



HAL
open science

Le projet de naissance et son impact sur le ressenti des violences obstétricales des accouchées : étude épidémiologique observationnelle descriptive qualitative par entretiens semi-directifs en 2020-2021, auprès de 10 femmes ayant un projet de naissance et ayant accouché au CHR de Metz-Thionville

Anna Gestalder

► **To cite this version:**

Anna Gestalder. Le projet de naissance et son impact sur le ressenti des violences obstétricales des accouchées : étude épidémiologique observationnelle descriptive qualitative par entretiens semi-directifs en 2020-2021, auprès de 10 femmes ayant un projet de naissance et ayant accouché au CHR de Metz-Thionville. Médecine humaine et pathologie. 2021. hal-03870499

HAL Id: hal-03870499

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870499v1>

Submitted on 24 Nov 2022

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

Le projet de naissance

Et son impact sur le ressenti

Des violences obstétricales des accouchées.

Etude épidémiologique observationnelle descriptive qualitative
par entretiens semi-directifs en 2020-2021, auprès de 10 femmes
ayant un projet de naissance et ayant accouché au CHR de Metz-Thionville.

Mémoire présenté et soutenu par

GESTALDER Anna

Directeur de mémoire : Mme Catherine Mergen-Morel, sage-femme enseignante

Expert : Mme Lorena Soratroi, sage-femme libérale

Promotion 2017-2021

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

Le projet de naissance

Et son impact sur le ressenti

Des violences obstétricales des accouchées.

Etude épidémiologique observationnelle descriptive qualitative
par entretiens semi-directifs en 2020-2021, auprès de 10 femmes,
ayant un projet de naissance et ayant accouché au CHR de Metz-Thionville.

Mémoire présenté et soutenu par

GESTALDER Anna

Directeur de mémoire : Mme Catherine Mergen-Morel, sage-femme enseignante

Expert de mémoire : Mme Lorena Soratroi, sage-femme libérale

Promotion 2017-2021

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Mme Catherine Mergen-Morel, sage-femme enseignante à l'école de Sage-femme de Metz, pour son engagement dans ce projet, son soutien et ses encouragements, mais aussi pour avoir été la première à nous appeler « ses futures collègues ».

Je remercie Mme Lorena Soratroi, pour m'avoir adressé des patientes pour mon étude et surtout pour avoir accepté de devenir mon experte de mémoire alors qu'elle était dans un période très importante et prenante de sa vie.

Je remercie Mesdames Blandine Malet-Duchon et Catherine Lewkowitch, sages-femmes libérales, pour avoir pris du temps pour moi et avoir parlé de mon étude à leurs patientes.

Je remercie les femmes qui ont accepté de participer à mes entretiens, pour le temps et la confiance qu'elles m'ont témoignée en partageant avec moi des moments intimes, qu'ils soient merveilleux ou douloureux.

Je remercie tous mes proches pour leur soutien au cours de mes études et pour m'avoir écouté raconté mes expériences folles et mes petites anecdotes, même s'ils ne les comprenaient pas toujours.

Enfin, je remercie mes amies de promotions pour ces quatre années passées avec vous, pour avoir été présentes dans les moments de rire mais aussi ceux de doute, et qui ont rendu mes études inoubliables.

GLOSSAIRE

AFAR : Alliance francophone pour un accouchement respecté

CHR : Centre Hospitalier Régional

CIANE : Collectif inter associatif autour de la naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

CNSF : Collège National des Sages-Femmes

EPPI : Entretien prénatal précoce individuel

HAS : Haute Autorité de Santé

IRASF : Institut de recherche et d'actions pour la santé des femmes

IVG : Interruption volontaire de grossesse

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	9
PARTIE 1 : JUSTIFICATION ET CONTEXTE.....	11
1. VIOLENCES OBSTETRIQUES.....	11
1.1. DEFINITIONS.....	11
1.2. MEDIATISATION.....	12
1.3. PLACE DES RESEAUX SOCIAUX.....	12
1.4. CONSEQUENCES.....	14
1.4.1. Conséquences physiques.....	14
1.4.2. Conséquences psychologiques.....	14
1.5. L'AVIS DES PROFESSIONNELS CONCERNANT LES VIOLENCES OBSTETRIQUES	15
2. PROJET DE NAISSANCE.....	15
2.1. DEFINITION.....	15
2.2. ORIGINES.....	15
2.3. REALISATION.....	17
2.4. PERCEPTION PAR LES PROFESSIONNELS.....	18
3. PLACE DE LA SAGE-FEMME.....	18
3.1. DES COMPETENCES TECHNIQUES.....	18
3.2. UN ACCOMPAGNEMENT HUMANISTE.....	19
3.3. LA POSTURE DE LA SAGE-FEMME.....	20
4. PISTES DE RECONNAISSANCE ACTUELLES.....	21
4.1. INITIATIVES PRISES PAR LES PATIENTES.....	21
4.2. INITIATIVES DES PROFESSIONNELS ET DU GOUVERNEMENT.....	21
PARTIE 2 : METHODOLOGIE.....	23
1. PROBLEMATIQUE.....	23
2. OBJECTIFS.....	23
2.1. BENEFICES ATTENDUS.....	23
2.2. OBJECTIF PRINCIPAL.....	23
2.3. OBJECTIFS SECONDAIRES.....	23
3. HYPOTHESES ETABLIES POUR CETTE ETUDE QUALITATIVE.....	23
4. MATERIEL ET METHODES.....	24
4.1. TYPE D'ETUDE.....	24
4.2. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE.....	24

4.2.1.	Critères d'inclusion	24
4.2.2.	Critères de non-inclusion.....	24
4.2.3.	Critères d'exclusion.....	24
4.3.	CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRES	24
4.4.	RECUEIL DE DONNEES	25
4.5.	GESTION DES DONNEES.....	25
4.6.	LIEU DE L'ETUDE.....	25
4.7.	PERIODE DE L'ETUDE	25
4.8.	PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS	25
PARTIE 3 : RESULTATS.....		26
1.	PRESENTATION DES FEMMES INTERROGEEES	26
2.	VIOLENCES OBSTETRIQUES	28
2.1.	DEFINITIONS DES PATIENTES.....	28
2.2.	EXEMPLES DE VIOLENCES PAR LES PATIENTES.....	28
2.3.	RESSENTI PERSONNEL DE VIOLENCE OBSTETRIQUE PAR LES PATIENTES	29
3.	PROJET DE NAISSANCE	30
3.1.	REALISATION PAR LES PATIENTES.....	30
3.1.1.	Découverte de l'existence du projet de naissance	30
3.1.2.	Raisons de la réalisation par les patientes	30
3.1.3.	Méthode de réalisation	31
3.2.	ACCUEIL PAR LES PROFESSIONNELS	32
3.3.	RESPECT DU PROJET DE NAISSANCE.....	33
3.4.	APPORTS DU PROJET DE NAISSANCE SELON LES PATIENTES	33
3.5.	IMPACT SUR LE RESSENTI DE VIOLENCE OBSTETRIQUE	33
PARTIE 4 : DISCUSSION		35
1.	FORCE DE L'ETUDE	35
2.	LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE.....	35
3.	DISCUSSION DES RESULTATS ET VALIDATION DES HYPOTHESES.....	36
3.1.	VIOLENCES OBSTETRIQUES	36
3.2.	PROJET DE NAISSANCE	36
3.2.1.	Découverte de l'existence du projet de naissance	36
3.2.2.	Réalisation du projet de naissance.....	37
3.2.3.	Accueil et respect du projet de naissance	39
3.2.4.	Apports du projet de naissance et impact sur le ressenti de violences obstétricales selon les patientes.....	39
4.	PROPOSITION D'AMELIORATION.....	41

CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAPHIE.....	45
ANNEXES.....	50

INTRODUCTION

La première fois que j'ai lu les mots « *projet de naissance* », c'était sur le sujet imposé d'un exposé lors de ma deuxième année à l'École de Sage-femme. Je ne savais pas du tout de quoi il s'agissait. Au cours de mes recherches, j'ai découvert un outil méconnu et peu utilisé ayant pour but d'aider les femmes à se projeter dans leur grossesse, leur accouchement et leur parentalité, ainsi qu'à les aider à exprimer leurs désirs pour cet événement si particulier dans la vie d'une femme et d'un couple. Il est la plupart du temps réalisé en menant des recherches et en interrogeant les professionnels afin que le projet soit éclairé et corresponde à la maternité choisie, ainsi qu'à la réalité obstétricale de la future maman. Les patientes sont donc informées et ont une vision plus réaliste de ce qui peut se produire.

Au fil de mes cinq années d'étude, j'ai eu l'occasion de suivre des patientes en pré, per et post-partum ce qui m'a permis de constater que parfois, le ressenti de la prise en charge n'est pas en adéquation avec le déroulé réel. En effet, il arrive qu'un accouchement totalement physiologique soit très mal vécu par la patiente, alors qu'un accouchement pathologique avec une ou plusieurs complications peut avoir été ressenti comme parfait par une autre femme.

Mes études m'ont également sensibilisée au problème de santé publique que représentent les violences obstétricales. De plus en plus dénoncées par les femmes, il s'agit d'une réalité contre laquelle il est nécessaire de lutter. Je me suis demandé si, comme pour le vécu de l'accouchement, une part, même infime, des violences obstétricales pouvait être ressentie par les patientes sans être en adéquation avec le déroulé réel de la prise en charge.

Les situations pathologiques, ou d'urgence peuvent se produire, et l'équipe n'a pas toujours le temps d'expliquer en détails à la patiente ce qui arrive et ce qui va devoir être fait en réaction. Quand cela se produit et que la patiente n'est pas préparée, ou ne comprend pas ce qui se passe, il est probable qu'elle vive très mal la situation. Elle peut donc le ressentir comme une violence, ce qui peut avoir des conséquences à court comme à long terme, pouvant être très importantes.

Selon moi, savoir ce qui peut arriver et les prises en charge qui en découlent peut aider à l'accepter si cela l'imprévu se produit. Cela m'a conduit à me poser la question : « *Est-ce que le fait d'écrire un projet de naissance peut avoir un impact sur le ressenti de violences obstétricales ?* ».

C'est à cette question que j'ai tenté de répondre dans ce mémoire grâce à une étude menée par entretiens semi-directifs auprès de dix patientes ayant eu un projet de naissance et ayant accouché au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Metz-Thionville en 2020-2021. Le mémoire est basé sur une étude épidémiologique observationnelle descriptive qualitative, dont l'objectif principal est d'identifier l'impact du projet de naissance sur le ressenti des violences obstétricales lors de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum par les femmes en 2020. Ce mémoire, comportant quatre parties, propose dans la première le contexte de l'étude, dans la deuxième le matériel et les méthodes utilisées, dans la troisième les résultats. Enfin, la quatrième partie propose les forces et les limites de l'étude, l'analyse des résultats, la validation des hypothèses et les propositions d'amélioration.

PARTIE 1 : JUSTIFICATION ET CONTEXTE

1. VIOLENCES OBSTETRIQUES

1.1. DEFINITIONS

Les violences gynécologiques et obstétricales se produisent habituellement lors du suivi médical de la santé génésique des femmes. Toutefois, elles comportent plusieurs facettes et n'arrivent pas uniquement lors d'actes médicaux. Elles surviennent en pré, per et post-partum mais également au cours des consultations gynécologiques, tout au long de la vie des femmes. Elles peuvent prendre la forme d'un geste touchant à la sphère intime sans le consentement éclairé de la patiente, mais également, de paroles ressenties comme sexistes, blessantes, insultantes, exprimant un jugement concernant le physique de la patiente, ses choix ou son parcours de vie. S'y ajoutent d'autres composantes comme une surmédicalisation non nécessaire et non désirée par la patiente ou au contraire un défaut de médicalisation, par exemple un refus d'analgésie lors d'actes douloureux, ce qui peut s'apparenter à de la torture. [1]

L'IRASF (Institut de recherche et d'actions pour la santé des femmes), association formée en mars 2017 après l'évolution du groupe facebook « Stop à l'impunité des violences obstétricales » créé en 2015, les définit comme « *un ensemble de gestes, de paroles et d'actes médicaux qui vont toucher à l'intégrité physique et mentale des femmes de façon plus ou moins sévère* ». [1]

Le CIANE (Collectif inter associatif autour de la naissance), qui milite contre la maltraitance dans les soins en périnatalité depuis 2003, utilise également la dénomination de « *violences obstétricales* », terme qui s'est imposé depuis près de 5 ans. Il les définit comme « *une palette variée de gestes et attitudes accumulés* » tel que des « *violences verbales (dénigrement, propos infantilisants, sexistes, homophobes, humiliants, menaces, intimidations, ...)* ; un déni de la douleur exprimée et une mauvaise prise en charge de la douleur (césarienne à vif, minimisation du ressenti de la patiente, ...) ; une absence d'information et de recherche du consentement et non-respect du refus de soins) ; une absence d'accompagnement ou de bienveillance ; une absence de respect de l'intimité et de la pudeur ; une brutalité des gestes et des comportements ; etc. ». [2 ; 3]

Les violences obstétricales ont également une composante subjective car, en effet « *une même situation peut être vécue différemment selon les femmes* ». Le CIANE précise donc que « *est violence obstétricale ce qui est ressenti comme telle* ». [3]

1.2. MEDIATISATION

Sheila Stubbs est l'auteur de l'article « Cruelty in Maternity Wards », publié en 1958 dans le magazine américain Ladies Home Journal. D'après l'AFAR (Alliance francophone pour un accouchement respecté), il semblerait que ce soit la première dénonciation recensée des violences obstétricales. [4]

