibiliser pendant leurs études et après leur diplôme à l'importance de l'accompagnement global, et de l'impact de ce dernier sur le vécu des patientes et des conséquences que cela engendre dans le post-partum et dans la vie future des femmes et de leur famille. L'école de sage-femme de Marseille a par exemple créé en 2014 l'unité d'enseignement libre « Naissance et périnatalité respectée » afin de sensibiliser ses étudiants et leur inculquer des principes fondamentaux pour leur futur exercice.

Contrairement à ce que nous aurions pu penser, les femmes ayant participé à des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) ne montrent pas un vécu significativement meilleur de leur grossesse et de leur accouchement que les femmes n'ayant pas assisté à ces séances (p=0,331 et p=0,546). Il est toutefois important de noter à nouveau la faiblesse de notre échantillon dans cette étude, qui ne permet pas son application à la population générale. Historiquement centrées sur la gestion de la douleur pendant l'accouchement, les séances de PNP ont aujourd'hui des objectifs plus larges. Un accompagnement global de la femme et du couple est favorisé en les impliquant dans leur projet de naissance afin de renforcer leur estime de soi, leur sens critique, leur capacité de prise de de décision ainsi que leur capacités d'action[34]. De plus nous pouvons voir dans notre étude le lien étroit entre le vécu de la grossesse et celui de l'accouchement (p<0,0001) qui démontre l'importance d'une prise en charge globale.

Ces séances, censées être adaptées aux besoins de la femme et du couple recueillis lors de l'entretien prénatal précoce dit entretien du « 4ème mois », sont au nombre de huit et abordent des thématiques variées selon les besoins des participants. Le contenu des séances peut ainsi aborder la gestion des contractions, la place du père, l'alimentation du nouveau-né ou encore la puériculture. Toutes ces notions peuvent être abordées sous différents points de vue, avec des préparations axées sur la sophrologie ou l'haptonomie par exemple. Enfin, un accompagnement informel à domicile ainsi qu'un entretien post natal précoce (EPNP) sont aussi proposés dans le post-partum afin de compléter les connaissances, d'accompagner les soins au nouveau-né, de

favoriser l'allaitement et les liens d'attachements ainsi que d'ajuster le suivi de la mère et de l'enfant en fonction de leurs besoins[34].
Recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS), l'efficacité de ces séances prénatales reste encore inconnue, tant sur ses effets sur le déroulement de la naissance, que sur la fonction parentale[34,35]. Il serait donc intéressant d'étudier l'influence de la participation à ces séances sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement. Nous pouvons toutefois supposer que ces séances sont bénéfiques pour les couples, en effet il est déjà montré que les interventions en post-natal précoce améliorent le bien-être physique et émotionnel des femmes en diminuant leur anxiété et en améliorant leur estime d'elle-même[34].

À nouveau, du fait du manque de puissance de l'étude, la différence d'âge n'est pas significative sur le groupe de niveau d'estime de soi. Cependant il semble se dessiner une tendance selon laquelle l'estime de soi est plus grande chez les patientes plus âgées (p=0,051). Selon une étude publiée dans le Journal of Personality and Social Psychology, l'estime de soi augmente au cours de la vie, avec un pic à 60 ans avant de diminuer chez les personnes âgées[36]. Notre résultat semble donc suivre cette même dynamique. Cette étude montre également que les femmes ont de manière générale une plus faible estime d'elles-mêmes que les hommes, mais aussi que les personnes avec un niveau d'étude plus haut, avaient une estime d'eux-mêmes plus haute. Il est donc intéressant de noter que les femmes jeunes, avec un bas niveau d'étude et en situation de précarité, sont plus à risque d'avoir une faible estime d'elles même, et par conséquent, plus de risque de dépression dans le post-partum. Il faut donc leur apporter un soutien d'autant plus important.

