



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
réalisé au sein de
l'Université Claude Bernard-Lyon 1
UFR de médecine et maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Evaluation du vécu de l'accouchement :
Comportements inappropriés en salle de naissance
Etude transversale quantitative dans des hôpitaux de type 3 à Lyon

Moïsa GUIGMA-PREMIILLIEU

Née le 2 octobre 2000

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-femme

Année universitaire 2023-2024

Corinne DUPONT
Professeure à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Directeur de mémoire

Laurent GAUCHER
Sage-femme clinicien aux HCL

Co-Directeur de mémoire

Sylvie FRANCOISE
Sage-femme enseignante et clinicienne

Enseignante référente

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont participé à la réalisation de ce mémoire.

Mes remerciements vont tout particulièrement à ma directrice de mémoire, la Professeure Corinne DUPONT et à mon co-directeur de mémoire, Docteur Laurent GAUCHER, qui, malgré leurs emplois du temps chargés, ont trouvé du temps pour m'accompagner tout au long de la réalisation de ce travail.

Je souhaite également remercier l'ensemble du personnel des suites de couches des hôpitaux Croix-Rousse et Femme Mère Enfant qui nous ont aidé lors du recueil de données.

Merci aux patientes qui ont accepté de participer à cette étude.

Merci aussi à mes amies, qui sauront se reconnaître ; vous avez rendu ces années d'études inoubliables. Pour terminer, je remercie ma famille qui m'a soutenue et motivée pendant toutes ces années. Vous avez toujours su trouver les mots pour m'encourager à continuer.

Table des abréviations

AG – Age Gestationnelle

ANM – Académie Nationale de Médecine

APD – Analgésie Péridurale

AURORE – Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique Régional

BMC-SQ (Behaviour of the Mother's Caregivers - Satisfaction Questionnaire)
– Questionnaire de satisfaction sur le comportement des soignants des parturientes

CNIL – Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DPP – Dépression du Post-Partum

EPP – Entretien Prénatal Précoce

EVA – Evaluation du Vécu de l'Accouchement

EXIT (Experiences of Induction Tool) – Outil d'expérience de déclenchement

HAS – Haute Autorité de Santé

HCL – Hospices Civils de Lyon

HPP – Hémorragie du Post-Partum

IMC – Indice de Masse Corporelle

MEDIP – Méthodes de Déclenchement et Issues Périnatales

PNP – Préparation à la Naissance et à la Parentalité

QEDP – Questionnaire des Expériences de Dissociation Péritraumatique

RA – Rachianesthésie

SA – Semaine d'Aménorrhée

TSPT – Trouble du Stress Post-Traumatique

TABLE DES MATIERES

1	Introduction	9
2	Matériel et méthodes.....	11
2.1	Type d'étude.....	11
2.2	Population et critères d'inclusion	11
2.3	Source et modalités de recueil	11
2.4	Questionnaires	11
2.4.1	Caractéristiques individuelles maternelles concernant le travail et l'accouchement.....	12
2.4.2	Questionnaire du Vécu de l'Accouchement.....	12
2.4.3	Questionnaire des Expériences de Dissociation Péritraumatique	13
2.4.4	Commentaires libres	13
2.5	Exploitation des données	13
2.6	Critères de jugement	13
2.7	Analyses statistiques	14
2.8	Aspect réglementaire.....	14
3	Résultats	15
3.1	Constitution de l'échantillon	15
3.2	Description générale de la population.....	16
3.3	Insatisfaction des patientes.....	19
3.4	Critère de jugement secondaire.....	20
3.5	Commentaires libres.....	21
4	Discussion.....	24
4.1	Principaux résultats	24
4.2	Forces de l'étude	24
4.3	Limites.....	25
4.4	Discussion des résultats.....	25
4.5	Implication et perspectives.....	28
5	Conclusion	29
6	Bibliographie	30
7	Annexes.....	33

1 INTRODUCTION

Le corps de la femme, plus particulièrement de la parturiente, a été et reste un enjeu sociétal (1). Avec l'essor de la médecine moderne, l'accouchement a été fortement instrumentalisé et médicalisé (1). La mortalité maternelle et infantile a été positivement impactée par ces avancées, mais au détriment du vécu des femmes.

Les premières évocations de violences pendant l'accouchement apparaissent dans les années 1950, dans un article intitulé *Cruelty in maternity*, rédigé par Stubbs (2).

Avec la loi Kouchner de 2002, le patient est remis au centre des soins. Cette loi souligne l'importance d'un consentement libre et éclairé des patients (3). Au début des années 2010, de nombreux mouvements sur les réseaux sociaux voient le jour à la suite du hashtag #MeToo : on retrouve les hashtags #PayeTonUterus, #PayeTonAccouchement ciblant les violences gynécologiques et obstétricales (4).

Les violences obstétricales regroupent « tout acte médical, posture, intervention, non approprié ou non consenti » selon l'Académie Nationale de Médecine (ANM) (5).

En réponse à cette problématique émergente, des études interrogeant la satisfaction des patientes ont été réalisées avec l'utilisation de multiples questionnaires.

Parmi ces questionnaires, le Behaviour of the Mother's Caregivers-Satisfaction Questionnaire (BMC-SQ) : il a mis en évidence que 9,79% des patientes ont signalé un comportement inconsideré des soignants pendant le travail et l'accouchement au sein du réseau périnatal AURORE (6). Ce questionnaire a la particularité d'être le premier à prendre en compte les sept dimensions de comportements irrespectueux identifiées par l'ANM en France (5).

Ces études mettent en évidence différents facteurs de risques de violences obstétricales. L'étude « Méthodes de Déclenchement et Issues Périnatales »

(MEDIP) décrit une insatisfaction d'environ un tiers des patientes déclenchées quelle que soit la méthode (7).

L'auto-questionnaire « Experiences of Induction Tool » (EXIT) est un questionnaire développé spécifiquement pour les patientes déclenchées avec un col défavorable (8). Il permet d'identifier les facteurs de mauvais vécu comme la douleur.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le déclenchement artificiel du travail correspond à toutes les actions médicales ayant pour but l'induction des contractions de l'utérus afin de faire démarrer le travail (9). Il existe différents moyens de déclenchement qui ont une action mécanique ou médicamenteuse.

D'après l'Enquête Nationale Périnatale (ENP), le taux de déclenchement national est en augmentation (25,8% en 2021 versus 22% en 2016) (10). La pratique du déclenchement, pouvant être à l'origine d'un mauvais vécu d'accouchement pour les patientes, est de plus en plus réalisée dans l'obstétrique moderne.