Au Québec, dès le début des années 2000, « *des chercheur.se.s en sciences humaines ou militant.e.s, canadien.ne.s pour la plupart, s'interrogent sur le sujet des « violences obstétricales » et ont permis l'exportation de cette problématique vers le public francophone* » [5]

Au cours des années 2000, des associations francophones se constituent en Europe, dont l'objectif est « *la représentation d'usager.e.s du système de santé dans le domaine de la naissance et la défense des droits des parturientes* ». Parmi elles, le CIANE, qui centre son action sur trois axes : « *la diversification de l'offre de soin, la transparence de l'information, et le respect dans les pratiques* », est fondé en 2003, tout comme l'AFAR. [5-7]

En 2016, ces deux associations ont diffusé une « *bibliographie complète mais non exhaustive sur les « violences obstétricales » avec une approche scientifique, juridique, et des apports tenant des sciences humaines et sociales* ». Ensemble, elles ont également participé à la médiatisation des violences obstétricales auprès du grand public, créant ainsi la polémique encore actuelle. [5]

Avant 2017, en France, les médias nationaux parlent des thématiques de violences obstétricales ou de maltraitances gynécologiques sans toutefois citer ces termes, bien que ceux-ci soient utilisés de manière interchangeable sur les réseaux sociaux. Ce n'est qu'au milieu de l'année 2017, que le terme de « violences obstétricales » est pour la première fois énoncé dans les médias nationaux, à la suite des déclarations effectuées par Marlène Schiappa, secrétaire d'Etat chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, concernant le taux d'épisiotomie pratiquées dans les hôpitaux français. [5 ; 8]

1.3. PLACE DES RESEAUX SOCIAUX

Les réseaux sociaux, qui réunissent des très nombreux utilisateurs, permettent une libération de la parole des femmes, et offre ainsi la possibilité de s'exprimer tout en entrant en contact avec des personnes ayant vécu des situations similaires. Cela offre donc une tribune aux victimes et permet de prendre la mesure de l'étendue de certaines situations problématiques, voire inadmissibles, traitant de sujet « tabous ». C'est ainsi

qu'en 2014, le hashtag #PayeTonUtérus voit le jour. Regroupant des témoignages de patientes ayant vécu des mauvaises expériences médicales, et plus particulièrement gynécologiques et obstétricales, il est rapidement devenu viral, mettant en lumière le fait que les violences gynécologiques et obstétricales sont monnaie-courante dans la vie des femmes. [9]

En 2015, la polémique fait rage sur les réseaux sociaux à la suite de la publication d'un article de Metronews, qui relayait un document publié sur le site de la Faculté de médecine Lyon Sud Charles-Mérieux, et qui semblait indiquer que les étudiants en santé pratiquaient des touchers vaginaux et rectaux sur des patientes endormies, donc dans l'incapacité de donner leur consentement, bien que l'établissement ait fermement démenti. Malgré cela, le blog appelé « Je n'ai pas consenti » est créé, et recueille dès lors des témoignages de patients ayant expérimenté une situation dans laquelle leur consentement n'a pas été recherché. [8 ; 10]

Cette médiatisation met en lumière une absence de la recherche de consentement libre et éclairé du patient, pourtant présent dans l'Article L1111-4 du Code de Santé Publique, selon laquelle « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». Ici le mot « libre » est défini par « *qui a le pouvoir d'agir, de se déterminer à sa guise* » et le mot « éclairé » par « *fournir à quelqu'un des renseignements, des explications, pour lui permettre de mieux comprendre ; informer, renseigner, instruire* ». [11-13]

De plus, d'autres types de violences sont répandues telles que les violences verbales, avec des commentaires sexistes, infantilisants, humiliants, culpabilisant, ou encore des violences morales avec un défaut de respect de l'intimité et de la pudeur des patientes, etc. [9]

Le post-partum est également à l'origine de sentiments douloureux chez les femmes. Le 12 février 2020 voit la naissance du hashtag #MonPostPartum, énoncé par la sociologue française et féministe, Illana Weizman, et ses amies, Ayla Saura, Morgane Koresh et Masha Sacré. Il regroupe des témoignages concernant les jours suivant l'accouchement, qui sont particulièrement difficiles à vivre pour les femmes, en raison du peu d'informations disponibles en lien avec le tabou appliqué sur cette période. Cela a fait suite au tweet posté par le mannequin américain Ashley Graham, dans lequel elle interpelle tous ceux qui, comme elle, ne savaient pas qu'une jeune maman pouvait être amenée à changer ses propres couches périodiques. Cette publication entre dans la

polémique déclenchée quand une chaîne américaine a censuré, le 9 février 2020 lors de la diffusion de la 92e cérémonie des Oscars, une publicité mettant en scène une jeune femme après son accouchement, se levant difficilement la nuit pour uriner, ce qui semble douloureux, et aussi changer de protection hygiénique. [14 ; 15]

Le post-partum est en effet une réalité dont on ne parle pas assez, car après la naissance, seule compte la félicité attendue chez la jeune maman de la part de son entourage. Or, justement, ce tabou ou non-dit peut entraîner un sentiment de culpabilité, de solitude, voire d'abandon, face aux suites moins « glamour » d'un accouchement. [14 ; 15]

1.4. CONSEQUENCES

Les violences gynécologiques et obstétricales, effectives ou ressenties, de quelque nature que ce soit, peuvent avoir des conséquences physiques, psychologiques, et professionnelles.

1.4.1. Conséquences physiques

Les séquelles physiques induites par les violences gynécologiques et obstétricales peuvent être plus ou moins invalidantes et avoir des répercussions à court, moyen et long terme sur la qualité de vie des patientes. De plus, leur réalité est souvent ignorée voire niée par le corps médical. [16]

1.4.2. Conséquences psychologiques

La prise en charge des séquelles physiques peut être tardive ou même inexistante, du fait de leur non-reconnaissance par les professionnels mais également à cause des conséquences psychologiques qui les accompagnent. En effet, ces violences peuvent entraîner une défiance des patientes vis-à-vis des professionnels de la santé, une peur voire un refus de consulter quand c'est nécessaire, un mauvais vécu de moments importants de la vie tel que la grossesse, la naissance de ses enfants, les premiers instants avec eux etc. [16]

Les conséquences peuvent également aller encore plus loin, puisque cela peut même induire des pathologies psychologiques chez la patiente telles que la dépression au cours de la grossesse, ou du post-partum, des psychoses puerpérales, voire un stress post-traumatique, impactant possiblement la vie personnelle, familiale et professionnelle de la patiente, et même la mettre en danger. [16]

C'est donc un enjeu de santé publique de combattre les violences gynécologiques et

obstétricales.

1.5. L'AVIS DES PROFESSIONNELS CONCERNANT LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES

Bien qu'une majorité des sages-femmes reconnaisse l'existence des violences obstétricales et la nécessité d'en parler, il n'en reste pas moins qu'une partie d'entre elles nie leur réalité ou considère que les violences dénoncées n'en sont pas vraiment. Certaines sages-femmes ne se sentent pas concernées et d'autres ne considèrent pas tous les aspects de ces violences. Par exemple, les actes réalisés sans demander le consentement de la patiente ne sont pas des violences obstétricales pour une partie des professionnels. [8]

L'avis des professionnels est donc très hétérogène, pouvant aller de la reconnaissance à la négation de l'existence des violences obstétricales en passant par leur sous-estimation. [8]

2. PROJET DE NAISSANCE

2.1. DEFINITION

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit le projet de naissance comme « *la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale.* ». Il peut inclure « *l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, le recours en cas de difficultés.* » [17]

Il peut prendre la forme d'un document détaillant les souhaits des parents pour leur prise en charge tout au long de la grossesse, de l'accouchement, et dans le post-partum ou tout simplement être réfléchi et discuté avec la sage-femme qui intervient lors de la grossesse et présenté oralement au professionnel de santé lors de l'entrée en salle de travail. Ce n'est toutefois pas un contrat liant le professionnel et le couple mais la base pour une discussion entre eux. Evidemment, la prise en charge est fonction des capacités du service, de la quantité de travail et de l'état de santé maternel et fœtal. [18]

2.2. ORIGINES

A l'origine du projet de naissance tel qu'on le connaît aujourd'hui, se trouve la signature de la Charte européenne des droits de la parturiente. Cette résolution est présentée et

votée à Strasbourg par le Parlement Européen, le 8 juillet 1988 dans l'objectif de « *contribuer à ce que la vie de la femme se déroule dans les meilleures conditions possibles* » tout en prenant en compte que « *la maternité doit être l'aboutissement d'un libre choix* ». [19]

Ce document stipulant « *qu'il est dans l'intérêt, aussi bien de la femme que de la société en général, de résoudre les problèmes relatifs à la grossesse et à l'accouchement et de fournir à la femme une information complète et appropriée, qui lui permette de prendre ses propres décisions dans toutes les situations auxquelles elle est confrontée* », n'a toutefois jamais été ratifié par la France. [19]

A la suite de cela, en 1992 au Royaume-Uni, le comité d'experts « Changing Childbirth » émet l'idée de créer un document écrit, un « Birth Plan » ou plan de naissance, inclus dans le dossier médical et regroupant les décisions des futurs parents concernant leurs souhaits pour la naissance de leur enfant. Cette première version du projet de naissance voit donc le jour, sous forme d'un document standardisé comprenant des informations sur les différentes possibilités proposées aux parents ainsi qu'une liste d'options. Il est ensuite incorporé au dossier obstétrical britannique. [18 ; 20]

Le 6 juin 2003 se déroulent en France les premiers Etats Généraux de la naissance, au cours desquels sont analysées et discutées les vingt propositions pour une politique périnatale pertinente, proposées à la suite de la mission de périnatalité lancée par Jean-François Mattei, alors Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. La deuxième de ces vingt propositions consiste à « *permettre à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance* ». En effet, ce texte propose « *qu'une information éclairée sur l'offre de soins périnataux [soit] donnée à la patiente, lui permettant, en toute connaissance de cause, de définir le type de prise en charge qu'elle souhaite, de choisir entre secteur public ou libéral, de se confier au personnel médical qu'elle choisit par affinité. De cette façon elle pourra établir un véritable "projet de suivi de grossesse et d'accouchement". Lors de l'élaboration du projet, sera discutée l'organisation de la préparation à la naissance* ». Ce document stipule également que « *les femmes doivent être informées sur l'offre de soins pour donner leur consentement et leurs choix doivent être respectés* ». [21]

En novembre 2005, dans ses recommandations concernant la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), la HAS donne toute sa place au projet de naissance en l'intégrant dans les objectifs spécifiques : « *Exprimer ses besoins, ses connaissances, ses projets, en particulier son projet de naissance* ». Cela entre dans la première

« compétence à développer par la femme ou le couple au terme d'un programme de PNP », intitulée « Faire connaître ses besoins, définir des buts en collaboration avec le professionnel de santé ». [17]

2.3. REALISATION

D'après l'HAS, la création d'un projet de naissance devrait être faite après un « *bon échange d'informations* » et s'élaborer « *dans le dialogue avec la sage-femme ou le médecin qui suit régulièrement la femme enceinte* ». [22]

Elle recommande de faire le point sur le suivi médical et le projet de naissance de manière précoce dans la grossesse, lors de l'entretien prénatal précoce individuel, qui devait « *être proposé systématiquement à la femme enceinte par le professionnel de santé qui confirme la grossesse, même si ce dernier n'assure pas, par la suite, le suivi médical de la femme enceinte* » puis a été rendu obligatoire à partir du 1er mai 2020. Les séances de PNP suivantes peuvent alors permettre de compléter ou encore modifier le projet de naissance, à la suite d'une réflexion du couple, et aux nouvelles informations en leur possession venant des professionnels de santé ou encore de leurs recherches personnelles. [17 ; 23 ; 24]

Toutefois, les modèles de projets de naissance affluent de plus en plus sur les réseaux sociaux et un contenu uniformisé semble apparaître. La création de ce document ne repose donc plus uniquement sur les souhaits des patients, mûrement réfléchis après s'être renseignés et en avoir discuté avec un professionnel. Certaines requêtes semblent apparaître tel un effet de mode ou après le visionnage de certaines séries ne représentant pas forcément la réalité des choses. Cela peut donc créer un décalage entre les attentes des patientes et la prise en charge réelle. [20]

En effet, une représentation trop idéalisée de la grossesse et de l'accouchement, comme dépeinte parfois dans les médias, peut conduire à une désillusion importante du couple, même si la prise en charge n'est pas marquée par une situation d'urgence ou vue comme potentiellement traumatique par les professionnels. Cela peut également conduire le couple à se percevoir comme victime de violences obstétricales, que ce soit parce que le professionnel est dans l'impossibilité d'accéder à leurs désirs ou alors parce qu'il ne le souhaite pas, ou encore du fait d'une incompréhension du couple. Le professionnel peut ne pas voir ses actions comme des violences obstétricales puisque faites dans les règles et en accord avec la situation du moment, toutefois, dès lors que la patiente le ressent comme tel, les effets sont les mêmes.