La parité selon notre étude ne semble jouer aucun rôle dans le vécu de la grossesse (p=0,695), le vécu de l'accouchement (p=0,368) ni dans le niveau d'estime de soi des mères en suites de couches (p = 0,616). C'est un résultat intéressant qui montre que les femmes ne « s'habituent » pas à accoucher, et que chaque expérience de maternité est unique. Il est toutefois à nuancer, encore une fois la puissance de l'étude ne permet pas d'appliquer ce résultat à la population générale. De plus une enquête réalisée auprès de 1650 femmes ayant accouché dans la région Midi-Pyrénées en 2005 révèle que les primigestes ont

un besoin plus important d'échanges et de soutien psychologique durant le suivi anténatal[37,38]. Selon Laplagne E. en 2018, la grossesse, pour les primigestes, est une situation inconnue et nouvelle, elles ont donc besoin de plus d'informations pratiques, d'explications sur les modifications liées à la grossesse, son suivi, son déroulement et les démarches administratives. À contrario, les multigestes ont déjà l'expérience et le vécu d'une première grossesse ainsi, elles ont des demandes plus ciblées qui peuvent être en lien avec leur première grossesse et accouchement[39]. Plusieurs études confirment le désir des multigestes d'avoir un suivi plus personnalisé. Ces dernières se tournent plus fréquemment vers une sage-femme libérale que les primigestes, et sont désireuses d'un accompagnement différent, donnant plus de place au relationnel[40]. Il est donc important que les soignants prennent en compte la parité afin d'adapter au mieux leurs prises en charge et leurs accompagnements. Cependant, au cours des consultations de grossesse et de l'accouchement, il est important et obligatoire, d'informer et d'obtenir le consentement éclairé des patientes, et cela, peu importe la parité de la patiente[2].

Tous les résultats obtenus vont dans le même sens : les femmes, pour bien vivre leur grossesse et leur accouchement, ont besoin d'explications claires, de bénéficier d'une écoute attentive et compréhensive, qu'on réponde à leurs questionnements et à leurs besoins, qu'on les considère comme des personnes capables et qu'on les accompagne en conséquence. Il est primordial d'ouvrir le dialogue entre les professionnels et les patientes afin de répondre aux attentes des femmes et des couples et d'établir une relation de soin saine. Cela est d'autant plus important après des accouchements plus traumatiques où la majorité des femmes sont demandeuses d'échanges à postériori avec les professionnels qui ont accompagné leur accouchement afin de comprendre leur histoire[23]. Un état des lieux de la recherche en psychologie sur les accouchements traumatiques publié en 2015 dans Journal of Reproductive and Infant Psychology souligne, entre autres, que le choix, l'information et l'implication des patientes dans les décisions sont potentiellement protecteurs contre les accouchements traumatiques[6,41]. C'est en œuvrant pour favoriser le

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

bon vécu des femmes au cours de leur maternité, qu'on favorise leur estime d'elle-même en post-partum et qu'on leur permet de disposer des outils nécessaires pour vivre au mieux cette période charnière de leur vie de femme.

5. CONCLUSION

Les femmes ayant une mauvaise estime d'elles-mêmes en suites de couches sont celles qui ont mal vécu leur accouchement, qui ne se sont pas senties assez accompagnées, qui ont manqué d'explications, qui ont ressenti un manque de bienveillance à leur égard, qui n'ont pas pu exprimer leur consentement et qui ont eu un sentiment d'infantilisation. Plus que les actes en eux-mêmes, c'est principalement le manque de communication et de disponibilité de l'équipe soignante qui a influé sur leur vécu et par conséquent sur leur estime d'elles-mêmes. Et ce, sans considération de leur parité, leur âge ou leur mode de vie.

Depuis quelques années, et principalement après la prise de parole des femmes et la sortie du rapport du HCE, une prise de conscience collective a eu lieu concernant les violences obstétricales. En réponse à ce mouvement, le CNGOF a créé en 2019 le label « Maternys » afin de distinguer les maternités qui mettent la bientraitance au centre de leurs préoccupations. Les associations de patientes sont, elles, très méfiantes face à ce nouveau label qui valoriserait « une maternité pour faire ce qu'elle doit faire ».