Dans le but de préciser les facteurs favorisant les comportements inappropriés, notre objectif principal était de comparer la satisfaction, envers le comportement des soignants, des patientes ayant eu un travail spontané par rapport à celles ayant eu un déclenchement.

Notre objectif secondaire était d'évaluer la mesure des expériences de dissociation vécues selon le mode de mise en travail.

2 MATERIEL ET METHODES

2.1 TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, réalisée dans deux maternités de type III à Lyon que nous désignerons par les maternités A et B. Ensemble, ces deux sites comptabilisent plus de 8000 naissances par an.

2.2 POPULATION ET CRITERES D'INCLUSION

Les patientes incluses dans l'étude étaient des femmes parlant français, majeures ayant accouché en salle de naissance d'un enfant vivant à terme, soit à 37 semaines d'aménorrhées (SA) ou plus.

Ont été exclues les patientes sous tutelle ou curatelle, ayant accouché sous le secret ou ayant été transférées.

Pour le site A, la population de l'étude a été sélectionnée sur la période du 7 août 2023 à 00h00 au 26 août 2023 à 23h59. Pour le site B, elle a été sélectionnée sur la période du 17 août 2023 à 08h00 au 7 septembre 2023 à 08h00.

2.3 SOURCE ET MODALITES DE RECUEIL

Les données ont été recueillies grâce à des auto-questionnaires remis en main propre aux patientes répondant aux critères d'inclusion pendant la période sélectionnée. Ceux-ci étaient distribués en service de suites de couches entre le jour suivant l'accouchement et le quatrième jour. Une note d'information leur était également présentée à cette occasion (*cf Annexe II*). Les questionnaires étaient récupérés lors de nos passages en service ou par les différents membres du personnel qui les conservaient dans une enveloppe.

2.4 QUESTIONNAIRES

Les questionnaires se composaient de quatre parties qui seront présentées dans les sections suivantes.

2.4.1 Caractéristiques individuelles maternelles concernant le travail et l'accouchement

La première était un recueil de données relatif au déroulement du travail et à l'accouchement, notamment la parité, le mode d'entrée en travail, le mode d'accouchement, la présence d'analgésie péridurale (APD) ou de rachianesthésie (RA), la présence d'épisiotomie ou de déchirures périnéales. Elle renseignait aussi sur le nouveau-né : l'âge gestationnel (AG), le mode d'allaitement, le poids de naissance et d'éventuelles complications partie (*cf Annexe III*). Nous avons recueilli ces données à partir du logiciel de soin Easily.

La première partie incluait également des caractéristiques démographiques, cliniques et sociales telles que le niveau d'étude, la catégorie sociale, le poids, la taille, l'âge maternel, le pays de naissance, la présence de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), d'entretien prénatal précoce (EPP) ou encore la rédaction d'un projet de naissance. Cette partie a été complétée par les patientes (*cf Annexe IV*).

2.4.2 Questionnaire du Vécu de l'Accouchement

La deuxième partie était le questionnaire EVA (*cf Annexe V*). Ce questionnaire est le BMC-SQ qui a été réalisé dans l'objectif de mesurer l'insatisfaction ou la satisfaction des patientes en accord avec les notions décrites par l'ANM (6) (5). Pour cette étude, nous avons regroupé les items 1 à 4 en un sous-groupe relatif à la communication et les items 5 à 7 dans un sous-groupe relatif aux comportements du personnel soignant.

Nous avons aussi ajouté cinq questions relatives à la place du co-parent en salle de naissance. Pour quatre de ces questions, nous avons conservé le choix multiple sur une échelle de type Likert, soit « tout à fait », « suffisamment », « insuffisamment » et « pas du tout » (*cf Annexe V*). La dernière question était de type fermé et concernait la connaissance de la charte des soins (*cf Annexe V*).

2.4.3 Questionnaire des Expériences de Dissociation Péritraumatique

La troisième partie était le questionnaire des Expériences de Dissociation Péritraumatique (QEDP) créé par Marmar et al., puis traduit et validé en français par Birmes et al. (**cf Annexe VI**) (11) (12). Il mesure les expériences de dissociation vécues pendant l'événement traumatique et les heures suivantes. Il permet d'évaluer l'intensité de la réponse traumatique d'une personne.

Il est composé de 10 items mesurés sur une échelle de Likert en cinq points, allant de un à cinq : Pas du tout vrai – Un peu vrai – Plutôt vrai – Très vrai – Extrêmement vrai. La somme de tous les items indique un score qui témoigne d'une dissociation significative à partir de 15. Les personnes présentant une forte dissociation sont à risque et peuvent développer des troubles de stress post-traumatiques (TPST) (12).

2.4.4 Commentaires libres

La dernière partie était un espace de commentaires libres permettant aux patientes d'exprimer leurs ressentis si elles le souhaitaient (**cf Annexe VII**).

2.5 EXPLOITATION DES DONNEES

Les questionnaires ont été saisis manuellement sur LimeSurvey afin de constituer une base de données totalement anonyme. Cette base de données nous a permis d'extraire un tableau Excel nécessaire à l'organisation et au traitement des informations.

2.6 CRITERES DE JUGEMENT

Le critère de jugement principal de l'étude était la proportion des patientes insatisfaites comparée selon le mode d'entrée en travail. Nous avons considéré comme insatisfaites toutes patientes répondant « Insuffisamment » ou « Pas du tout » à l'une des sept questions du BMC-SQ (**cf Annexe V**).

Le critère de jugement secondaire était la proportion de patientes ayant un score supérieur ou égal à 15 au QEDP comparée selon le mode d'accouchement.

2.7 ANALYSES STATISTIQUES

L'ensemble des caractéristiques du recueil de données a été décrit dans le **tableau 2**. Certaines données étaient représentées par une moyenne calculée avec Microsoft Excel, associée à la déviation standard, calculée par l'intermédiaire du site internet « miniwebtool ». Les caractéristiques restantes ont été décrites en effectifs et en pourcentages.

Les commentaires libres ont été synthétisés sous la forme de nuages de mots réalisés à partir du site internet « Wordart » (*cf Figure 4 et 5*). Ces figures permettaient de mettre en valeur visuellement les occurrences de mot les plus fréquentes. Pour une meilleure visibilité, les articles, verbes conjugués, sujet, compléments (tels que « avait », « de », « mais » etc.) ont été retirés. Deux tableaux, rassemblant les mots et leurs effectifs, accompagnaient ces figures (*cf Tableau 5 et 6*).