Le fait de réaliser un projet de naissance, comme l'HAS le recommande, pourrait peut-être permettre d'atténuer le ressenti des violences obstétricales et les conséquences que cela engendre sur la patiente, le couple et le « devenir-parents ». [5 ; 16 ; 17]

2.4. PERCEPTION PAR LES PROFESSIONNELS

La perception du projet de naissance varie d'un professionnel à un autre. Certains y accordent très peu d'intérêt et ne le prennent pas au sérieux, quand d'autres le lisent, en discutent avec la patiente, expliquent ce qui peut être fait ou non, ce qui va essayer d'être réalisé et ce qui pourrait être modifié en cas d'urgence pour la santé et la sécurité de la dyade mère-enfant. Certains professionnels trouvent qu'établir un projet de naissance conduit à idéaliser l'accouchement et traduit un manque de confiance voire une méfiance envers le personnel hospitalier et la médicalisation. Certains professionnels le perçoivent comme une remise en cause de leurs compétences. [18 ; 20] Les sages-femmes semblent pourtant en majorité favorables à la réalisation de projet de naissance, bien qu'évoquant l'existence de nombreux freins au respect complet de ceux-ci, tels que le manque de moyens humains et matériels mais également la situation obstétricale, par exemple en cas de risque d'acidose néonatale. Elles témoignent même d'une amélioration du contenu et de la mise en forme des projets de naissance avec le temps. [18 ; 20]

3. PLACE DE LA SAGE-FEMME

3.1. DES COMPETENCES TECHNIQUES

La sage-femme est l'un des professionnels « clé » de la prise en charge de la patiente puisqu'elle est présente tout au long de la grossesse, de l'accouchement, du post-partum et même hors de la grossesse, lors du suivi gynécologique de prévention.

Elle a un droit de prescription concernant « *les examens strictement nécessaires à l'exercice de [sa] profession, les médicaments d'une classe thérapeutique (dont les vaccins) figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, les arrêts de travail dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale* » pour les femmes ayant déjà été enceinte, mais également sur tout type de contraceptif et les substituts nicotiques « *aux femmes et à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale* ». [25]

Elle est habilitée à effectuer le suivi des grossesses physiologiques, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, incluant l'entretien prénatal précoce, la surveillance à domicile des grossesses à risque, le suivi du travail, l'accouchement, l'épisiotomie, la suture des lésions périnéales, la surveillance du post-partum immédiat ainsi que l'examen neuro-morphologique du nouveau-né, les examens du post-partum, l'accompagnement à l'allaitement maternel, les visites post-natales à domicile et la rééducation périnéale. La sage-femme est également désormais apte à réaliser des IVG (Interruption volontaire de grossesse) par voie médicamenteuse depuis janvier 2016. De nombreux diplômes complémentaires sont aussi accessibles aux sages-femmes tels que celui d'échographie par exemple. [26-29]

Par ailleurs, l'HAS propose des critères permettant d'étiqueter des grossesses dites « à bas risque », dont le suivi peut être effectué par une sage-femme en toute autonomie. Le niveau de risque de la grossesse dépend des antécédents personnels préexistants ou liés à une grossesse précédente, à une exposition potentielle à des toxiques, à des facteurs de risque médicaux, des maladies infectieuses ou encore des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux. [30]

3.2. UN ACCOMPAGNEMENT HUMANISTE

Le rôle de la sage-femme comporte une autre facette. En effet, au-delà du fait d'être une technicienne de l'art de l'accouchement, elle a également un rôle de soutien, d'accompagnement, de « confidente » pour la patiente. La grossesse n'est pas seulement un phénomène physique, elle apporte aussi d'énormes modifications psychologiques chez la patiente, et le couple, qui deviennent des parents. La sage-femme est là tout au long de ses neuf mois, au cours desquels le couple s'interroge, peut avoir des inquiétudes, que ce soit à propos de l'accouchement ou de leur futur rôle et des responsabilités qui l'accompagne. [17 ; 21 ; 24]

La sage-femme peut en discuter avec eux lors des consultations du suivi de la grossesse, mais également lors d'autres moments plus propices : les huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité, la première étant l'entretien prénatal précoce individuel. Pouvant être réalisées par le médecin suivant la grossesse, ce sont pourtant les sages-femmes qui les animent dans la majorité des cas. Cette préparation à la naissance et à la parentalité doit être proposée à toutes les patientes et les huit séances sont totalement prises en charge par la sécurité sociale. [31]

En dehors de l'entretien prénatal précoce, rendu obligatoire par la loi, qui est un temps

d'échange individuel entre la sage-femme et la patiente ou le couple, les sept autres séances de PNP peuvent s'effectuer seule ou en groupe. La patiente peut donc poser ses questions les plus difficiles ou gênantes sans le regard d'inconnus, mais aussi bénéficier des questions et des expériences d'autres couples lors des séances en groupe. La sage-femme devient donc la « confidente » des patientes et des couples, tout en étant capable de répondre au mieux à leurs questions, afin de leur apporter des informations pour leur permettre d'avoir un avis éclairé. En post-partum, elle est aussi en première ligne pour dépister le baby blues et prévenir une éventuelle dépression du post-partum. [17 ; 24 ; 31]

Ces séances sont également pour la sage-femme un temps de dépistage des difficultés maternelles précoces, qu'elles soient socio-économiques, matérielles ou encore psychologiques, afin de l'orienter au mieux vers les professionnels de son réseau périnatal. Prendre en charge de manière précoce la mère permet d'agir en amont sur des potentiels troubles lors de la grossesse comme dans le post-partum, qui pourraient impacter durement la patiente, le couple, et le développement du lien mère-enfant. [17 ; 31]

3.3. LA POSTURE DE LA SAGE-FEMME

Entre la technique et l'humanisme, la sage-femme doit pouvoir avoir un équilibre. En effet, cette profession médicale demande du savoir, du savoir-faire et du savoir-être. Ces trois facettes sont essentielles et parfois, en fonction de la situation, difficiles à concilier. L'ambivalence de ce métier repose aussi sur le fait que la sage-femme, bien qu'elle souhaite respecter les désirs de la patiente, se doit de suivre les recommandations des sociétés savantes telles que la HAS et le Collège National des Sages-Femmes (CNSF), ainsi que les connaissances scientifiques actuelles afin d'assurer la sécurité du couple mère-enfant. [32]

La sage-femme est également l'interface entre les différents professionnels prenant en charge la patiente. En effet, elle a en charge la mère mais aussi le fœtus pendant la grossesse et le bébé à la naissance. Elle a une certaine autonomie dans ses actions dans le domaine de la physiologie mais doit savoir détecter la pathologie, avertir les médecins (gynécologue-obstétricien mais aussi pédiatre, endocrinologue, etc...) pour une prise en charge de la pathologie, puis travailler avec eux, tout en prenant en compte la patiente et le couple. Pour toutes ces raisons, la posture de la sage-femme est complexe, mais n'en reste pas moins particulièrement importante. [33]

4. PISTES DE RECONNAISSANCE ACTUELLES

4.1. INITIATIVES PRISES PAR LES PATIENTES

A la suite de la médiatisation des violences gynécologiques et obstétricales, les patientes ont réagi en partageant leurs expériences sur les réseaux sociaux, en créant des forums et des blogs mais également des collectifs comme le CIANE ou encore « Stop à l'Impunité des Violences Obstétricales » qui a ensuite évolué en association, l'IRASF. Le site « gynandco » a aussi vu le jour, afin de recommander les professionnels de santé bienveillants. [8]

Des actions ont également été prévues en dehors des réseaux sociaux, par exemple en 2017, lors des 41^{ème} journées du CNGOF, où le collectif « le OFF du CNGOF » s'est réuni pour lire des témoignages de patientes devant les gynécologues obstétriciens. [8 ; 34]

4.2. INITIATIVES DES PROFESSIONNELS ET DU GOUVERNEMENT

Au fil de la prise de conscience collective de l'ampleur des violences obstétricales en France, tout comme des bénéfices pouvant être apportés par une augmentation des projets de naissance en France, des initiatives ont vu le jour, proposées par le gouvernement comme par les professionnels de la périnatalité.

A la suite de l'amendement n°1963 de l'article L.2112-2 du Code de la Santé Publique en octobre 2019, l'entretien prénatal précoce individuel, auparavant proposé systématiquement, est devenu obligatoire à partir du 1^{er} mai 2020. Cela offre donc aux sages-femmes un temps dédié pour échanger avec la patiente, aborder leurs envies, leurs inquiétudes, leurs questions, leur apporter des informations et parler du projet de naissance. Ce temps dédié permet également de prendre la mesure des conditions socio-économiques de la patiente. [17 ; 23 ; 24]

En 2019, le CNGOF a créé un label « bientraitance », soutenu par Maternys, une plateforme interactive d'information, de conseil et d'évaluation de la prise en charge des gestantes et des accouchées. Les maternités voulant être labellisées doivent répondre à douze critères, comprenant un entretien prénatal précoce et la proposition d'un projet de naissance modèle à toutes les patientes. L'accès à la plateforme se fait sur prescriptions aux patientes suivies dans une de ces maternités et coûte 5€, à la charge de l'établissement. Maternys propose des vidéos d'informations ciblées tout au long de la grossesse, ainsi que des questionnaires de satisfaction transmis au CNGOF et ayant pour

but de « *de faire évoluer ses recommandations pour améliorer les prises en charge* ». [35 ; 36]

Toutefois, cette initiative a été plutôt mal reçue. Par exemple, l'IRASF ou le site « Marie accouche là » dénoncent certains critères du label, car ceux-ci ne seraient pas dans l'intérêt des patientes, voire leur seraient même délétères. En effet, les vidéos explicatives pourraient être considérées comme suffisantes et « dispenser » les professionnels de délivrer les informations nécessaires aux patientes, contrairement à ce qu'impose l'article L1111-2 du Code de la santé publique. Dans la même veine, ils redoutent une « *utilisation des données recueillies à des fins strictement médico-légales, c'est à dire un document de preuve pouvant être utilisé contre les patient.e.s qui souhaitent déposer une plainte, protégeant ainsi les soignant.e.s de tous recours juridiques* ». Ils déplorent également que le projet de naissance ne soit pas seulement encouragé mais que l'on propose un modèle, ce qui en retire en partie l'intérêt initial et continue à uniformiser les patientes et leur prise en charge. [37 ; 38 ; 39]

En somme, les initiatives gouvernementales et celles des professionnels semblent être perçues par les collectifs et associations engagés dans la dénonciation et la lutte contre les violences obstétricales comme ayant pour but de faire taire la polémique. Pourtant, même si elles peuvent être améliorées, elles pourraient avoir un vrai bénéfice sur la survenue des violences obstétricales. [38]

PARTIE 2 : METHODOLOGIE

1. PROBLEMATIQUE

De quelle manière le projet de naissance impacte-t-il le ressenti des accouchées, sur les violences obstétricales en 2020 ?

2. OBJECTIFS

2.1. BENEFICES ATTENDUS

Sensibiliser les professionnels aux requêtes des femmes mettant en lien le projet de naissance et les violences obstétricales.

Améliorer le ressenti des femmes sur le suivi et l'accompagnement de la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

2.2. OBJECTIF PRINCIPAL

Identifier l'impact du projet de naissance sur le ressenti des violences obstétricales lors de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum par les femmes en 2020 selon une étude qualitative via des entretiens semi-directifs auprès de 10 femmes ayant réalisé un projet de naissance et ayant accouché au CHR de Metz-Thionville.

2.3. OBJECTIFS SECONDAIRES

- Identifier la signification des violences obstétricales pour les femmes interrogées.
- Identifier les raisons d'écriture du projet de naissance pour les femmes interrogées.
- Analyser le ressenti des femmes interrogées par rapport aux violences obstétricales.
- Identifier l'impact du projet de naissance sur le vécu de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum pour les femmes interrogées.

3. HYPOTHESES ETABLIES POUR CETTE ETUDE QUALITATIVE

H1) Les femmes interrogées savent ce que sont les violences obstétricales.

H2) Les femmes interrogées peuvent donner un exemple de violences obstétricales qu'elles ont ressenties.

H3) Les patientes interrogent les professionnels de santé sur le déroulé de l'accouchement et les possibles complications.

H4) Le professionnel suivant la grossesse accompagne les patientes dans l'écriture de leur projet de naissance.

H5) Le projet de naissance a été suivi par les professionnels de santé.

H6) Ecrire un projet de naissance a un impact sur le ressenti de violence « obstétricale » par les patientes

4. MATERIEL ET METHODES

4.1. TYPE D'ETUDE

Etude épidémiologique observationnelle descriptive qualitative par entretiens semi-directifs en 2020-2021, auprès de 10 femmes ayant écrit un projet de naissance et ayant accouché au CHR de Metz-Thionville.

4.2. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE

4.2.1. Critères d'inclusion

- Patientes majeures
- Ayant écrit ou réfléchi à un projet de naissance pendant la grossesse
- Ayant accouché à terme ≥ 37 SA
- Souhaitant participer à l'étude

4.2.2. Critères de non-inclusion

- Patientes mineures
- Absence de projet de naissance
- Accouchement prématuré < 37 SA
- Refus de participer à l'étude

4.2.3. Critères d'exclusion

Patientes ne souhaitant plus participer à l'étude.

4.3. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRES

- Patiente estimant avoir vécu des violences obstétricales en fonction de sa définition
- Recherches personnelles sur la physiologie, les potentielles complications et leur prise en charge, effectuées avant ou pendant l'écriture du projet de naissance
- Projet de naissance créé en totale autonomie par le couple
- Professionnel de santé impliqué

4.4. RECUEIL DE DONNEES

Recueil de données lors d'entretiens semi-directifs. Entretiens menés jusqu'à seuil de saturation. Possibilités d'enregistrement avec accord de la patiente.

4.5. GESTION DES DONNEES

Anonymisation des données.

Procédure de codage des données. Destruction des données après utilisation.

Préservation de l'anonymat des patientes.

4.6. LIEU DE L'ETUDE

CHR de Metz-Thionville

4.7. PERIODE DE L'ETUDE

Septembre 2020 à Mars 2021

4.8. PROCEDURE DE MINIMISATION DES BIAIS

Il s'agit d'une étude qualitative.

PARTIE 3 : RESULTATS

1. PRESENTATION DES FEMMES INTERROGÉES

Les dix patientes interrogées vont être présentées dans les deux tableaux suivants (Tableaux Ia-Ib).