Même si une prise de conscience a eu lieu il reste encore beaucoup d'effort à faire pour permettre aux équipes soignantes d'accompagner au mieux les patientes. Aujourd'hui, le système maltraite son personnel et ses étudiants comme le montre par exemple l'enquête de l'ANESF sur le bien-être des étudiants sage-femme en France[42]. Ne faudrait-il pas alors favoriser le bien-être des équipes pour leur permettre d'être pleinement à l'écoute et au service de leurs patients ?

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical*. 2018.

2. Blondin M. *Violences obstétricales et gynécologiques*. Assemblée Parlementaire. 2018.

3. Lemay G. *Cruelty in Maternity Wards.* Ladies Home Journal [Internet]. 1958 [cité 9 août 2020]; Disponible sur: http://wisewomanwayofbirth.com/cruelty-in-maternity-wards/

4. D'Gregorio RP. *Obstetric violence : A new legal term introduced in Venezuela*. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2010.

5. Audibert N. *Violence obstétricale*. 2016.

6. Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE). *Violences obstétricales : Comprendre, prévenir, réparer*. 2017.

7. Fenech G, Thomson G. Tormented by ghosts from their past': A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. Midwifery. 2014.

8. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. *A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample*. 2004.

9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 2011.

10. Garcia A. *Violences obstétricales, le point de vue des usagères.* 2020.

11. Beaulieu J. *La souffrance psychologique des adolescents victimes de violence à l'école.* 2011.

12. Henrion R. *Les Femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé* [Internet]. Ministère de la santé. 2001 [cité 10 août 2020]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/014000292.pdf

13. Daligand L. *Violences conjugales*. 2008.

14. Kucharska J. *Sexual and Non-Sexual Trauma, Depression and Self-Esteem in a Sample of Polish Women. A Cross-Sectional Study.* 2017.

15. André C. *L'estime de soi.* Recherche en Soins Infirmiers N° 82. 2005.

16. Cardinal M-E. *Comment intervenir sur la compétence et le sentiment de compétence parentale de parents vivant des difficultés ?* 2010.

17. Montigny F, Lacharité C. *Perceived parental efficacy: concept analysis.* Journal of Advanced Nursing. 2005.

18. Ferrer-Ferrer M. *Les violences obstétricales : état des lieux des pratiques associées à un mauvais vécu de l'accouchement en CHU à Marseille*. 2019.

19. INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche), DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). *Enquête nationale périnatale*. 2016.

20. Dayan J. *Post-partum blues. Que Sais-Je ?* 2016.

21. Namer V. *Aspects hormonaux du post-partum et ostéopathie*. Spirale N° 86. 2018.

22. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. *Continuous support for women during childbirth.* [Internet]. 2017. [cité 9 août 2020]; Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003766.pub6

23. Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE). *Respect des souhaits et vécu de l'accouchement*. [Internet]. 2012. [cité 21 août 2020]. Disponible sur : https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf

24. Ministère des Solidarités et de la Santé. *Plan de périnatalité : Humanité, proximité, sécurité, qualité*. 2005-2009.

25. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). *La naissance : les maternités*. 2018.

26. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). *Naissances et taux de natalité* [Internet]. 2020. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381380#tableau-figure1

27. Haute Autorité de la Santé (HAS). *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Argumentaire*. 2017.

28. Haute Autorité de la Santé (HAS). *Recommandantions de bonnes pratiques. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales*. 2017.