L'analyse des tests statistiques a été réalisée avec le site internet « BiostatTGV ». Les proportions ont été comparées à l'aide du test paramétrique Chi-2 ou avec le test exact de Fischer lorsque l'effectif était inférieur ou égal à 5. Le seuil de significativité p-value était fixé à 0,05.

2.8 ASPECT REGLEMENTAIRE

Des affiches concernant l'étude EVA étaient présentes au sein de la maternité pour informer les patientes du déroulement de l'étude (*cf Annexe I*). Le consentement des patientes était nécessaire afin de les inclure dans notre étude.

L'étude « Evaluation du Vécu de l'Accouchement 2 » (E.V.A) a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le numéro 2229723 conformément à la législation et à la réglementation en vigueur. Elle a fait l'objet d'une demande d'avis auprès du Comité d'éthique des Hospices Civils de Lyon (HCL) qui a émis un avis favorable le 7 mars 2023.

3 RESULTATS

3.1 CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

Au total, 464 patientes ont accouché sur la période de l'étude (**cf Figure 1**). Suite aux critères d'exclusion, 384 patientes ont été retenues. Les données de 226 patientes étaient exploitables formant ainsi l'échantillon final.

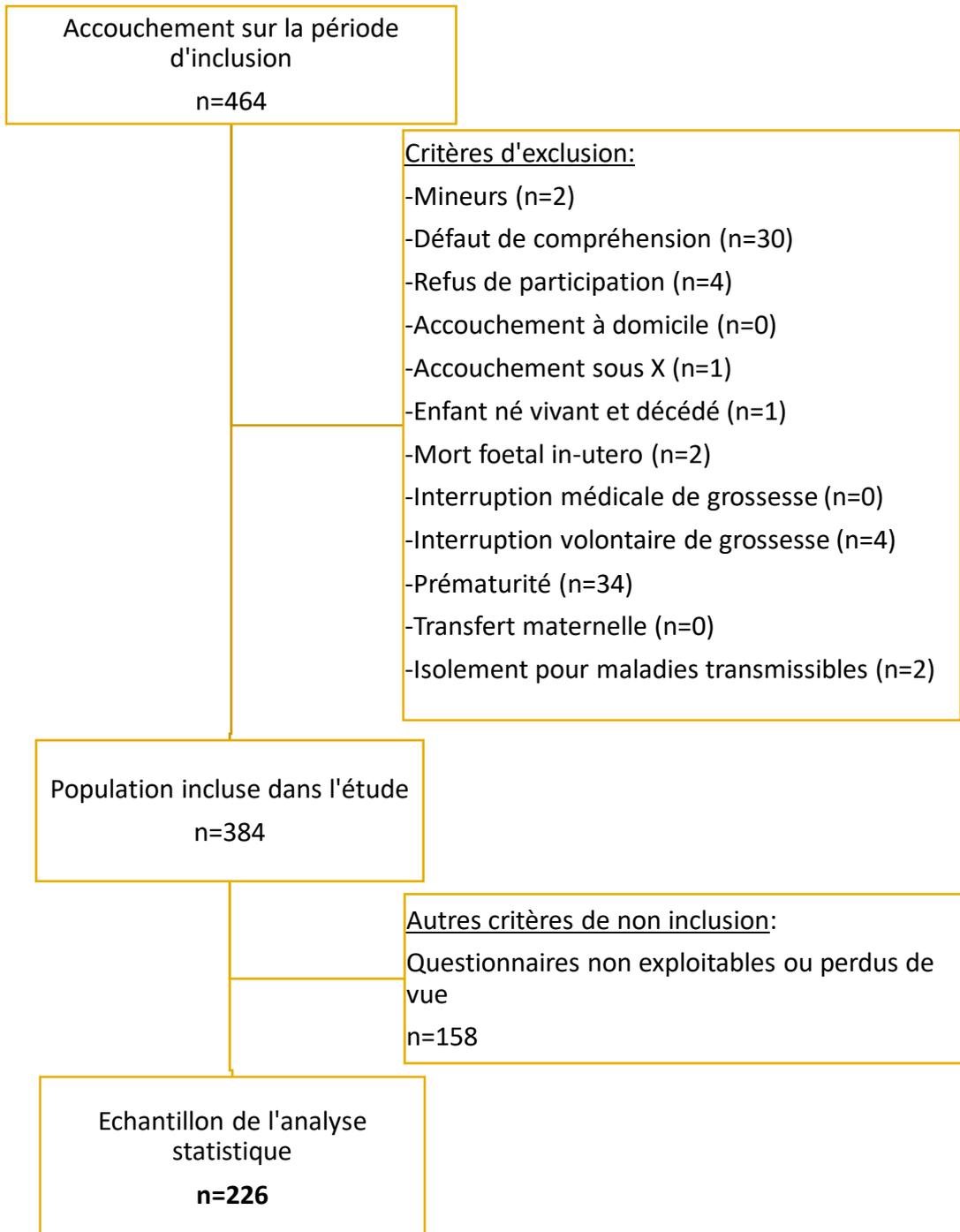


Figure 1 : Graphique de flux de la population étudiée

3.2 DESCRIPTION GENERALE DE LA POPULATION

Dans notre étude, nous avons 59,2% (n=134/226) des patientes ayant eu un travail spontané et 26,5% (n=60/226) des patientes ayant été déclenchées.

Dans le groupe des patientes déclenchées, l'âge moyen était de 31,6 ans \pm 5,1 avec un l'indice de masse corporel (IMC) moyen de 24,6. 50% (n=30/60) des patientes étaient des primipares. 88,3% (n=53/60) des patientes ont accouché par voie basse et 38,3% (n=23/60) à un terme prolongé. 21,7% (n=13/60) des patientes déclenchées ont eu une hémorragie du post-partum (HPP) tandis que parmi les patientes ayant eu un travail spontané, le taux est de 9,7% (n=13/134). (**Tableau 1**)

Dans le groupe des patientes ayant eu une mise en travail spontané, l'âge moyen était de 30,9 ans \pm 5,1 avec un IMC moyen de 24,6. 53,7% (n=72/134) des patientes étaient des primipares. Dans ce groupe, le taux de patientes ayant donné naissance à un terme prolongé est de 20,1% (n=27/134). Par ailleurs, 98,6% des patientes de ce groupe ont accouché par voie basse (n=132/134). (**Tableau 1**)

Au total, 42% (n=95/226) des patientes ont réalisé un EPP. Le pourcentage d'EPP réalisé était équivalent dans les deux groupes : 45,5% (n=61/134) pour les patientes ayant eu un travail spontané et 40% (n=24/60) pour les patientes déclenchées. (**Tableau 1**)