Tableau Ia : Caractéristiques et antécédents des 10 patientes ayant réalisé un projet de naissance, accouché au CHR Metz-Thionville en 2020-2021 et ayant participé à l'étude, recrutées par le biais de trois sages-femmes libérales

	Age (ans)	Statut matrimonial	Métier	Antécédents personnels	Antécédents de violences obstétricales
A	44	Mariée, couple homoparental	Agent administratif pour une compagnie de télécom	Fibromyalgie Deux fausses couches spontanées vers 2 mois de grossesse Parcours d'Aide Médicale à la Procréation	Non
B	34	Mariée	Aide-soignante	Porteuse d'une anomalie génétique, recherchée par amniocentèse durant la grossesse, enfant non porteur	Non
C	33	En couple	Responsable de magasin	RAS	Non
D	27	Pacsée	Professeur des écoles en CE1	RAS	Non
E	25	En couple	Chômage, CAP petite enfance en cours	2013 : grossesse physiologique, accouchement voie basse à terme, épisiotomie 2019 : grossesse physiologique, accouchement voie basse à terme	Episiotomie sans consentement ni explication lors de la première grossesse à 17 ans
F	35	Mariée	Psychologue	2017 : grossesse marquée par un choc septique, une pose de sonde JJ, une mise en coma artificiel sous assistance respiratoire en service de réanimation au 5 ^{ème} mois de grossesse puis césarienne à terme pour siège 2020 : fausse couche spontanée	Prise en charge froide, attitude « inhumaine et agressive » lors de sa fausse couche spontanée, avec examen douloureux et intrusif sans explication, ni considération
G	28	Mariée	Vendeuse	2018 : grossesse physiologique, accouchement voie basse à terme	Non
H	30	Pacsée	Ingénieure	2015 : grossesse physiologique, accouchement voie basse à terme	Non
I	38	Mariée	Assistante maternelle	2003 : grossesse physiologique, accouchement voie basse à terme, épisiotomie 2008 et 2013 : grossesse physiologique, accouchement voie basse à terme	Episiotomie sans consentement lors du premier accouchement voie basse
J	26	Pacsée	Restauratrice	RAS	Non

Tableau Ib : Déroulement de la grossesse, du travail et de l'accouchement des 10 patientes ayant réalisé un projet de naissance, accouché au CHR Metz-Thionville en 2020-2021 et ayant participé à l'étude, recrutées par le biais de trois sages-femmes libérales

	Parité	Grossesse actuelle	Modalités d'accouchement	Projet de naissance	Violences obstétricales durant cette grossesse
A	I	Obtenue suite à un don d'embryon	Déclenchement par maturation cervicale pendant 1 jour et travail dirigé pour fissure de la poche des eaux. Accouchement voie basse à terme sous analgésie péridurale	Ecrit, en grande majorité respecté	Oui, lors de la pose du dispositif de maturation cervicale et manque d'accompagnement lors de l'allaitement maternel
B	I	Désirée, spontanée, marquée par un diabète gestationnel sous insuline, une menace d'accouchement prématuré à 29SA	Déclenchement par maturation cervicale pendant 3 jours puis travail dirigé pour diabète gestationnel, césarienne sous analgésie péridurale pour non engagement	Ecrit, concernant la danse pendant le déclenchement et le début de travail, respecté	Manque d'accompagnement pendant l'allaitement maternel, ayant entraîné un engorgement et un arrêt de l'allaitement
C	I	Désirée, spontanée, physiologique	Travail spontané le jour du terme, dilatée à 6cm lors de la consultation de terme, passage en salle nature, accouchement voie basse	Ecrit, en grande majorité respecté	Non
D	I	Désirée, spontanée, physiologique	Travail spontané, arrivée aux urgences à 9cm, passage en salle de naissance, pose analgésie péridurale, accouchement voie basse à terme sans analgésie péridurale	Oral, respecté en totalité	Non
E	III	Désirée, spontanée, physiologique	Travail spontané, passage en salle de naissance car début de travail puis dilatation très rapide, accouchement voie basse à terme sans analgésie péridurale	Oral, respecté en totalité	Non
F	II	Spontanée, surprise mais désirée, marquée par des calculs rénaux qui ont ravivé les souvenirs difficiles de la première grossesse	Travail spontané, puis dirigé, accouchement voie basse à terme sous analgésie péridurale	Oral, respecté en totalité	Non
G	II	Désirée, spontanée, marquée par un diabète gestationnel sous régime équilibré	Travail spontané, accouchement voie basse à terme	Ecrit, en grande majorité respecté	Manque d'accompagnement pendant l'allaitement maternel
H	II	Désirée, spontanée, physiologique	Déclenchement par maturation cervicale pendant 1 jour et travail dirigé pour rupture prématurée de la poche des eaux. Accouchement voie basse à terme sous analgésie péridurale	Oral, en grande majorité respecté	Non
I	IV	Spontanée, surprise mais désirée, marquée par un diabète gestationnel sous régime équilibré	Travail spontané après rupture de la poche des eaux, passage en salle de naissance, travail rapide, accouchement voie basse sans analgésie péridurale	Ecrit, respecté en totalité	Non
J	I	Désirée, spontanée, marquée par un fœtus ayant un petit poids pour l'âge gestationnel au 8 ^{ème} percentile sans retard de croissance intra-utérin	Travail spontané puis dirigé, accouchement voie basse à terme sous analgésie péridurale	Oral, en grande majorité respecté	Non

2. VIOLENCES OBSTETRIQUES

2.1. DEFINITIONS DES PATIENTES

Toutes les patientes ont présenté l'absence de demande de consentement comme une violence obstétricale mais sur les dix, une seule a précisé que le consentement devait être éclairé. Quatre d'entre-elles ont également cité le fait de réaliser un acte sans informer la maman au préalable.

Quatre mamans ont aussi déclaré que les mettre de côté lors de la prise de décision et/ou le non-respect de leur choix étaient des violences obstétricales.

Cinq femmes sur les dix ont désigné comme violence le fait de réaliser un acte qui n'était pas médicalement nécessaire et/ou qui ne ferait plus partie des protocoles actuels et serait aujourd'hui controversé bien qu'ayant été pratiqué autrefois. L'une de ces cinq patientes a ouvert cette catégorie à « *tout ce qui va être fait plus dans la recherche du confort du soignant que dans celui du patient* ».

Cinq patientes sur dix ont estimé que l'attitude, le ton et la froideur de la voix et les termes utilisés étaient également des versants des violences obstétricales. L'une d'elles a même utilisé le terme de « *violences verbales* ».

En revanche, seules trois femmes ont parlé de violence physique telle qu'une brutalité des gestes.

2.2. EXEMPLES DE VIOLENCES PAR LES PATIENTES

Neuf patientes sur les dix ont pu citer au moins un exemple de violences obstétricales, la dixième ayant simplement désigné tout acte exécuté sans consentement.

Paradoxalement aux définitions données, les exemples revenant le plus étaient ceux ayant trait à l'aspect physique tels que le fait de pratiquer une épisiotomie sans informer la maman, cité par quatre patientes sur dix, effectuer une expression abdominale pendant la poussée, cité par deux patientes ou encore l'utilisation d'instruments lors de l'expulsion du mobile fœtal, cité par quatre patientes, dont une est même allée jusqu'à spécifier « *utiliser les instruments et faire un carnage* ».

Trois patientes ont mentionné le fait de ne pas présenter toutes les options possibles pour un acte, aboutissant à ne pas laisser le choix à la patiente, par exemple dans le cadre de l'allaitement maternel. Deux d'entre-elles ont parlé d'un recours rapide et insistant à l'utilisation de complément de lait artificiel, sans exposer les autres possibilités telles que l'utilisation de tire-lait ou d'un dispositif d'aide à la lactation. Une

de ces mamans est même allée jusqu'à dénoncer une « *culpabilisation sur la quantité de lait maternel* ».

2.3. RESENTI PERSONNEL DE VIOLENCE OBSTETRICALE PAR LES PATIENTES

Quatre patientes sur les dix ont estimé n'avoir jamais subi ou ressenti de violence obstétricale au cours de leur vie.

Une patiente a déclaré avoir ressenti une violence obstétricale lors de la pose du dispositif servant à la maturation cervicale au cours de son déclenchement. Elle a expliqué : « *Je lui ai dit qu'elle me faisait mal, elle m'a vu pleurer, mais elle a continué aussi brutalement* ».

Trois patientes sur les dix ont déclaré avoir ressenti un manque d'accompagnement concernant l'allaitement maternel en post-partum. Deux d'entre-elles ont expliqué que selon elles les membres de l'équipe soignante « *n'ont pas la capacité de pouvoir accompagner à tout moment de manière optimale* » ou encore que « *il n'y pas eu volonté de violences obstétricales mais un manque de temps et de moyen* », et ce malgré le fait que cela ait abouti à un engorgement et à un arrêt de l'allaitement maternel pour l'une d'elles. La troisième, quant à elle, a déclaré que « *ce sont mes amis et ma sage-femme libérale qui m'ont permis de me battre pour mon allaitement* » car l'équipe a « *vraiment beaucoup insisté pour donner des compléments en me culpabilisant sur la quantité de mon lait* ».

Une des patientes a confié ne pas avoir ressenti de violence obstétricale au cours de cette grossesse mais pendant une grossesse précédente, lors d'une visite aux urgences gynécologiques et obstétricales durant laquelle elle a appris qu'elle était en train de faire une fausse couche spontanée. Elle a confié que le gynécologue « *avait quelque chose d'agressif, de rejetant, je ne me suis pas sentie entourée, accompagnée, soutenue* », elle a également émis que « *Je me souviens que j'avais l'impression de le déranger* ».

Deux patientes sur les dix ont déclaré avoir subi une épisiotomie sans consentement lors d'une grossesse précédente. L'une a expliqué « *Je ne l'ai pas vécu comme une violence à l'époque et je n'en ai pas été traumatisée* », tandis que l'autre a confié en avoir souffert physiquement en post-partum et avoir appréhendé que cela se reproduise lors de ses grossesses suivantes.

3. PROJET DE NAISSANCE

3.1. REALISATION PAR LES PATIENTES

3.1.1. Découverte de l'existence du projet de naissance

Les femmes interrogées ont découvert l'existence et la possibilité de faire un projet de naissance par différents moyens, parfois même par plusieurs d'entre eux.

La plupart, soit sept patientes sur les dix, en ont entendu parler pour la première fois sur les réseaux sociaux, dans les différents forums internet concernant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Deux d'entre elles ont également mentionné avoir assisté plusieurs fois à l'émission télévisée La Maison des Maternelles sur France 5, qui a abordé le projet de naissance. L'une de ces patientes a expliqué qu'elle avait déjà connaissance de l'existence de cet outil car, par son métier d'aide-soignante, elle avait déjà exercé en salle de naissance.

Trois des patientes ont relaté que c'était leurs proches qui leurs en ont parlé pour la première fois, tandis que quatre autres ont expliqué que c'est une sage-femme qui a mentionné la possibilité d'en écrire un, que ce soit lors de l'EPPI, des séances de PNP ou encore lors de la consultation du 9^{ème} mois qui se déroule à Mercy lorsque l'on souhaite accoucher dans cette maternité.

Malgré tout, une des femmes interrogées a confié « *Ce n'est pas quelque chose dont j'ai beaucoup entendu parler, un peu à droite et à gauche mais c'est léger.* »

3.1.2. Raisons de la réalisation par les patientes

Les raisons pour réaliser un projet de naissance ont souvent été multiples. La majorité des patientes, six sur dix, ont exprimé leur souhait que cela permette d'« *instaurer un dialogue positif avec l'équipe* », d'« *avoir son mot à dire* », de pouvoir « *exprimer ses envies* » et d'« *avoir le sentiment d'être actrice, sans forcément être trop exigeante* ».

Quatre des dix femmes interrogées l'ont réalisé dans le but d'énoncer leur désir d'un accouchement le plus physiologique possible, tandis que trois sur dix ont expliqué l'avoir réalisé dans le but de se rassurer sur le déroulement de leur travail et de leur accouchement. En effet, elles ont évoqué une peur de l'instrumentalisation, « *J'avais cette image de boucherie et je voulais éviter ça.* », des potentielles complications et même, pour une patiente, une peur de subir des violences obstétricales. Une patiente a confié avoir décidé d'écrire un testament durant la grossesse « *au cas où je mourrais pendant l'accouchement* ».

Six patientes ont également cité leur besoin de s'assurer que leur conjoint-e pourrait être présent-e, malgré la crise sanitaire actuelle. L'une d'elles a aussi ajouté que, de plus, cela permettait de « *poser un cadre pour mon compagnon, le sécuriser sur ses choix à lui, qui n'est pas dans le domaine médical, et appréhendait beaucoup l'accouchement.* ».

Une des patientes a avoué « *Au départ, j'étais un peu réfractaire à l'idée d'en écrire un, car j'ai entendu dire que c'était mal vu par les équipes.* ».

Sur les cinq patientes ayant déjà accouché, seule une avait déjà réalisé un projet de naissance pour ses grossesses précédentes et ce après avoir vécu des violences obstétricales lors de son premier accouchement.

3.1.3. Méthode de réalisation

La grande majorité des patientes interrogées, neuf sur les dix, ont participé à des séances de PNP et chacune d'elles les a citées comme une grande source de renseignement qui les a aidées à réaliser leur projet de naissance et à s'y tenir. En effet, elles ont expliqué que lors de ces séances, qu'elles soient en groupes ou individuelles, elles ont pu poser leurs questions mais aussi apprendre de nouvelles choses, que cela concerne la physiologie du travail, de l'accouchement, du post-partum et de l'allaitement mais également les différentes complications possibles et les prises en charge possible. Une patiente a expliqué : « *J'ai été très bien renseignée sur tout ce qui pouvait se passer et on a été très bien entouré, ce qui a permis à mon conjoint de ne pas avoir de grosse surprise et de pouvoir m'accompagner vraiment toute la nuit* ».