29. Ministère du travail de l'emploi et de la santé, CIANE, CNGOF, CNSF, SFN. *Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités* [Internet]. [cité 21 août 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/grossesses_pc48a.pdf

30. Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). *Les maisons de naissance* [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 21 août 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance

31. Chantry A, Sauvegrain P, Roelens I, Guiguet-Auclair C, Goyet S, Vendittelli F. *Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France*. [Internet]. 2019. [cité 19 août 2020]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2019/11/Rapport_Maisons-naissance_2019-1.pdf

32. Orliac V. *L'accouchement accompagné à domicile comparé au bas risque en milieu hospitalier : une étude exposé-non exposé historique multicentrique*. [Internet]. 2019 [cité 21 août 2020]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02893888

33. Stauffer-Obrecht F, Koenig I, Le Gouhaler V, Mathelin V. *L'accouchement accompagné à domicile. Pratique des sages-femmes françaises accompagnant les naissances à domicile. État des lieux 2018.* [Internet]. 2019. [cité 21 août 2020]. Disponible sur: http://www.apaad.fr/wp-content/uploads/2019/09/ETAT-des-LIEUX-AAD-FRANCE-2018.pdf

34. Haute Autorité de la Santé (HAS). *Recommandations professionnelles : Préparation à la naissance et la parentalité (PNP)*. [Internet]. 2005. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

35. Bernard M-R, Eymard C. *Évolution et enjeux actuels de la préparation à la naissance et à la parentalité.* 2012.

36. Orth U, Trzesniewski KH, Robins RW. *Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study.* Journal of Personality and Social Psychology. 2010.

37. Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées. *Le suivi et l'orientation des femmes enceintes*. [Internet]. 2005. [cité 21 août 2020]. Disponible sur : http://www.orsmip.org/tlc/documents/RAPPORT_MATERNITES.pdf

38. Laplagne É. *Expérience et ressenti de la grossesse selon la parité : quelle est la différence de vécu des femmes entre leur première grossesse et les suivantes.* 2018.

39. Raynaud J. *La satisfaction des femmes vis-à-vis de l'entretien prénatal précoce en Haute-Vienne*. 2016.

40. Catimel B. *Parcours de suivi de grossesse de femmes résidant en zone sous-médicalisée.* 2013.

41. McKenzie-McHarg K, Ayers S, Ford E, Horsch A, Jomeen J, Sawyer A, et al. *Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research*. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2015.

42. ANESF (Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes). *Enquête Bien-Être des Étudiant.e.s Sages-Femmes.* [Internet]. 2018. [cité 22 août 2020]. Disponible sur: http://anesf.com/index.php/3d-flip-book/dossier-de-presse-enquete-bien-etre-des-etudiant-e-s-sages-femmes-2018/

7. ANNEXES

Annexe n°1 : Questionnaire de recueil

Questionnaire – Mémoire étudiante Sage-femme

Auteure : DIEL Ophélie – Étudiante Sage-femme
Directrice de mémoire : ZAKARIAN Carole

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Madame, ce questionnaire anonyme a pour but de m'aider dans la réalisation de mon mémoire, dont l'objectif est d'évaluer le vécu par les femmes de certains actes, discours, ou soins au cours de la grossesse et plus particulièrement de l'accouchement.

Je vous remercie du temps que vous y accorderez.

Partie n°1 : Contexte

Date : ……/……/……..

Âge :

Mode de vie : Célibataire En couple

Gestité (Nombre de grossesse y compris IVG, Fausses couches) :

Parité (Nombre d'accouchements) **:**

Date d'accouchement : ….. / ….. / ……

Suivi de la grossesse : Sage-Femme Médecin généraliste Gynécologue-Obstétricien

Cours de préparation à l'accouchement : Oui Non

Mise en travail : Spontanée Déclenchement Césarienne programmée

Mode d'accouchement : Voie basse Césarienne

Alimentation du nouveau-né : Allaitement Allaitement Artificiel Allaitement Mixte

Partie n°2 : La grossesse

Sur une échelle de 1 (Très mal vécu) à 5 (Très bien vécu) comment évaluez- vous :

Le vécu global de la grossesse : 1 2 3 4 5

Le regard des autres sur vous pendant la grossesse : 1 2 3 4 5

L'accompagnement des professionnels de santé pendant la grossesse : 1 2 3 4 5

La préparation à la naissance que vous avez reçue (y compris en consultation de suivi) **:** 1 2 3 4 5

La prise en compte de vos besoins / interrogations pendant la grossesse : 1 2 3 4 5

Partie n°3 : L'accouchement

Sur une échelle de 1 (Très mal vécu) à 5 (Très bien vécu) comment évaluez-vous :

Si un des items ne vous concerne pas, notez uniquement « NE » (Non Évaluable) à côté de l'échelle.