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon à l'accouchement

	Travail spontané n=134		Déclenchement n=60	
Hôpital de l'accouchement, n (%)				
A	74	(55)	35	(58)
B	60	(45)	25	(42)
Age maternel (année), moy (DS)	30,9 ± 5,1		31,6 ± 5,1	
IMC (kg/m²), moy	23,4		24,6	
Taille (cm), moy (DS),	165,4 ± 7,3		164,9 ± 7,0	
Poids (kg), moy (DS),				
En début de grossesse	63 (11,8)		66,9 (14,3)	
En fin de grossesse	75,3 (11,7)		78,6 (14,9)	
Région de naissance, n (%)				
France	107	(79,8)	49	(81,7)
Europe	2	(1,5)	2	(3,3)
Afrique	20	(15)	7	(11,7)
Asie	2	(1,5)	1	(1,7)
Amérique du Sud	1	(0,7)	1	(1,7)
Océanie	1	(0,7)	0	(0)
Non renseigné	1	(0,7)	0	(0)
Niveau d'étude, n (%)				
Non scolarisée	1	(0,7)	0	(0)
Collège	1	(0,7)	1	(1,7)
Lycée	26	(19,4)	12	(20)
Enseignement supérieur (bac+2)	28	(21)	15	(25)
Enseignement supérieur (bac >2)	74	(55,2)	32	(53,3)
Non renseigné	4	(3)	0	(0)
Catégorie sociale, n (%)				
Indépendantes	18	(13,4)	6	(10)
Salariées non-cadre	54	(40,3)	23	(38,3)
Salariées cadre	36	(26,9)	21	(35)
Inactivité (hors congés maternité)	23	(17,2)	10	(16,7)
Non renseigné	3	(2,2)	0	(0)
Parité, n (%)				
Primipare	72	(53,7)	30	(50)
Multipare	62	(46,3)	30	(50)
Age gestationnel, n (%)				
37-41SA	107	(79,9)	37	(61,7)
≥41SA	27	(20,1)	23	(38,3)
Pendant la grossesse, n (%)				
Nombre de PNP, moy (DS)	4,3 ± 3,2		3,9 ± 3,7	
Présence d'EPP	61	(45,5)	24	(40)
Absence d'EPP	70	(54,2)	36	(60)
Non renseigné	3	(2,2)	0	(0)
Rédaction d'un projet de naissance				
Si oui, remis en salle de naissance	26	(19,4)	14	(23,3)
Non renseigné	14	(10,4)	12	(20)
Non renseigné	2	(1,5)	0	(0)
Mode d'accouchement, n (%)				
Voie basse spontanée	107	(79,9)	44	(73,3)
Voie basse instrumentale	25	(18,7)	9	(15)
Césarienne pendant le travail code vert	1	(0,7)	4	(6,7)

	Travail spontané n=134		Déclenchement n=60	
Césarienne pendant le travail code orange	1	(0,7)	2	(3,3)
Césarienne pendant le travail code rouge	0	(0)	1	(1,7)
Analgésie, n (%)				
Aucune (choix de la patiente)	6	(4,5)	2	(3,3)
Aucune par manque de disponibilité du personnel	2	(1,5)	0	(0)
Aucune car accouchement trop rapide	7	(5,2)	3	(5)
Aucune pour autres raisons	1	(0,7)	0	(0)
APD ou rachi anesthésie	111	(82,9)	55	(91,7)
Non renseigné	7	(5,2)	0	(0)
Episiotomie, n (%)				
Oui	7	(5,2)	3	(5)
Présence de déchirures périnéales, n (%)				
Non	22	(16,4)	19	(31,7)
Non (accouchement par voie haute)	2	(1,5)	2	(3,3)
Oui, non suturée	13	(9,7)	7	(11,7)
Oui, 1er degré suturée	58	(43,3)	20	(33,3)
Oui, 2ème degré suturée	35	(26,1)	10	(16,7)
Oui, 3ème degré suturée	2	(1,5)	1	(1,7)
Non renseigné	2	(1,5)	1	(1,7)
Présence de complications maternelle en post-partum, n (%)				
Oui	16	(11,9)	15	(25)
HPP	13	(9,7)	13	(21,7)
Autres	3	(2,2)	2	(3,3)
Non	117	(87,3)	44	(73,3)
Non renseigné	1	(0,7)	1	(1,7)
Présence de complications néonatales, n (%)				
Oui	4	(3)	1	(1,7)
Non renseigné	5	(3,7)	1	(1,7)
Poids de naissance du nouveau-né, n (%)				
≤ 2500g	1	(0,7)	3	(4,8)
Entre 2500g et 4500g	133	(97,8)	59	(93,6)
	(N+2)		(N+3)	
≥ 4500g	1	(0,7)	0	(0)
Non renseigné	1	(0,7)	1	(1,7)
Présence de réanimation néonatale, n (%)				
Oui - Ventilation	5	(3,7)	2	(3,3)
Non	129	(96,3)	58	(96,7)
Allaitement, n (%)				
Maternel exclusif	100	(74,6)	42	(70)
Mixte	11	(8,2)	7	(11,7)
Artificiel	23	(17,2)	10	(16,7)
Non renseigné	0	(0)	1	(1,7)
Devenir du nouveau-né, n (%)				
Avec la mère (maternité, unité de soins et d'accompagnements précoces, kangourou)	134	(100)	58	(96,7)
Transfert en néonatalogie	0	(0)	2	(3,3)
Mutation	0	(0)	0	0

3.3 INSATISFACTION DES PATIENTES

Concernant les items relatifs à la communication et aux comportements, nous n'avons pas observé de différence significative au niveau de l'insatisfaction des patientes en salle de naissance selon le mode d'entrée en travail. (Tableau 2)

Tableau 2 : Insatisfaction des patientes en salle de naissance envers le comportement des soignants selon le mode d'entrée en travail (n=194)

	Travail spontané n=134 n(%)	Déclenchement n=60 n(%)	p
Items relatifs à la communication	6 (4,48)	1 (1,67)	0,44
1. <u>Informations</u> transmises pendant le travail et l'accouchement	0 (0)	0 (0)	
2. Participation aux <u>décisions</u>	4 (2,98)	1 (1,67)	
3. <u>Soins</u> et <u>actes</u> pratiqués avec délicatesse	1 (0,74)	0 (0)	
4. Utilisations des <u>mots</u> par l'équipe	1 (0,74)	0 (0)	
Items relatifs au comportements	9 (6,72)	5 (8,34)	0,76
5. <u>Attitudes</u> et <u>comportements</u> de l'équipe	1 (0,74)	0 (0)	
6. Prise en compte de la <u>douleur</u>	8 (5,97)	3 (5)	
7. Respect de l' <u>intimité</u>	0 (0)	2 (3,33)	
Total	15 (11,19)	6 (10,00)	1

Parmi les 15 patientes insatisfaites, 1 patiente a eu une césarienne, 4 patientes ont eu un accouchement par voie basse instrumentale et 10 patientes ont eu un accouchement par voie basse spontanée.