Cinq patientes sur les dix ont effectué des recherches personnelles en complément, dans des livres, sur les réseaux sociaux, les forums, ou encore en regardant des émissions télévisées.

Une des patientes, du fait d'avoir travaillé en salle de naissance, n'a pas jugé nécessaire de faire des recherches personnelles en complément mais à tout de même suivi des séances de PNP. Une autre a expliqué ne pas en avoir fait car, du fait d'une première grossesse marquée par des pathologies lourdes l'ayant amenée en service de réanimation, elle a été très entourée lors de cette nouvelle grossesse et les informations sur les différentes complications possibles et leur prise en charge lui ont été délivrées tout au long de son suivi, et ce, en plus de la PNP.

Les cinq autres femmes interrogées ont quant à elles réalisé leur projet seules, avant de potentiellement le modifier en le présentant à leur sage-femme libérale ou au professionnel hospitalier lors de leur rendez-vous du 9^{ème} mois.

Toutes les patientes ont déclaré avoir réfléchi à le réaliser ou non, ainsi qu'à son contenu tout au long de la grossesse mais ne l'avoir vraiment finalisé qu'aux alentours du 7^{ème} mois de grossesse.

Sur les dix patientes interrogées, cinq ont décidé de formaliser leur projet de naissance en un document écrit, tandis que les cinq autres l'ont présenté oralement aux professionnels.

3.2. ACCUEIL PAR LES PROFESSIONNELS

Huit des femmes interrogées ont expliqué que leur projet de naissance a connu des ajustements à la suite des questions posées aux différents professionnels, qu'il s'agisse de sage-femme, de gynécologue-obstétricien ou encore de l'anesthésiste. En effet, les professionnels à qui elles l'ont présenté ont su analyser le document et expliquer ce qui était faisable ou non, ce qui pourrait être modifié ou refusé et pour quelles raisons. Par exemple, l'obstétricien a expliqué à une patiente que l'accès à la salle nature ne pouvait pas lui être accordé du fait de sa grossesse pathologique mais que la prise en charge pourrait quand même tendre vers un accouchement le plus physiologique possible, ce qu'elle a bien compris et elle a donc retiré ce point de son projet de naissance.

Toutefois, une des patientes ayant un utérus cicatriciel et ayant donc eu cette consultation du 9^{ème} mois avec un gynécologue-obstétricien a confié : *« C'est vrai que quand j'ai eu le rendez-vous, on ne m'a pas demandé si j'avais un projet de naissance. Je n'ai pas senti que ça avait vraiment sa place dans l'entretien. »*. Une autre a expliqué que lors du rendez-vous avec l'anesthésiste, *« il n'était pas emballé par le projet d'accoucher sans péridurale »*.

En dehors de ces événements, les projets de naissance des patientes interrogées ont reçu un bon accueil de la part des professionnels même si une des femmes a nuancé ses propos : *« J'ai pu me rendre compte que les équipes n'en prenaient pas forcément connaissance si on ne le spécifiait pas à l'arrivée. Ça reste une feuille dans un dossier qui n'est pas forcément toujours lue, pas toujours mise en valeur, en tout cas pas par toutes les équipes. Il y a des sages-femmes qui, spontanément, en arrivant m'ont dit avoir pris connaissance de mon projet mais pas tout le monde. »*

3.3. RESPECT DU PROJET DE NAISSANCE

La moitié des patientes a vu son projet de naissance respecté en intégralité. L'autre moitié a pu avoir des légères modifications, telles que la position d'accouchement mais elles ont précisé que dès que c'était le cas, l'équipe en a expliqué les raisons, avec bienveillance, et les femmes ont déclaré avoir très bien compris et vécu ces changements. L'une d'elles a confié « *C'est vraiment ça que je voulais, le dialogue, pouvoir parler, savoir ce qu'ils me faisaient et pourquoi, quelles étaient les possibilités et qu'on ne m'impose pas des choses que je ne voulais pas.* ».

3.4. APPORTS DU PROJET DE NAISSANCE SELON LES PATIENTES

En premier lieu, sept des dix femmes interrogées ont déclaré que le fait d'écrire un projet de naissance leur a permis d'être plus sereines, d'être rassurées concernant le déroulement de leur travail et de leur accouchement, mais également, comme l'a confié une patiente : « *Cela m'a rassurée de me dire qu'il y avait une trace de ce que je voulais dans mon dossier.* ». Trois femmes ont également expliqué que cela avait rassuré et intégré leur conjoint-e.

La moitié des patientes a rapporté que la réalisation du projet a aidé à construire sa pensée ainsi qu'à mettre des mots sur leurs envies, et quatre d'entre-elles ont ajouté que cela leur a donné le sentiment d'être actrice et d'avoir leur mot à dire : « *Grâce à mon projet de naissance, je n'ai pas eu l'impression de subir mon accouchement.* ».

Enfin, seules cinq des femmes interrogées ont déclaré que le fait de le réaliser leur a permis de mieux comprendre les prises en charge. Sur les cinq autres, une a eu un accouchement extrêmement rapide, une autre a reçu des explications tout au long de son suivi du fait de ses antécédents et de pathologie lors de la grossesse, une a déjà travaillé en salle de naissance et connaissait déjà les prises en charge et les deux dernières pensaient que c'étaient plus les séances de PNP que leur projet de naissance qui les y avaient aidées.

3.5. IMPACT SUR LE RESENTI DE VIOLENCE OBSTETRICALE

Huit femmes sur les dix pensaient qu'effectivement, écrire un projet de naissance peut avoir un impact sur le ressenti de violences obstétricales. En effet, selon elles, « *Faire des recherches en amont pour écrire son projet permet d'arriver le jour J en ayant en tête toutes les possibilités, les complications possibles, les options en cas d'urgence, et donc on comprend ce qui arrive et on le vit mieux.* » ou encore « *Je pense qu'on vit*

mieux les choses quand on a pu anticiper et parler avec l'équipe des potentielles situations d'urgence et avoir un projet de naissance permet de lancer la conversation. ».

Une femme sur les dix pensait que ce n'est pas le projet de naissance mais le fait de suivre des cours de PNP qui a un impact sur le ressenti de violence obstétricale.

Enfin, une femme a déclaré que cela peut avoir un petit impact mais elle n'en était pas sûre. Elle pensait également que chaque patiente pouvait ressentir différemment le même acte : *« Je pense que tout le monde n'a pas la même sensibilité. Par exemple, le fait d'avoir eu une épisiotomie pour mon premier sans qu'on me demande mon avis ni qu'on me prévienne n'était pas un problème pour moi alors que d'autres personnes auraient pu le vivre comme une violence. ».*

PARTIE 4 : DISCUSSION

1. FORCE DE L'ETUDE

Les violences obstétricales sont de plus en plus dénoncées. Les femmes réclament aujourd'hui une visibilité de ces violences et un droit à la parole lors de leur prise en charge et celle de leur bébé. Le projet de naissance est un outil qui commence à se faire connaître mais peine à se répandre malgré les bénéfices qu'il peut apporter, autant du point de vue de la préparation à l'accouchement qu'à celui du vécu de cet événement majeur dans la vie des femmes. Cette étude a l'avantage d'interroger les femmes directement sur le bénéfice que cet outil pourrait apporter concernant ce problème de santé publique actuel.

De plus, ce qui fait la force de cette étude est qu'elle intègre dix patientes au parcours très différents, que ce soit du point de vue de leur âge, leur parité, leurs antécédents, leur rapport aux violences obstétricales, leur grossesse, leur projet de naissance, le déroulé de leur travail, leur accouchement ou encore leur post-partum. Malgré cette diversité, les réponses étaient toutefois plutôt homogènes, ce qui permet de répondre efficacement aux hypothèses initiées pour ce groupe à la suite du questionnement induit par la littérature de la première partie du mémoire.

Enfin, l'utilisation d'une étude qualitative avec recueil des données par entretiens semi-directifs a eu pour avantage de laisser s'exprimer les patientes de manière libre et ainsi d'obtenir des réponses variées et détaillée, sans induire ou orienter les réponses.

2. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

Cette étude étant qualitative, elle ne cherche pas à être représentative de la population générale mais à dégager des éléments de réflexion. Le nombre de femmes interrogées n'est donc que de dix, ce qui pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs.

Déjà car le nombre de patientes qui réalisent un projet de naissance n'est pas très élevé, moins de 4% selon l'Enquête nationale périnatale de 2016. Ensuite parce que le thème des violences obstétricales peut être difficile à aborder par les patientes, ce qui diminue le nombre de femmes volontaires pour participer. [40]

De plus, les patientes interrogées ont toutes accouché dans le même hôpital, ce qui peut être un biais de sélection, relatif du fait de l'étude qualitative, mais il est atténué par le fait que le contact avec les patientes a été effectué via trois sages-femmes libérales qui leur ont parlé de cette étude.

3. DISCUSSION DES RESULTATS ET VALIDATION DES HYPOTHESES

3.1. VIOLENCES OBSTETRIQUES

Toutes les femmes interrogées ont pu donner une définition de ce que sont, pour elles, les violences obstétricales. Toutes réponses confondues, quasiment toutes leurs facettes identifiées dans les définitions ont été mentionnées. Il est à noter que le déni de la douleur n'a pas été cité dans les définitions mais il a fait partie des exemples de violences obstétricales vécues par les patientes : « *J'ai trouvé ça déranger dans la manière dont c'était fait et dans les gestes, il n'était pas soucieux de la douleur* », ou encore « *Certaines sont plus douces que d'autres* ». On remarque également que l'absence de la recherche du consentement de la patiente a été parmi les propositions les plus citées. Il est donc possible de supposer que la médiatisation des violences obstétricales a permis une connaissance plus répandue chez les patientes : « *J'ai aussi mon mot à dire, et ça permet qu'on le reconnaisse, qu'on l'entende même si au final, il se peut que ça ne puisse pas se passer comme on le voudrait* ». **Cela permet de valider l'hypothèse H1 : « Les femmes interrogées savent ce que sont les violences obstétricales. ».**

Quasiment toutes les patientes ont su donner des exemples concrets de violences. Seule une patiente n'a pas cité d'exemple précis mais selon elle, tout acte sans demander le consentement peut être une violence. Il est à remarquer que, malgré le fait que seules trois patientes aient parlé de violences physiques et de brutalité des gestes dans leur définition, les exemples qui reviennent le plus sont pourtant ceux ayant trait au versant corporel : « *J'ai trouvé l'examen très douloureux, très intrusif, sans qu'on m'explique, ce qui se passait* ». Toutefois, d'autres types de violences ont été cités en exemple, telles que les violences verbales ou psychologiques : « *Les paroles restent gravées, les mots c'est quelque chose qui revient. C'est indélébile* » ou encore « *Pendant la grossesse et l'accouchement, le vagin devient un vrai hall de gare* ». Les réponses données permettent de **valider l'hypothèse H2 : « Les femmes interrogées peuvent donner un exemple de violences obstétricales qu'elles ont ressenties. ».**

3.2. PROJET DE NAISSANCE

3.2.1. Découverte de l'existence du projet de naissance

Les patientes ont découvert l'existence du projet de naissance par différents moyens. En effet, ce n'est pas systématiquement le professionnel qui suit la grossesse qui en parle le premier. Il s'agit aujourd'hui d'un sujet qui est aussi abordé sur les réseaux sociaux, les

forums, à la télévision ou encore dans des livres traitant de la grossesse. A l'hôpital de Mercy, le projet de naissance est aujourd'hui intégré à l'anamnèse, dans le questionnaire de consultation sur le logiciel du centre hospitalier. Il est donc supposé être mentionné aux patientes que ce soit lors du suivi de grossesse ou lors de la consultation du 9^{ème} mois, bien que tous les professionnels ne le fassent pas : « *C'est vrai que quand j'ai eu le rendez-vous, on ne m'a pas demandé si j'avais un projet de naissance. Je n'ai pas senti que ça avait vraiment se place dans l'entretien* ». Lors du suivi en libéral, il est également souvent abordé au cours des consultations, de l'EPPI ou encore durant la PNP. Malgré le nombre croissant de sources, ce sont souvent les professionnels ou les patientes ayant déjà réalisé un projet de naissance qui en parlent, ce n'est pas très connu du grand public : « *Ce n'est pas quelque chose dont j'ai beaucoup entendu parler, un peu à droite et à gauche mais c'est léger* ». Une étude ayant pour titre « *La réalisation de projet de naissance et son accompagnement par les professionnels de santé durant la grossesse. Entretiens auprès de 9 femmes ayant rédigé un projet de naissance* » a été menée dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude de sage-femme en 2018. Elle va donc permettre d'offrir un point de comparaison à notre étude à propos des résultats concernant le projet de naissance, sa réalisation et son accompagnement. [41]

3.2.2. Réalisation du projet de naissance

Les raisons pour réaliser un projet de naissance ont souvent été multiples mais on peut remarquer que seule une patiente l'a fait directement en raison de son expérience passée avec les violences obstétricales. Toutefois, trois patientes ont expliqué avoir été « *beaucoup mise en garde que pour une première grossesse, les équipes étaient souvent réticentes par rapport au fait qu'on ne souhaite pas la péridurale, par rapport au fait que l'on souhaite pouvoir essayer différentes positions au moment de l'expulsion etc.* » ou encore « *On m'a un petit peu noirci le tableau sur comment cela pouvait se passer à Mercy* ». Malgré ça, même si les termes ne sont pas spécifiquement cités par les patientes comme une motivation pour écrire le projet, les raisons données peuvent tout de même y correspondre. En effet, la grande majorité des femmes interrogées explique que leur priorité était de pouvoir exprimer leurs désirs, et avoir leur mot à dire sur le déroulement de l'accouchement : « *C'est vraiment ça que je voulais, le dialogue, pouvoir parler, savoir ce qu'ils me faisaient et pourquoi, quelles étaient les possibilités et qu'on ne m'impose pas des choses que je ne voulais pas* ». Il peut donc y avoir une envie de ne pas subir d'acte sans consentement, ce qui est la définition la plus donnée

pour les violences obstétricales. Les réponses semblent concorder avec celles obtenues lors de l'étude de 2018 sur le projet de naissance concernant les objectifs de la réalisation du projet de naissance c'est-à-dire communiquer, se préparer à l'accouchement, pérenniser des idées et éviter la déception mais, dans cette étude, les violences obstétricales ne sont jamais citées par les patientes. [41]

On peut aussi relever l'impact de la période sanitaire actuelle sur les appréhensions des patientes lorsque l'on remarque que plus de la moitié des patientes a souhaité spécifier son désir et son besoin que son/sa conjoint-e puisse être présent-e lors de l'accouchement.