Le respect de votre pudeur pendant le travail : 1 2 3 4 5

L'urgence des décisions (césarienne, instruments, manœuvres) : 1 2 3 4 5

L'explication des gestes pratiqués : 1 2 3 4 5

La présence de l'équipe soignante : 1 2 3 4 5

La bienveillance l'équipe soignante : 1 2 3 4 5

La prise en compte/considération de votre douleur : 1 2 3 4 5

Le recueil de votre consentement : 1 2 3 4 5

Votre sentiment de liberté pendant le travail (boire, manger, bouger) **:** 1 2 3 4 5

Le respect ou la prise en considération de votre projet de naissance : 1 2 3 4 5

Sur une échelle de 1 (Pas du tout) à 5 (Beaucoup) **diriez-vous avoir été infantilisée pendant le travail et/ou l'accouchement :** 1 2 3 4 5

Partie n°4 : L'estime de soi

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vrai pour vous en entourant le chiffre approprié :

1 : Tout à fait en désaccord **2 : Plutôt en désaccord** **3 : Plutôt en accord** **4 : Tout à fait en accord**

1.	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre	1 2 3 4
2.	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités	1 2 3 4
3.	Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté	1 2 3 4
4.	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens	1 2 3 4
5.	Je sens peu de raisons d'être fier de moi	1 2 3 4
6.	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même	1 2 3 4
7.	Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi	1 2 3 4
8.	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même	1 2 3 4
9.	Parfois je me sens vraiment inutile	1 2 3 4
10.	Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien	1 2 3 4

Annexe n°2 : Échelle de Rosenberg

IRBMS
Institut Régional du Bien-être,
de la Médecine et du Sport Santé
WWW.PSYCHOLOGIEDUSPORTIF.FR
WWW.IRBMS.COM - NORD-PAS-DE-CALAIS

Rubrique : Echelle d'Evaluation

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive. (Voir article : « encore une erreur d'arbitrage ou comment maintenir une estime de soi positive… »
En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4

1.	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre	1-2-3-4
2.	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1-2-3-4
3.	Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté	1-2-3-4
4.	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens	1-2-3-4
5.	Je sens peu de raisons d'être fier de moi.	1-2-3-4
6.	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.	1-2-3-4
7.	Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.	1-2-3-4
8.	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même	1-2-3-4
9.	Parfois je me sens vraiment inutile.	1-2-3-4
10.	Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.	1-2-3-4

Comment évaluer votre estime de soi ?

Pour ce faire, il vous suffit d'additionner vos scores aux questions **1, 2, 4, 6 et 7.**

Pour les questions **3 ,5 ,8 ,9 et 10,** la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si vous entourez le chiffre 1, 3 si vous entourez le 2, 2 si vous entourez le 3 et 1 si vous entourez le 4.

Faites le total de vos points. Vous obtenez alors un score entre 10 et 40.

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

Si vous obtenez un **score inférieur à 25**, votre estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.

Si vous obtenez un **score entre 25 et 31**, votre estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.

Si vous obtenez un **score entre 31 et 34**, votre estime de soi est dans la moyenne.

Si vous obtenez un **score compris entre 34 et 39**, votre estime de soi est forte.

Si vous obtenez un **score supérieur à 39**, votre estime de soi est très forte et vous avez tendance à être fortement affirmé.