Concernant les items relatifs au co-parent, nous n'avons pas observé de différence significative au niveau de l'insatisfaction des patientes en salle de naissance selon le mode d'entrée en travail. (Tableau 3)

Tableau 3 : Insatisfaction des patientes en salle de naissance selon le mode d'entrée en travail (n=194)

	Travail spontané n=134 n(%)	Déclenchement n=60 n(%)	p
-Si co-parent, présence en salle de naissance, (n=189)	1 (0,75)	3 (5)	0,08
- Si co-parent, inclusion dans les décisions, (n=189)	10 (7,46)	3 (5)	0,76
- Participation de la patiente dans les décisions concernant le nouveau-né, (n=189)	3 (2,24)	5 (8,34)	0,11
- Si co-parent, intégration aux décisions concernant le nouveau-né, (n=189)	7 (5,22)	3 (5)	1
Total	21 (15,67)	14 (23,33)	0,20

3.4 CRITERE DE JUGEMENT SECONDAIRE

Le critère de jugement secondaire permettait de savoir si le mode d'entrée en travail entraînait une dissociation significative. Le score de QEDP n'était pas significativement plus élevé pour les patientes déclenchées que pour les patientes ayant eu un travail spontané. Sur l'ensemble de la population, quelle que soit la voie d'accouchement, la proportion de patientes ayant un score ≥ 15 était de 87 sur 194, soit 44,8%. (**Tableau 4**)

Tableau 4 : Evaluation de l'intensité de la réponse traumatique selon le mode d'entrée en travail (n=194)

	Travail spontané n=134 n(%)	Déclenchement n=60 n(%)	p
≥ 15 (n=87)	41 (30,6)	26 (43,3)	0,08
< 15 (n=127)	93 (69,4)	34 (56,7)	

3.5 COMMENTAIRES LIBRES

Parmi l'ensemble de la population, 44,6% (n=101/226) ont laissé un commentaire dans l'espace dédié. Le pourcentage de mots positifs représentait plus des trois quarts de l'ensemble des mots (**cf Figure 2**). Nous avons observé que le mot « Merci » (n=25/101) était le plus fréquent. Respectivement, nous retrouvons les mots « Bien » (n=14/101) et « Super » (n=9/101) parmi ceux ayant la plus haute fréquence d'apparition. (**Tableau 5**)

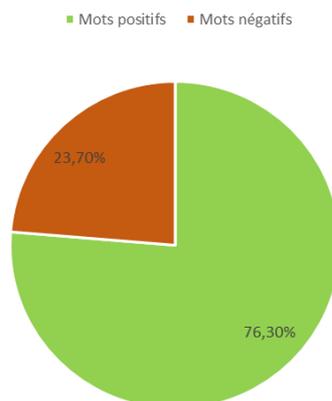


Figure 2 : Répartition des mots positifs et négatifs basée sur leur fréquence d'apparition dans les commentaires libres (n=101)

Tableau 5 : Répartition des mots positifs et de leurs occurrences (n=101)

Mot (n=23)	Occurrences (n=93)	Pourcentages (%)
Merci	25	26.88
Super	9	9.68
Bien	14	15.05
Bonne	6	6.45
Meilleur	3	3.23
Bienveillante	5	5.38
Bienveillant	1	1.08
Professionnelle	3	3.23
Top	6	6.45
Mieux	3	3.23
Efficace	1	1.08
Encouragements	1	1.08
Qualité	1	1.08
Magnifique	1	1.08
Satisfaite	3	3.23
Positive	1	1.08
Patiente	1	1.08
Parfait	1	1.08
Rassurante	3	3.23
Soulagement	2	2.15
Heureuse	1	1.08
Encourageante	1	1.08
Encouragée	1	1.08

4 DISCUSSION

4.1 PRINCIPAUX RESULTATS

Globalement, la majorité des patientes étaient satisfaites du comportement des soignants. Nous n'avons observé aucune différence significative entre l'insatisfaction des patientes envers le comportement des soignants entre celles ayant eu un travail spontané et celles ayant eu un déclenchement. Près d'une patiente sur deux était à risque de développer un TSPT, mais l'intensité de la réponse traumatique n'était pas significativement différente selon le mode de mise en travail.

4.2 FORCES DE L'ETUDE

La principale force de cette étude résidait dans sa réalisation au sein de deux hôpitaux de type III. Le recueil de données a été effectué par quatre étudiantes permettant l'inclusion d'un plus grand nombre de patientes. La qualité de notre échantillon reposait également sur la prise en compte des patientes perdues de vue. Par rapport à notre échantillon total, les pourcentages de patientes ayant eu un travail spontané et ayant été déclenchées étaient comparables aux données nationales (10). Notre échantillon était donc relativement représentatif de la population générale.

Les critères de jugement de cette étude étaient suffisamment prédéfinis et hiérarchisés. L'analyse en sous-groupe a permis d'identifier les caractéristiques des mères insatisfaites dans des groupes comparables.

Notre questionnaire, le BMC-SQ, a la particularité d'être le premier à prendre en compte les sept dimensions de comportements irrespectueux identifiées par l'ANM en France (5). L'espace de commentaires libres du questionnaire permettait aux patientes d'écrire ce qu'elles souhaitaient, sans orientation, et parfois d'exprimer avec davantage de détails leurs ressentis.

4.3 LIMITES

Nous avons identifié un biais de recrutement des patientes. Elles n'étaient pas toujours disponibles lors de la distribution ou de la récupération des questionnaires, ceux-ci étaient donnés à l'hôpital ce qui pouvait influencer les réponses des patientes. Par ailleurs, certaines des étudiantes responsables de la distribution des questionnaires étaient en stage dans les hôpitaux concernés par l'étude. Elles ont pu avoir un contact en salle de naissance ou en suites de couches avec certaines patientes. Ce contact a pu influencer positivement ou négativement les réponses des patientes. En outre, les questionnaires n'étaient pas toujours compris des patientes induisant de ce fait des réponses non exploitables. Ils ont été distribués à une semaine d'intervalle pendant une durée de trois semaines et la période d'inclusion n'était pas strictement identique.