Toutes les patientes ont déclaré avoir réfléchi tout au long de la grossesse à leurs désirs mais n'avoir commencé à mettre en forme leur projet qu'au milieu, voire à la fin du troisième trimestre de la grossesse, ce qui tend à démontrer qu'il ne s'agit pas d'une liste de souhaits éphémères mais bien du fruit d'une longue réflexion.

Concernant la méthode de réalisation du projet de naissance, il est à observer que quasiment toutes les patientes ont participé à des séances de PNP, durant lesquelles elles ont pu interroger les professionnels sur le déroulement de la grossesse, du travail, de l'accouchement et du post-partum, ainsi que les potentielles complications. Dans l'autre étude sur le projet de naissance de 2018 citée précédemment, une seule femme sur les neuf interrogées n'avait pas fait de PNP, car elle en avait déjà suivi des séances lors de la grossesse précédente. Ces patientes exprimaient aussi l'intérêt d'assister à ces séances, qui donnent des informations sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement venant d'un professionnel et qui permettent d'aider à la réalisation du projet de naissance : « *Cela m'a aidé à me préparer à l'accouchement même si avec le recul je vois qu'on ne peut jamais vraiment s'y préparer* ». Cela permet donc de **valider l'hypothèse H3** : « **Les patientes interrogent les professionnels de santé sur le déroulé de l'accouchement et les possibles complications.** » [41]

Certaines ont souhaité compléter les informations apprises lors de ces séances par des recherches personnelles. D'autres ont écrit leur projet en autonomie sans exclure de le modifier en fonction des commentaires et des explications données par les professionnels à qui elles l'ont présenté une fois terminé : « *Je l'ai fait un peu seule, avec es sources que j'avais, qui ne sont pas forcément les bonnes. Je l'ai montré à ma sage-femme en toute fin de grossesse. Elle m'a aidé à le rendre cohérent et adapté à Mercy puisque j'allais y accoucher.* ». **L'hypothèse H4** « **Le professionnel suivant la**

grossesse accompagne les patientes dans l'écriture de leur projet de naissance » peut donc être validée.

En ce qui concerne l'hypothèse H5 « Le projet de naissance a été suivi par les professionnels de santé. », il est difficile de donner une réponse complètement affirmative car certaines patientes n'ont pas souhaité impliquer le professionnel de santé qui les suivait dans l'écriture de leur projet de naissance. Malgré ça, l'hypothèse peut être validée mais uniquement pour les femmes qui souhaitaient un suivi dans sa réalisation. En effet, quand la patiente souhaitait que son projet de naissance soit suivi, les professionnels étaient disponibles et impliqués.

Il est intéressant de remarquer que, bien que les résultats concernant l'accompagnement et le suivi du projet de naissance par les professionnels soient sensiblement les mêmes dans l'étude menée en 2018, elle permet d'ajouter la notion de « professionnel de santé ressource », qui est dans la grande majorité des cas une sage-femme. Pour le reste des patientes, cela a été une fois une gynécologue, une fois une conseillère en lactation et une fois l'anesthésiste. Cette étude appuie nos résultats permettant la validation des hypothèses H4 et H5 et surtout l'importance des sages-femmes dans le suivi et la réalisation du projet. [41]

3.2.3. Accueil et respect du projet de naissance

Hormis quelques exceptions, les projets de naissance des patientes ont été bien accueillis par les professionnels, qui ont souvent pris le temps d'en discuter et de donner des informations pour aider à le peaufiner de manière adaptée à la maternité de naissance souhaitée par les patientes : « *Le fait d'avoir pu verbaliser à chaque moment mon projet, j'ai pu être accompagnée dans ce sens-là. Je ne me suis pas sentie jugée, je ne me suis pas sentie dénigrée dans ce que je souhaitais* ». Ils n'ont pas toujours été respectés en totalité mais lorsque cela n'a pas été le cas, les patientes ont reçu les explications nécessaires leur permettant de comprendre et d'adhérer à ces changements imprévus. Cela a conduit les patientes à ne pas ressentir ces modifications comme des violences obstétricales.

3.2.4. Apports du projet de naissance et impact sur le ressenti de violences obstétricales selon les patientes

Les réponses des patientes tendent à démontrer que le fait de réaliser un projet de naissance aurait de nombreux avantages, autant sur la grossesse que sur

l'accouchement. En effet, faire des recherches et interroger les professionnels sur les différentes options, complications et prises en charge permet à la patiente de réfléchir à ce qu'elle souhaite, en ayant les bonnes informations et ne pas se baser que sur des idées reçues : « *Cela m'a permis de maturer suffisamment mon projet pour pouvoir l'expliquer à mon conjoint de façon à ce qu'il puisse lui aussi y adhérer* ». Cela peut la rassurer sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement et diminuer le niveau d'appréhension en amont et de peur lors du jour J.

Cela apporte aussi le sentiment d'être actrice de son propre accouchement, en collaboration avec l'équipe médicale, de faire des choix réfléchis, éclairés et de donner son consentement éclairé lorsque c'est nécessaire : « *se dire que ce n'est pas que l'équipe médicale qui décide du sort de l'enfant, du déroulement de l'accouchement* ».

Quasiment toutes les patientes ont confirmé que, selon elles, le fait de réaliser un projet de naissance peut aider à comprendre les prises en charge proposées et à accepter plus facilement lorsque les événements ne se déroulent pas comme elles se l'étaient imaginé, par exemple lorsqu'il y a une complication nécessitant une intervention médicale. Cela permet donc de ne pas vivre ces moments potentiellement difficiles et impressionnant comme des violences obstétricales lorsqu'il s'agit de l'action recommandée en réponse à la situation médicale, car les patientes peuvent anticiper et/ou comprendre la raison de chaque prise en charge.

Une des patientes pensaient que ces effets bénéfiques étaient plutôt attribuables à la PNP, ce qui est également cohérent, puisque presque toutes les patientes ont assisté à des séances et les ont citées comme une grande source d'information ayant aidé à réaliser leur projet de naissance. On peut donc **valider l'hypothèse H6 : « Ecrire un projet de naissance a un impact sur le ressenti de violence « obstétricale » par les patientes »**.

Une étude ayant pour problématique « *L'utilisation du projet de naissance permet-il d'améliorer l'expérience des femmes de l'accouchement ?* » a été menée en 2016 sous la forme d'une revue de la littérature avec une lecture critique de six articles, soit quatre études quantitatives et deux qualitatives. Les résultats obtenus sont restés controversés à cause d'une hétérogénéité des études et leur bas niveau de preuve mais semblent toutefois montrer que la réalisation d'un projet de naissance tend à améliorer l'expérience des femmes de l'accouchement. Cela permet d'appuyer nos résultats qui témoignent d'un apport positif du projet de naissance. Malgré tout, cette étude souligne également l'impact négatif que peut avoir le projet de naissance sur le ressenti de

l'accouchement, car plusieurs articles montraient que lorsque la prise en charge différait de celle écrite dans le projet, les patientes pouvaient le vivre encore plus difficilement. Cela n'est pourtant pas du tout ressorti dans notre étude, malgré des modifications du projet de naissance de certaines patientes. C'est probablement dû au fait que dans notre étude, les discordances entre le projet et la réalité ont rarement été importantes et ont été expliquées aux patientes, ce qui les a aidées à comprendre et à l'accepter. Les femmes ayant participé à nos entretiens ont globalement très bien vécu leur prise en charge : *« chacune prenait le temps, rappelait à chaque fois de ne pas hésiter à les solliciter si besoin pour la mise au sein etc. »* ou encore *« une semaine après, on s'est dit qu'on était prêts à recommencer »*. Toutefois, une patiente tempère tout de même ses propos : *« Tout s'est très bien passé, malgré tout, au final, si c'était à refaire, je ferais peut-être différemment, je choisirais peut-être une maison de naissance pour aller encore plus loin dans ce projet »*. [42]

4. PROPOSITION D'AMELIORATION

Cette étude permet de montrer les avantages qu'apporte la réalisation d'un projet de naissance pour les patientes. Malgré tout, cet outil reste très peu répandu, et seul un très faible pourcentage de femmes enceintes y a recours. La première proposition d'amélioration de la prise en charge serait de populariser le projet de naissance. Pour cela, il serait nécessaire de diffuser son existence, en commençant par en parler à toutes les femmes enceintes pendant la grossesse. Le moment le plus propice pour l'aborder étant l'EPPI, il est essentiel d'encourager les femmes à y participer. Le fait qu'il soit aujourd'hui obligatoire ne signifie pas que toutes les patientes en bénéficient, mais c'est un pas dans la bonne direction. Il serait donc aussi judicieux d'en parler en dehors de l'EPPI, pour sensibiliser le plus de femmes possible. [24 ; 40]

Une autre piste, en complément de la précédente, serait d'encourager les patientes à assister à des séances de PNP, quelle que soit leur parité. En effet, cette étude a montré que c'est une grande source d'informations pour les femmes et les couples, qui a pu les motiver à créer un projet de naissance et les y a aidé en leur permettant d'apprendre des éléments concernant la physiologie mais également les complications possibles et leur prise en charge. Il semblerait que ce soit un autre moment privilégié pour parler aux femmes du projet de naissance. De plus, même si elles ne choisissent pas d'en réaliser un, les informations apportées peuvent toujours avoir un impact sur leur ressenti de

violences obstétricales car elles peuvent leur permettre de comprendre les potentiels imprévus durant leur travail et leur accouchement.

Toujours dans la même démarche, il serait utile d'encourager les patientes à poser des questions aux professionnels et à discuter avec eux de leur projet de naissance afin que celui-ci soit adapté à la réalité actuelle, à la maternité désirée, ainsi qu'à la situation médicale et obstétricale de chaque femme.

Dans le cas plus précis de la maternité de Mercy, le logiciel de l'hôpital a intégré une rubrique concernant la réalisation d'un projet de naissance par les patientes. Cela permet d'inciter les professionnels à poser la question aux femmes et ainsi à aborder le sujet, ce qui pourrait inspirer des couples à en réaliser un. Toutefois, tous ne posent pas la question, ou alors une seule fois en tout début de grossesse, mais sans forcément expliquer le rôle de cet outil et ce qu'il peut contenir. Les patientes ne ressentent donc pas forcément que la consultation est un moment où elles peuvent aborder le sujet. Il serait donc très important d'inciter les professionnels à sensibiliser les patientes, pas uniquement pour cocher une case sur un logiciel, mais pour proposer un accompagnement au couple dans la construction de leur projet. Dans cette optique, il est donc également important de sensibiliser aussi les professionnels aux bienfaits de la réalisation du projet de naissance.

Enfin, il pourrait être intéressant de poursuivre cette étude dans le temps afin de réunir davantage de témoignage, ce qui permettrait d'apporter plus de poids aux résultats et aiderait donc à convaincre les professionnels de la nécessité de s'y intéresser et s'impliquer dans réalisation du projet des patientes.

CONCLUSION

Le projet de naissance reste peu connu et par conséquent peu utilisé par les patientes malgré les avantages qu'il apporte au vécu de la grossesse, du travail, de l'accouchement et du post-partum. Les patientes hésitent à en réaliser un de peur de braquer l'équipe qui va les prendre en charge. De l'autre côté, certains professionnels n'abordent pas le sujet avec les femmes, au point où certaines d'entre elles ressentent qu'il n'a pas du tout été lu. Malgré tout, pour les femmes qui en créent un, les bénéfices sont nombreux, tant sur leurs appréhensions que sur la compréhension qu'il leur apporte.

Ce support a aussi pour avantage de permettre d'écrire ses désirs et de faire part de ses volontés, ce qui aboutit à une coopération renforcée entre la patiente et le soignant. En cette période où les violences obstétricales sont de plus en plus dénoncées, l'implication des patientes dans leurs soins et la recherche de leur consentement éclairé sont essentiels.

Dans l'idéal, le projet de naissance doit être réalisé en impliquant un professionnel de santé. Celui-ci apporte son expertise mais aussi des informations adaptées à la patiente dans sa globalité, en prenant en compte ses antécédents, sa situation obstétricale et les désirs de la patiente. Le projet est ainsi réaliste et va aider la future maman à vivre au mieux cet événement exceptionnel dans la vie d'une femme.