8. GLOSSAIRE

- AFAR : Association Francophone pour l'Accouchement Respecté
- ANESF : Association Nationale des Étudiants Sages-Femmes
- APAAD : Association de Professionnels pour l'Accouchement Accompagné à Domicile
- CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance
- CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- CNSF : Collège National des Sages-Femmes de France
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- ENP : Enquête Nationale de Périnatalité
- HAS : Haute Autorité de la Santé
- HCE : Haut Comité à l'Égalité entre les femmes et les hommes
- PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- SFN : Société Française de Néonatologie

9. RÉSUMÉ

Les violences obstétricales : conséquences sur l'estime de soi des femmes ?

Introduction : Arrivées dans le débat public suite à la prise de parole de milliers de femmes, les violences obstétricales sont définies par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes comme des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical. Plusieurs études montrent que les violences à l'école, les violences conjugales ou encore les violences sexuelles sont à l'origine d'une perte de l'estime de soi chez les victimes. L'estime de soi est dans le spectre de la périnatalité le reflet du sentiment de compétence parentale qui, lorsqu'il est bon, diminue le sentiment de détresse psychologique dans les trois mois suivant l'accouchement. Nous nous sommes donc intéressés au lien entre le vécu de la grossesse et de l'accouchement et l'estime de soi des patientes en suites de couche.

Matériel et méthodes : Une étude descriptive puis comparative du vécu de la grossesse et de l'accouchement ainsi que l'estime de soi des patientes en suites de couche a été réalisé. Un questionnaire a été distribué en suites de couches dans plusieurs maternités de la région sud et a permis de recueillir les données, sur la base du volontariat.

Résultats : Les femmes qui présentent une mauvaise estime de soi en suites de couches sont celles qui n'ont pas été satisfaites par la prise en compte de besoins pendant leur grossesse (p=0,008) ; qui ont un mauvais vécu global du travail (p=0,002) ; qui ont manqué d'explications pendant le travail (p=0,005) ; qui ont manqué de bienveillance de la part de l'équipe soignante (p=0,005) ; qui n'ont pas pu exprimer leur consentement (p=0,042) ; qui se sont senties infantilisées (p=0,003).

Conclusion : C'est principalement le manque de communication et de disponibilité de l'équipe soignante qui influe sur le vécu et par conséquent sur l'estime des femmes en suites de couches. Et ce, sans considération de leur parité, leur âge ou leur mode de vie.

Mots-clés : Violences obstétricales ; violences ; estime de soi ; sentiment de compétences parentales ; vécu ; grossesse ; accouchement ; suites de couches

Obstetrical violence : consequences on women's self-esteem ?

Introduction : Introduced in the public debate after the speak out of thousands of women, obstetric violence are defined by the Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et hommes as gestures, words, practices, behaviors exercised or omitted by one or more caregiver.s on patients during their gynecologic or obstetrical monitoring. Several studies show that school, marital and sexual violence affects victims' self-esteem. In the perinatal spectrum, self-esteem is defined as parental ability's feeling. When it's good, the latter reduce the feeling of psychological distress in the three months following the delivery. Therefore, we studied the link between the pregnancy and delivery's experience and the patient's self-esteem during post-partum period.

Materials and methods : First, a descriptive study have been done on women's experience and self-esteem. Then, to evaluate the influence of women's experience on their self-esteem a comparative study has been realized. A questionnaire was used to collect the data. It was distributed among volunteers' women in several south region's maternity.

Results : Women who showed a lowest self-esteem in the post-partum period are those who were not satisfied by the consideration of their needs during the pregnancy (p=0,008) ; who had a bad global experience during delivery (p=0,002) ; who felt a lack of explanations during labor (p=0,005) ; who felt a lack of goodwill from the caregivers (p=0,005) ; who couldn't express their consent (p=0,042) ; who felt infantilized (p=0,003).

Conclusion : It's mostly the caregivers' lack of communication and availability witch affect women's experience ; accordingly women's self-esteem during post-partum period without taking in consideration age, parity or life style.

Key words : obstetrical violence ; violence ; self-esteem ; parental ability's feeling ; experiences ; pregnancy ; delivery ; post-partum period