L'autre limite concernait la puissance de notre étude. A posteriori, pour le critère de jugement principal, il aurait été nécessaire d'inclure 3835 patientes pour assurer la puissance de cette étude. Pour le critère de jugement secondaire, il aurait été nécessaire d'inclure 253 patientes pour en assurer la puissance. Le temps imparti pour la réalisation de ce travail ne nous permettait pas d'inclure ce nombre. Il serait nécessaire de réaliser cette étude en population, de façon à distinguer si l'absence de résultats significatifs observés pour notre étude était due à une absence de lien ou à un manque de puissance.

4.4 DISCUSSION DES RESULTATS

Nous n'avons pas observé de différence significative au niveau de l'insatisfaction des patientes en salle de naissance selon le mode d'entrée en travail. Ces résultats contrastaient avec certaines études antérieures. Notamment, l'enquête sur le vécu de l'accouchement, réalisé au sein du réseau de naissance des Pays de la Loire (13). Elle révèle que l'EVA est meilleure quand les patientes n'ont pas été déclenchées. Le collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE), qui est une association d'usagers, montre que le déclenchement est associé à une insatisfaction de l'accouchement chez les patientes. Cette différence pourrait être causée par

l'application de protocoles de déclenchements différents. Cette hétérogénéité dans l'utilisation des différents moyens de déclenchement a été décrite dans la littérature (7).

Nous avons constaté qu'aucune patiente n'a exprimé d'insatisfaction concernant les informations transmises pendant le travail et l'accouchement. Cette faible insatisfaction globale pourrait refléter une amélioration continue des pratiques de communication et d'interaction au sein des équipes soignantes. De plus, aucun cas d'insatisfaction concernant les mots utilisés par l'équipe n'a été rapporté par les patientes. La loi Kouchner rappelle l'importance d'une information claire avant la réalisation d'un acte médical qui passe par une communication efficace avec les patientes (3). Ces résultats révèlent une excellente communication des équipes avec les patientes, particulièrement lors d'un déclenchement.

Quand bien même le taux d'insatisfaction était relativement faible, il mérite une attention particulière, surtout dans un contexte aussi sensible que l'accouchement. Nous nous sommes particulièrement intéressée aux items relatifs aux comportements qui incluent la prise en compte de la douleur. Il s'agit de l'item où les patientes ont le plus exprimé d'insatisfaction. La manière dont la douleur est prise en considération par les soignants influe sur la satisfaction des patientes (14). Nous avons également constaté que les mots « Douleur » et « Difficile » faisaient partie des mots négatifs les plus rapportés par les patientes. Il convient néanmoins de nuancer ces observations car, malgré leurs connotations négatives, ces termes ont pu être cités dans un contexte positif. Globalement, le pourcentage de mots positifs était nettement plus élevé que celui des mots négatifs. Ces résultats mettent en lumière une appréciation générale des soins reçus lors de l'accouchement.

Les résultats de notre étude tendaient à décrire une réponse traumatique plus élevée chez les patientes déclenchées. Cette observation était différente de celles décrites dans la littérature. Gu et al. ont montré que l'usage de l'oxytocine pendant le travail n'était pas associé à un TSPT. Hernández-Martínez et al. ainsi que Adewuya et al. n'ont pas décrit le mode d'entrée en travail comme un facteur de risque d'un TSPT (15) (16) (17). La présence de

violences obstétricales, autrement dit de comportements inappropriés, est significativement associée à un mauvais vécu psychologique (18). Il s'agit d'un facteur de risque de dépression du post-partum (DPP) et de développement de TSPT (19). Ce trouble du stress post-traumatique se développe suite à l'exposition à un ou plusieurs événements traumatiques (20). L'accouchement est un moment où la vie de la mère et du nouveau-né sont à haut risque. En ce sens, il peut être un événement traumatique. Il est important de souligner que la gravité médicale d'une situation ne présume ni du caractère traumatogène ni du vécu par la patiente (21). Un des facteurs associés à un surrisque de TSPT et de DPP décrit dans la littérature est la perception de la douleur (19). Il serait intéressant de poursuivre des travaux pour préciser les facteurs de risques du TSPT en France pendant la grossesse et lors de l'accouchement. En prévention contre les TPST, les données de la littérature ont montré que l'EPP et la PNP améliorent le vécu de l'accouchement et réduisent le risque de développer un TSPT (22) (16). Le pourcentage d'EPP était équivalent dans les deux groupes. Il a été rendu obligatoire en 2020 mais notre échantillon montrait que moins de la moitié des patientes disait ne pas en avoir bénéficié (23).

Concernant la présence du co-parent en salle de naissance, nos résultats suggèrent une insatisfaction des patientes plus importantes pour celles ayant été déclenchées. Les répercussions des comportements inappropriés se manifestent aussi chez le co-parent comme le montre Anne Evrard (21). Elle explique également que « le vécu de la douleur influe aussi sur le conjoint à la fois durant l'accouchement mais aussi à plus long terme » (24). De manière générale, l'intégration du co-parent en salle de naissance, engendre une insatisfaction plus marquée pour les patientes ayant été déclenchées. L'absence de significativité peut être vue comme un indicateur positif, la présence des co-parents et leur participation pendant le travail et l'accouchement sont de plus en plus acceptées et valorisées par les professionnels de santé.

4.5 IMPLICATION ET PERSPECTIVES

Notre étude souligne la nécessité de maintenir des standards élevés en matière de soins et de communication avec les patientes, indépendamment du mode de mise en travail.

Les résultats que nous avons obtenus reflètent les politiques et formations actuelles qui mettent l'accent sur un standard de soins élevé et uniforme notamment grâce à l'utilisation de la simulation dans les formations de santé. La simulation en santé consiste à « reproduire artificiellement des situations réalistes pour faciliter l'enseignement des gestes, procédures et soins courants » (25). Elle est de plus en plus utilisée ces dernières années et a fait l'objet de recommandations de bonnes pratiques émises par la HAS (26). L'usage de la simulation devrait être généralisé afin de former les équipes à mieux comprendre les patientes et leurs préoccupations. Par ailleurs, la simulation relationnelle est centrée sur cet axe. L'utilisation de scénarios, avec des patientes issues de différents milieux socio-culturels, permettrait une meilleure compréhension de leurs besoins et de leurs réactions. Nous pourrions envisager l'intégration de la simulation de manière systématique au développement professionnel continu qui est obligatoire depuis 2009 (27).