Les violences obstétricales sont un véritable problème de santé publique qu'il est important de reconnaître afin de mieux les combattre. Le projet de naissance est un outil qui pourrait aider à les réduire s'il était plus répandu. Il est donc nécessaire de sensibiliser tant les femmes que les professionnels de manière à augmenter son utilisation et donc son impact sur le ressenti de violences obstétricales.

Il est aussi à remarquer que, plusieurs patientes ont confié avoir ressenti un manque d'accompagnement lors de leur séjour en maternité, en particulier concernant l'aide à l'allaitement. Elles ont toutefois expliqué qu'elles ne l'ont pas ressenti comme une volonté de violence mais comme un manque de personnel ayant impacté sur la qualité de la prise en charge pouvant leur être fournie. Une de ces situations a tout de même eu des conséquences physiques et psychologiques importantes : cela a entraîné un engorgement mammaire et un arrêt forcé de l'allaitement, qui était un désir de la patiente. Il peut donc se demander si agir sur le manque de moyens matériels et humains

dans les hôpitaux ne permettrait pas non plus d'agir sur le ressenti et la survenue de violences obstétricales.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes. Qu'est-ce que les violences obstétricales et gynécologiques ? [en ligne]. (Consulté le 23/06/2020). Disponible sur : <https://www.irasf.org/definition-violences-obstetricales-gynecologiques/>
- [2] Collectif interassociatif autour de la naissance. Violences obstétricales : d'abord ne pas nuire [en ligne]. Mar 2017 (Consulté le 23/06/2020). Disponible sur : <https://ciane.net/2017/03/violences-obstetricales-dabord-ne-pas-nuire/>
- [3] Guerin-Cauet S. Violences Obstétricales: Au-delà de la polémique, avancer vers la bientraitance [en ligne]. Fév 2018 (Consulté le 23/06/2020). Disponible sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2018/07/Rennes-20fevrier2018-SGC.pptx.pdf>
- [4] Alliance francophone pour l'accouchement respecté. Base de données [en ligne]. (Consulté le 23/06/2020). Disponible sur : <https://afar.info/biblio/detail.php?lang=fr&id=2646>
- [5] Bourrelier C. « Violences obstétricales » Histoire de l'émergence d'une nouvelle préoccupation sociale [en ligne]. [Mémoire]. Tours : Ecole de Sages-femmes, Université de Tours. 2018 (Consulté le 23/06/2020) ; 90p. Disponible sur : <https://afar.info/biblio/public/3151.pdf>
- [6] Collectif interassociatif autour de la naissance. Histoire du Ciane [en ligne]. (Consulté le 23/06/2020). Disponible sur : <https://ciane.net/ciane/histoire/>
- [7] Alliance francophone pour l'accouchement respecté. Chronologie [en ligne]. Juin 2011 (consulté le 23/06/2020). Disponible sur : <https://afar.info/vie-de-lafar/historique/>
- [8] Aubry A. Le ressenti des sages-femmes face à la médiatisation des violences obstétricales. Etude épidémiologique observationnelle descriptives réalisée auprès de 32 sages-femmes du CHR Metz-Thionville de janvier à mars 2019. [Mémoire]. Metz : Ecole de Sages-femmes de Metz, Université de Lorraine. 2019 ; 52p.
- [9] Allodocteurs. #PayeTonUterus : la gynécologie côté patients [en ligne]. Nov 2015 (consulté le 23/06/2020). Disponible sur : https://www.allodocteurs.fr/actualite-sante--payetonuterus-la-gynecologie-cote-patients_14906.html
- [10] Libération. Toucher vaginal sur patientes endormies: des médecins alertent le gouvernement [en ligne]. Libération ; 06 Fév 2015 (consulté le 23/06/2020). Disponible sur : <https://www.liberation.fr/societe/2015/02/06/toucher-vaginal-sur-patientes->

endormies-des-medecins-alertent-le-gouvernement_1197388

[11] Code de la Santé Publique. Article L1111-4 [en ligne]. 04 Fév 2016 (consulté le 01 Fév 2020). Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031972276&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160204>

[12] Larousse. Libre [en ligne]. (consulté le 01 Fév 2020). Disponible sur :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/libre/47013?q=libre#46935>

[13] Larousse. Eclairer [en ligne]. (consulté le 01 Fév 2020). Disponible sur :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%c3%a9clairer/27549?q=%c3%a9clair%c3%a9#27403>

[14] Herzog C. #MonPostPartum : un hashtag pour libérer la parole sur l'après-accouchement [en ligne]. Le Monde ; 20 Fév 2020 (consulté le 23/06/2020). Disponible sur : https://www.lemonde.fr/big-browser/article/2020/02/20/du-sang-des-larmes-des-cris-un-hashtag-pour-liberer-la-parole-sur-le-post-partum_6030234_4832693.html

[15] Huffingtonpost. Avec #MonPostPartum, les femmes témoignent des difficultés après l'accouchement. Au-delà des souffrances physiques et psychologiques, ces femmes déplorent un manque d'information après l'accouchement [en ligne].

Huffingtonpost ; 17 Fév 2020 (consulté le 23/06/2020). Disponible sur :

https://www.huffingtonpost.fr/entry/mon-post-partum-les-femmes-temoignent-des-difficultes-apres-laccouchement_fr_5e4a88a9c5b64ba297528273

[16] Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes. Les conséquences des Violences Obstétricales et gynécologiques [en ligne]. (Consulté le 23/06/2020). Disponible sur : <https://www.irasf.org/consequences-violences-obstetricales-gynecologiques/>

[17] Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [en ligne]. Nov 2005 (consulté le 23/06/2020).

Disponible sur : [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)

[sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)

[18] Cecchini L. Les sages-femmes et le projet de naissance. Etude épidémiologique observationnelle descriptive multicentrique par questionnaire auprès des sages-femmes travaillant en salle de naissance dans trois maternités de type I, IIB et III de Moselle et Meurthe et Moselle d'octobre à décembre 2018 inclus Mémoire Laura C. sur projet de naissance. [Mémoire]. Metz : Ecole de Sages-femmes de Metz, Université de Lorraine. 2019 ; 51p.

- [19] Parlement Européen. La charte européenne de la parturiente [en ligne]. Juil 1988 (Consulté le 23/06/2020). Disponible sur : <https://ansfl.org/document/la-charte-europeenne-de-la-parturiente/>
- [20] Meledo A. Représentations des sages-femmes concernant le projet de naissance [en ligne]. [Mémoire]. Brest : Ecole de Sages-femmes, UFR de Médecine et des Sciences de la Santé. 2016 ; 32p. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01560980/document>
- [21] Bréart G, Puech F, Rozé JC. Mission périnatalité. Effectuée à la demande de M. le Professeur J.F. Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Conclusions. Vingt propositions pour une politique périnatale [en ligne]. 2003 (consulté le 23/06/2020). Disponible sur : https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/Textes_reglementaires/Plans/Mission%20perinatalite%20Septembre%202003.pdf
- [22] Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [en ligne]. Mai 2016 (consulté le 23/06/2020). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
- [23] Haute Autorité de Santé. Evaluation et amélioration des pratiques professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité. Série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles [en ligne]. Déc 2007 (consulté le 23/06/2020). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/criteres_qualite-pnp.pdf
- [24] Assemblée nationale. PLFSS pour 2020. Amendement n°1963 (Rect) [en ligne]. 18 Oct 2020 (consulté le 23/06/2020). Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/2296/AN/1963#:~:text=%C2%AB%20L'entretien%20pr%C3%A9natal%20pr%C3%A9coce%20obligatoire,de%20grossesse%20a%20%C3%A9t%C3%A9%20effectu%C3%A9e.&text=Cet%20entretien%20pr%C3%A9natal%20pr%C3%A9coce%20est,ou%20en%20%C3%A9tablissement%20de%20sant%C3%A9>
- [25] Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes. Le droit de prescription [en ligne]. (Consulté le 23/06/2020). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/droit-prescription/>
- [26] Ameli. IVG médicamenteuse en ville [en ligne]. Mars 2020 (consulté le

23/06/2020). Disponible sur : <https://www.ameli.fr/moselle/sage-femme/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-exercice-formalites/ivg-medicamenteuse>

[27] Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes. Les compétences des sages-femmes [en ligne]. (Consulté le 23/06/2020). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>

[28] Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes, Collectif des associations et syndicats de sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [en ligne]. Jan 2010 (consulté le 23/06/2020). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>

[29] Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes. Liste des titres de formations que le CNOSF autorise à mentionner sur les plaques, annuaires et imprimés professionnels [en ligne]. Nov 2019 (consulté le 23/06/2020). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2019/11/Mise-%C3%A0-jour-Novembre-2019.pdf>

[30] Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandation de bonne pratique. [en ligne]. 18 Mai 2016 (consulté le 29/08/2020). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

[31] Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Argumentaire [en ligne]. Nov 2005 (consulté le 23/06/2020). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf

[32] Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes. Code de déontologie des sages-femmes [en ligne]. Juil 2012 (consulté le 23/06/2020). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>

[33] Code de la Santé Publique. Les compétences générales des sages-femmes. Partie législative [en ligne]. Oct 2015 (consulté le 23/06/2020). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Comp%C3%A9tences-g%C3%A9n%C3%A9rales-des-sages-femmes.pdf>

[34] Coulaud A. Violences obstétricales : «Les gynécologues n'écoutent pas les femmes» [en ligne]. Libération ; 06 Déc 2017 (consulté le 23/06/2020). Disponible sur : <https://www.liberation.fr/france/2017/12/06/violences-obstetricales-les-gynecologues-n->

ecoutent-pas-les-femmes_1614530

[35] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Dossier de presse. Gynécologie-obstétrique. La parole aux femmes. Ecoute-information-évaluation-partage... [en ligne]. Oct 2019 (consulté le 23/06/2020). Disponible sur :

<http://www.cngof.fr/component/rsfiles/aperçu?path=Presse/2019/CNGOF-dossier-presse-bienveillance-label-ressources-humaines.pdf>

[36] Maternys. Les engagements du label [en ligne]. (Consulté le 23/06/2020).

Disponible sur : <https://www.maternys.com/engagements-label-maternys/>

[37] Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes. Le Label du CNGOF et Maternys : des outils réalisés sans les associations de victimes et d'usagères [en ligne]. 18 Oct 2019 (consulté le 23/06/2020). Disponible sur :

<https://www.irasf.org/2019/10/18/label-cngof-maternys/>

[38] Lahaye MH. Le « label bienveillance » du CNGOF : de la poudre aux yeux pour ne pas changer les pratiques [en ligne]. 18 Oct 2019 (consulté le 23/06/2020). Disponible sur :

<http://marieaccouchela.net/index.php/2019/10/18/le-label-bienveillance-du-cngof-de-la-poudre-aux-yeux-pour-ne-pas-changer-les-pratiques/>

[39] Code de la Santé Publique. Article L1111-2 [en ligne]. 26 Jan 2016 (consulté le 25/08/2020). Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685758>

[40] Institut national de la santé et de la recherche médicale, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010 [en ligne].

Oct 2017 (consulté le 21/04/2021) ; 317p. Disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf

[41] Dupont C. La réalisation de projet de naissance et son accompagnement par les professionnels de santé durant la grossesse. Entretiens auprès de 9 femmes ayant rédigé un projet de naissance [en ligne]. [Mémoire]. Lille : Ecole de Sages-femmes,

Université Lille 2. 2018 (consulté le 20/04/2021) ; 108p. Disponible sur :

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01896711/document>

[42] Johannot A, Stocker J. L'utilisation du projet de naissance permet-il d'améliorer l'expérience des femmes de l'accouchement ? [en ligne]. 2016 (consulté le

24/04/2021) ; 147p. Disponible sur : <https://core.ac.uk/download/pdf/79427117.pdf>

ANNEXES

Annexe I : Affiche de l'IRASF sur la définition des violences obstétricales et gynécologiques

Annexe II : Plaquette de présentation Maternys

Annexe III : Guide d'entretien semi-directif

ANNEXE I



LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES ET GYNÉCOLOGIQUES : DÉFINITION

Les violences obstétricales et gynécologiques touchent à **3 dimensions**



Les conditions dans lesquelles les actes médicaux vont être posés, vont permettre aux femmes de les qualifier en violences obstétricales et/ou gynécologiques. Elles sont constituées de **l'absence...**

- ❌ De consentement libre et éclairé
- ❌ D'humanité et de dignité
- ❌ D'exercice des gestes obstétricaux dans un cadre légal*
- ❌ De l'absence de choix et de diversité dans l'offre de soin
- ❌ Du respect des droits de la patiente
- ❌ De consentement des actes à des fins d'apprentissage
- ❌ D'anesthésie efficace
- ❌ De pratiques conformes aux données scientifiques
- ❌ D'utilité médicale avérée

*Charte de la personne hospitalisée, Code de Santé Publique, Code de Déontologie, recommandations nationales et internationales

La présence d'un ou plusieurs de ces critères constitue les éléments fondamentaux des violences obstétricales et gynécologiques



Cet ensemble d'actes, de paroles et d'attitudes va porter atteinte à l'intégrité mentale et physique d'une femme de façon plus ou moins sévère



Cela se produit pendant...

- le suivi gynécologique et/ou parcours PMA
- la grossesse
- l'accouchement
- le post-partum

Ces violences sont perpétrées par des équipes de soignants qui vont agir ensemble et/ou individuellement

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Gynécologues
obstétricien.ne.s | Médecins
généralistes |
| Sages-femmes | Anesthésistes |
| Infirmier.e.s | Aides-soignant.e.s |
| Agents administratifs | Puéricultrices |
| Auxiliaires
de puériculture | Agents de service |



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

www.irasf.org
@AssolRASF

© Textes : Barima Boubakri pour l'IRASF - Réalisation : Caroline H - Pictogrammes : freepik

ANNEXE II

La plateforme du **CNGOF**
dédiée à l'**information** des femmes
et à la **labellisation** des maternités



maternys
www.maternys.com



Labellisation des bonnes pratiques
Contenus originaux validés

Retours d'expériences sur le suivi de la grossesse,
la prise en charge et l'accouchement

Accompagnement et suivi

Édition d'attestations opposables

Études de satisfaction et de suivi clinique

Pour les femmes
Une information validée, plus **complète** et plus **douce**,
pour des **échanges meilleurs** avec les praticiens

Pour les praticiens
Une information sur **prescription médicale**, encadrée, qui répond
aux attentes des femmes et contribue à améliorer la **bienveillance**

Pour l'établissement
Faire valoir la volonté d'**améliorer les soins**, **protéger** l'exercice
médical et neutraliser le risque lié au défaut d'information.

« Un outil et des contenus d'information destinés à évoluer, grâce aux remontées des femmes, des praticiens et des établissements, et qui sera l'instrument de tous pour améliorer la bienveillance des femmes et la protection de l'exercice médical : Maternys, c'est une chance pour tous ! »

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français a créé un label pour répondre aux **attentes** des femmes enceintes et pour **valoriser les établissements** qui s'engagent à améliorer la **bienveillance**.

Ce **label** est porté par l'application Maternys, qui permet aux femmes d'avoir accès à une **information** générale sur leur prise en charge. Fruit d'un travail collégial, ses contenus constituent une première proposition qui saura évoluer avec nos retours et nos pratiques.

Maternys permet aussi aux femmes de **partager leur expérience* avec nous**, via un système d'évaluation de leur bonne information et compréhension.



Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

Des améliorations progressives dans le cadre d'une action commune et partagée entre les établissements, les confrères et le CNGOF, pour construire un outil innovant qui bénéficiera à tous, et permettra à l'obstétrique de rayonner au sein de notre santé publique.

* Les données collectées sont strictement confidentielles et ne seront communiquées qu'aux établissements labellisés, ainsi qu'à un comité restreint du CA du CNGOF.

« Labelliser les maternités françaises qui mettent la bienveillance au centre de leurs préoccupations s'avère plus que jamais nécessaire. La sécurité que les professionnels de la périnatalité apportent chaque jour aux femmes qui leur font confiance est une priorité. L'objectif est de confier désormais une partie du contrôle de qualité aux femmes elles-mêmes. Nous serons de fait la première discipline à procéder ainsi. Le CNGOF a 3 objectifs :

- Améliorer l'accueil des femmes dans les maternités
- Améliorer l'information et tracer les consentements
- Répondre à la demande croissante d'autonomie des femmes

À l'aide de l'application « Maternys », développée pour nous par Persomed, les femmes pourront vérifier leur degré de compréhension et d'information, et chaque maternité disposera d'un véritable baromètre de la satisfaction de ses patientes. Tenir compte de la parole des femmes pour améliorer nos pratiques, telle est notre ambition collective. »

Israël Nisand
Président du CNGOF





i Les femmes enceintes mieux informées et mieux écoutées

L'accès à une **première information**, exclusive et encadrée, grâce à des documents multimédia validés par la **communauté médicale**, pour mieux se préparer et **échanger** avec les praticiens.

- Mails et sms de **rappel**
- Quiz de **bonne compréhension**
- **Questionnaires** sur le déroulement du suivi et de l'accouchement

avantages

- ✦ Un outil conçu à partir des demandes et des attentes des femmes, qui nous aideront à faire évoluer nos pratiques
- ✦ Des informations accessibles au plus grand nombre, grâce à un langage simple, dans un espace personnel et confidentiel
- ✦ Un encadrement et un suivi de la bonne prise de connaissance du contenu, à chaque étape de la grossesse

Prise en charge de la grossesse non pathologique

liste des sujets

Plus de 2h de vidéos, avec toute l'information médico-légale sur les gestes médicaux et chirurgicaux.

Le suivi de votre grossesse

La déclaration de grossesse & ses examens

Les échographies de dépistage

Le dépistage de la trisomie 21

Conseils hygiéno-diététiques

La préparation à la naissance

L'entretien prénatal précoce

Le projet de naissance

La péridurale et

les autres méthodes d'analgésie

L'anatomie

Le monitoring

Le déclenchement

L'accouchement normal

Les déchirures périnéales et l'épisiotomie

L'extraction instrumentale

La césarienne

L'accueil du bébé en peau à peau

L'examen à la naissance

Les suites de couches

La contraception après l'accouchement

L'allaitement



😊 Les praticiens protégés et valorisés

Un outil indispensable, **unique et innovant** pour compléter et protéger son exercice.

Contenus **valorisants** et bénéfice d'image apporté par l'exercice au sein d'une **maternité labellisée**.

Prescription médicale électronique : attestation d'entretien et de mise à disposition d'un espace personnel (brevet exclusif Persomed).

avantages

- ✦ Une approche bienveillante des sujets sensibles ou difficiles
- ✦ Pensée pour faciliter les échanges avec les praticiens
- ✦ Des informations demandées et attendues par les femmes

🏆 Les établissements labellisés et bénéficiaires



Une reconnaissance et une **valorisation nationale** grâce à la Labellisation du CNGOF – Maternys.

Données confidentielles protégées et remise aux établissements des **retours des patientes**.

Encadrement formalisé par une prescription médicale de l'information (**preuve** du contenu et **traçabilité**).

Protection du praticien et de l'établissement, par l'édition d'attestations d'information juridiquement opposables.

avantages

- ✦ Meilleur encadrement et amélioration sensible et pérenne de la **qualité des soins**
- ✦ Neutralisation du coût de la **sinistralité** liée au défaut d'information
- ✦ Augmentation des accouchements dans les maternités labellisées

Demandez un compte démo !
www.maternys.com/contact



est éditée par Persomed, spécialiste de l'information orientée-patient, pour le compte du CNGOF.

PERSOMED
l'information au sein
40, avenue du Général de Gaulle
F-66000 COLMAR
www.persomed.fr
+33 3 89 41 39 94
contact@persomed.fr

ANNEXE III

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

I - Phase d'introduction, profil :

1) *Rappel par l'enquêteur du but de son investigation (thème et objectifs).*

Bonjour, je m'appelle Anna et je suis en dernière année de mes études de sages-femmes. Je suis là aujourd'hui dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude.

Actuellement, au travers des médias, les violences obstétricales sont de plus en plus dénoncées et mises en lumière. Les femmes parlent de ce qu'elles peuvent éprouver lors de leur grossesse, leur accouchement et les suites de couches. Quant à lui, le projet de naissance est un outil qui se répand, qui est voulu par les femmes, mais qui est encore décrié. Je souhaite donc identifier l'impact du projet de naissance sur le ressenti des violences obstétricales lors de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum par les femmes en 2020.

Si vous le permettez, je souhaiterais enregistrer notre entretien. Etes-vous d'accord ?

Les données seront détruites après traitement.

Je vous remercie de votre participation.

2) *Demande d'informations sur l'interviewé :*

Pouvez-vous vous présenter ? (Nom, prénom, âge, profession, formation initiale, cursus professionnel, date de l'accouchement, nombre d'enfants, situation familiale, ...)

II – Violences obstétricales (VO)

Comment définissez-vous les VO ?

Quels exemples de violences obstétricales pouvez-vous donner ?

Quel ressenti personnel avez-vous des VO ? (Selon situation génésique)

III – Projet de naissance

Où en avez-vous entendu parler pour la première fois ? (Proche, internet, professionnel, ...)

Pour quelle raison avez-vous décidé de réaliser un projet de naissance ?

Si multipare : En avez-vous réalisé un pour votre/vos autre(s) grossesse(s) ?

Comment l'avez-vous fait (seule, avec un modèle sur internet, après des recherches personnelles, en discutant avec un professionnel ...)

Si recherches personnelles ou accompagnée d'un professionnel : Avez-vous découvert des choses préalablement inconnues, ou surprenantes ?

Quand l'avez-vous réalisé ?

En avez-vous parlé avec les professionnels avec qui vous avez été en contact au long de la grossesse ?

Si oui, quand et comment ?

III- Déroulé de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum

Comment les professionnels ont-ils accueilli votre projet de naissance ?

En avez-vous discuté avec les professionnels ?

Comment s'est déroulée votre grossesse ? (Suivi, hospitalisation, traitement, ...)

Avez-vous interrogé les professionnels pendant la grossesse concernant le déroulé de

l'accouchement et les potentielles complications ?

Pouvez-vous me décrire le déroulé de votre travail et de votre accouchement depuis votre arrivée à l'hôpital jusqu'aux soins apportés à votre bébé et à vous pendant les deux heures de surveillance en salle de naissance ? (Arrivée à l'hôpital, prise en charge aux urgences, pré-travail, travail, accouchement, post-partum immédiat, soins à l'enfant et à la mère, ...)

Pouvez-vous me parler du déroulé de votre séjour en maternité (post-partum) ?

Votre projet de naissance a-t-il été respecté ?

Si non : Vous a-t-on expliqué pourquoi il n'a pas pu être respecté ?

Comment avez-vous vécu votre grossesse, votre accouchement et votre post-partum ?

Avez-vous ressenti des violences obstétricales à votre encontre ?

Est-ce que le fait d'écrire un projet de naissance vous a apporté quelque chose ?

Si oui, quoi ?

(Est-ce que le fait d'avoir réalisé un projet de naissance vous a permis de mieux comprendre les prises en charge proposées par les professionnels ?

Est-ce que le fait d'avoir réalisé un projet de naissance vous a permis d'être plus sereine lors de l'accouchement ?

Est-ce que vous pensez que le fait de réaliser un projet de naissance peut avoir un impact sur le ressenti de violences obstétricales ?)

IV – Conclusion

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

Si vous le souhaitez, je peux vous faire parvenir les résultats après la validation du mémoire.

Le projet de naissance et son impact sur le ressenti des violences obstétricales des accouchées. Etude épidémiologique observationnelle descriptive qualitative par entretiens semi-directifs en 2020-2021, auprès de 10 femmes ayant un projet de naissance et ayant accouché au CHR de Metz-Thionville.

Introduction : Les violences obstétricales sont aujourd'hui dénoncées. Le projet de naissance est un outil peu utilisé, qui pourrait avoir un impact bénéfique sur le ressenti par les femmes de violence obstétricale ainsi que sur le vécu de leur accouchement. L'objectif principal est d'identifier l'impact du projet de naissance sur le ressenti des violences obstétricales lors de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum par les femmes en 2020.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle descriptive qualitative par entretiens semi-directifs en 2020-2021, auprès de 10 femmes ayant un projet de naissance et ayant accouché au CHR de Metz-Thionville. Le critère de jugement principal était le ressenti de violences obstétricales par la patiente. Les critères secondaires étaient la réalisation de recherches personnelles par la patiente, l'implication d'un professionnel de santé dans la réalisation du projet et sa réalisation en totale autonomie par le couple.

Résultats : Trois patientes ont déclaré avoir subi des violences obstétricales pendant cette grossesse : une lors de la pose du dispositif de maturation cervicale, et comme les deux autres, un manque d'accompagnement lors de l'allaitement maternel, avec un recours rapide aux compléments de lait artificiel et une culpabilisation sur la quantité de lait maternel. Neuf femmes ont suivi des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Cinq ont effectué des recherches personnelles. Une moitié a souhaité impliquer un professionnel dans leur réalisation, tandis que l'autre l'a fait en autonomie. Huit femmes ont déclaré que réaliser un projet de naissance a eu un impact bénéfique sur leur ressenti de violences obstétricales, et a permis aussi de les rassurer, de construire leur pensée et de mieux comprendre les prises en charge.

Conclusion : Réaliser un projet de naissance a de nombreux avantages, dont un impact bénéfique sur le ressenti de violences obstétricales dû à une meilleure compréhension des prises en charge, lors des situations pathologiques et/ou d'urgence.

Mots clés : Projet de naissance – Violences obstétricales – Préparation à la naissance et à la parentalité – Entretien prénatal précoce individuel – Sage-femme

Title: The impact of the birth plan on the women's feeling of abuse during childbirth. An epidemiological observational descriptive qualitative study by semi-structured interviews with 10 women who had a birth plan and who gave birth in the Mercy Hospital in 2020-2021.

Background: Today, abuse during childbirth is denounced by women. Birth plan is a little-used tool, which might have a beneficial impact on the women's perception of abuse and on the way they experience the birth of their child. The principal objective of the study is to identify how the birth plan impacts the women's feeling of abuse during pregnancy, childbirth and postpartum care in 2020.

Methods: We realized an epidemiological observational descriptive qualitative study by semi-structured interviews with 10 adult women who had a birth plan and who gave birth in the CHR Metz-Thionville. The main endpoint was the patient's perception of abuse during the current pregnancy. The other endpoints were the patient's personal research, the engagement of a professional in the realization of the birth plan and its realization by the couple without anyone's help.

Results: Three patients stated that they were abused during the current pregnancy: during the use of prostaglandins to help the cervical ripening and with a lack of support during breastfeeding. They reported an expeditious use of artificial milk and being blamed towards breast milk's quantity. Nine patients had childbirth and parenthood classes. Five did personal research. One half of the women wanted a professional's help to realize their birth plan, while the other half did it by herself. Eight women stated that the creation of a birth plan had a beneficial impact towards the feeling of being abused during childbirth. It also helped them feeling more secured, made up their mind and have a better understanding of patient care.

Conclusion: Creating a birth plan has a lot of perks, including a beneficial impact towards the feeling of being abused during childbirth, because of the better understanding of patient care during pathological situations or emergencies.

Keywords : Birth plan – Abuse during childbirth - Childbirth and parenthood classes – First official antenatal appointment – Midwife