Concernant la place du co-parent en salle de naissance, il est essentiel de continuer à l'impliquer davantage tout au long du parcours de la grossesse et de l'accouchement. Il faut donc mettre en avant l'importance des co-parents qui fournissent un soutien essentiel aux patientes et valoriser la dyade formée avec elles. Lors du post-partum, nous pourrions envisager la mise en place, dans les maternités, d'un groupe de parole pour les co-parents. Ce qui leur permettrait d'échanger entre eux et de leur faciliterait l'accès aux professionnels de santé en cas de besoin.

Il apparaît déterminant de renforcer l'accompagnement à la naissance, notamment en systématisant l'EPP et l'entretien post-natal (EPN) et en encourageant la PNP. Il est important d'explorer le vécu des femmes tout au long de la grossesse et pendant la période du post-partum. Le suicide reste la première cause de mortalité maternelle jusqu'à un an après la fin de la

grossesse (28). C'est un enjeu prioritaire de santé publique, d'où la pertinence d'une systématisation de la mesure de la santé mentale des patientes. Elle pourrait être effectuée avec, éventuellement, le QEDP et à différentes reprises durant le post-partum.

Au vu des différents moyens de déclenchement existants : décollement des membranes, maturation cervicale avec utilisation de gels, tampons vaginaux ou de misoprostol, oxytocine, ballonnet, il serait pertinent de continuer à explorer ces aspects dans de futures études (9). Nous pourrions dès lors déterminer si certains moyens de déclenchement entraînent une insatisfaction significative et s'ils sont plus à risque de comportements inappropriés. Connaître le motif de déclenchement pourrait également permettre de déterminer les différents facteurs de risque. D'autant plus que le déclenchement peut être proposé sur indications médicales ou par convenance à la demande de la patiente (9). Des études qualitatives permettraient d'explorer plus finement les perceptions et émotions des patientes.

5 CONCLUSION

Notre étude a mis en avant que la majorité des patientes étaient satisfaites du comportement des soignants, sans différence significative entre celles ayant eu un travail spontané et celles ayant eu un déclenchement. En outre, nous n'avons pas observé de différence significative dans l'intensité des réponses traumatiques en fonction du mode d'entrée en travail.

Pour mieux comprendre l'absence de significativité de nos résultats, cette étude doit être réalisée en population.

La simulation en santé, utilisée pour améliorer la formation des équipes, doit continuer à être encouragée. Il serait également pertinent d'instaurer systématiquement une évaluation de la santé mentale des mères à la sortie de la maternité. L'exploration des facteurs de risque associés aux réponses traumatiques, dans de futurs travaux de recherche, permettrait d'apporter des éléments supplémentaires pour améliorer l'accompagnement des mères.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. Lausberg S. Violences obstétricales, un enjeu de la lutte contre les violences envers les femmes. *Périnatalité*. 2020;12(4):157-64.
2. Schultz: Ladies' Home Journal. 1958 - Google Scholar [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: https://scholar-google-com.docelec.univ-lyon1.fr/scholar_lookup?title=Ladies%27+Home+Journal&author=GD+Schultz&publication_year=1958&
3. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCATA000000889846>
4. Rozée V, Schantz C. Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique. *Santé Publique*. 2021;33(5):629-34.
5. Rudigoz RC, Milliez J, Ville Y, Crepin G, M.M. Bégué, Bouchard, et al. De la bienveillance en obstétrique. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 1 sept 2018;202(7):1323-40.
6. Gaucher L, Huissoud C, Ecochard R, Rudigoz RC, Cortet M, Bouvet L, et al. Women's dissatisfaction with inappropriate behavior by health care workers during childbirth care in France: A survey study. *Birth*. 2021;48(3):328-37.
7. Le-Ray-Medip.pdf [Internet]. [cité 22 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.sfmp.net/wp-content/uploads/2017/10/Le-Ray-Medip.pdf>
8. Vermare C. Évaluation du ressenti des femmes sur le déclenchement de leur accouchement INDEX (INDuction EXpérience). 19 oct 2022;49.
9. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. *La Revue Sage-Femme*. févr 2009;8(1):53-6.
10. ENP2021_Rapport_MAJ_Juin2023.pdf [Internet]. [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2023/06/ENP2021_Rapport_MAJ_Juin2023.pdf
11. Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ. The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. In: *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York, NY, US: The Guilford Press; 1997. p. 412-28.
12. Birmes P, Brunet A, Benoit M, Defer S, Hatton L, Sztulman H, et al. Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *Eur Psychiatry*. mars 2005;20(2):145-51.
13. Enquete_VecuAccouchement_VF.pdf [Internet]. [cité 2 nov 2023]. Disponible sur: https://www.reseau-naissance.fr/medias/2022/03/Enquete_VecuAccouchement_VF.pdf

14. Devos C, Gaucher L, Cortet M, Gonnaud F, Ecochard R, Gaucherand P, et al. Le vécu de la prise en charge en salle de naissance : une étude qualitative comparative. *Périnatalité*. 2021;13(3):142-9.
15. Gu V, Feeley N, Gold I, Hayton B, Robins S, Mackinnon A, et al. Intrapartum Synthetic Oxytocin and Its Effects on Maternal Well-Being at 2 Months Postpartum. *Birth*. 2016;43(1):28-35.
16. Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Molina-Alarcón M, Infante-Torres N, Rubio-Álvarez A, Martínez-Galiano JM. Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1–5 years following birth. *Women and Birth*. 1 mars 2020;33(2):e129-35.
17. Adewuya A, Ologun Y, Ibigbami O. Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2006;113(3):284-8.
18. Malet S, Choux C, Akrich M, Simon E, Sagot P. Violence au bloc obstétrical: une enquête prospective multicentrique auprès des femmes dans les maternités de Bourgogne. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 mai 2020;48.
19. Gosselin P, Chabot K, Béland M, Goulet-Gervais L, Morin AJS. [Fear of childbirth among nulliparous women: Relations with pain during delivery, post-traumatic stress symptoms, and postpartum depressive symptoms]. *Encephale*. avr 2016;42(2):191-6.
20. DSM-5® : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. [Internet]. 5e édition. Elsevier Masson; 2015. Disponible sur: <https://docelec.univ-lyon1.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=catt06264a&AN=bul.374120&lang=fr&site=eds-live&scope=site>
21. Evrard A. Reconnaître et analyser les violences obstétricales, une démarche pertinente d'évaluation et d'amélioration des pratiques. *Périnatalité*. 2020;12(4):172-7.
22. Akca A, Corbacioglu Esmer A, Ozyurek ES, Aydin A, Korkmaz N, Gorgen H, et al. The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Arch Gynecol Obstet*. mai 2017;295(5):1127-33.
23. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 27 avr 2024]. L'entretien prénatal précoce. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/article/l-entretien-prenatal-precoce>
24. Evrard A. Douleurs de l'accouchement : quand le vécu des femmes rencontre les représentations des soignants. *Périnatalité*. 2021;13(3):116-21.
25. Ung N. Simulation en santé : état des lieux et mise en place pratique. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*. 1 déc 2023;27(6):351-8.

26. simulation_en_sante_-_rapport.pdf [Internet]. [cité 4 mai 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf
27. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
28. SPF. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018 [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-7e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>

7 ANNEXES

Annexe I - Affiche sur l'étude EVA 2



E.V.A. 2
Evaluation du vécu de l'accouchement

Evaluation du Vécu de l'Accouchement

Les maternités des Hospices Civils de Lyon vous propose de participer à l'étude EVA 2 à partir du mois d'août 2023

Pourquoi participer à l'étude EVA 2 ?

L'objectif est de mieux comprendre les éléments déterminant votre satisfaction lors de votre accouchement afin que nous puissions améliorer votre prise en charge

Comment faire pour participer à cette étude ?

Votre médecin ou votre sage-femme vous proposeront de participer à cette étude lors de votre séjour en maternité après votre accouchement.

Ils sont à votre disposition pour tous renseignements complémentaires sur cette étude.

Quelles sont les conditions pour participer à cette étude ?

Vous devez être :
- majeure,
- comprendre le français.

Qu'est-ce que cela implique pour vous ?

- Le suivi de votre accouchement ne sera pas affecté par votre participation à l'étude ;
- Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude, sans que cela ne porte préjudice à votre prise en charge ultérieure. Vous pourrez de même, au cours de l'étude, revenir sur votre décision sans avoir à vous justifier ;
- Nous vous invitons à remplir un questionnaire à la fin de votre séjour : cela nécessitera **moins de 5 minutes à chaque fois** ;
- Toutes les données recueillies dans le cadre de cette recherche resteront strictement confidentielles. Et anonymes

- Avis favorable du comité d'éthique des Hospices Civils de Lyon (7/03/2023)

Pour plus d'informations, vous pouvez nous contacter à cette adresse psp.artemis@chu-lyon.fr

Annexe II - Note d'information destinées aux patientes



NOTE d'information destinée aux patientes E.V.A. 2 : ETUDE sur le Vécu de votre Accouchement

Madame,

Vous êtes suivie pour votre grossesse dans l'une des maternités des Hospices Civils de Lyon. Dans le cadre **d'une étude sur le Vécu de votre Accouchement (E.V.A. 2) menée du 1 Août au 31 décembre 2023**, des médecins ou sages-femmes de votre maternité peuvent demander à consulter votre dossier, une fois archivé, dans le respect total de l'anonymat. **L'objectif principal** de cette étude est **l'évaluation de votre vécu lors de votre accouchement**. Pour cela, un questionnaire vous sera distribué en suite de naissance. Il sera récupéré avant votre départ de la maternité.

Vous pouvez exprimer votre opposition à cette étude auprès de votre médecin ou sage-femme. La participation à cette étude ne comporte aucun risque particulier, ni aucune obligation, ni de surcoût, ni de restriction. Les informations nécessaires à cette étude sont enregistrées et traitées par informatique **dans le strict respect du secret professionnel et des règles déontologiques**.

La présente étude est conduite conformément à la législation et à la réglementation en vigueur. Elle a été déclarée auprès de la CNIL (N° 2229723). **Cette étude a fait l'objet d'une demande d'avis auprès du Comité d'Ethique des Hospices Civils de Lyon. Un avis favorable a été obtenu le 07/03/2023.** Les données vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique. Ce traitement de données à caractère personnel sera effectué conformément à la loi « Informatique et Libertés » (loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 (relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel). Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès de l'investigateur principal, le professeur C. DUPONT. Vous disposez également d'un droit d'opposition au traitement et à la transmission des données vous concernant et couvertes par le secret médical qui seront utilisées et traitées dans le cadre de cette recherche (art. 56 de la loi informatique et liberté). Vous pouvez demander à être tenue informée des résultats globaux de cette étude en contactant la coordination de l'étude : Etude EVA 2 - Bureau 105 – Bât B – 162 Av Lacassagne – 69 424 LYON cedex 03

Nous restons à votre disposition pour vous préciser certains points et répondre à toutes vos questions concernant cette étude.

Investigateur principal : Corinne DUPONT ☎ 04 72 11 51 63

Gestionnaire : Hospices Civils de Lyon / Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation,
3 quai des Célestins, 69229 LYON CEDEX 02

Coordination : Laurent GAUCHER, Pôle de Santé Publique des Hospices Civils de Lyon,
162 av Lacassagne 69424 ☎ 04 72 11 57 64 📠 04 27 85 68 05

Annexe III – Recueil de données

Hôpital : HFME Croix-Rousses

Numéro d'acct :

Date de l'acct :

Heure de l'acct :

Critères d'inclusion :

Patiente : Majeure Mineure Patiente : Parle fr Ne parle pas fr Acct : A l'hôpital A domicile

Nouveau-né : Vivant Décédé IVG MFU Nouveau-né : A terme Prématurée

Patiente : En sdc/kang/USAP Transfert

Réponse au questionnaire :

Patiente souhaite faire le questionnaire Patiente est exclue /critères d'exclusion (ne rien remplir)

Pas eu le temps de lui donner le questionnaire

Ne souhaite pas le faire => **veuillez préciser pourquoi** :

Infos à rgpr en salle de naissance

Parité y compris cette grossesse :

Quel a été votre mode d'entrée en salle de naissance ?

Césarienne en urgence Césarienne programmée Déclenchée Travail spontané

Quel a été votre mode d'accouchement ?

Césarienne programmée Accouchement voie basse spontanée
 Accouchement voie basse instrumentale Césarienne pendant le travail code VERT
 Césarienne pendant le travail code ORANGE Césarienne pendant le travail code ROUGE

Avez-vous eu une analgésie péridurale ou rachi anesthésie ? Oui Non

Avez-vous eu une épisiotomie ? Oui Non

Avez-vous eu une/des déchirure(s) ?

Non, PI Oui, 1^{er} degré non suturée Oui, degré 1 suturée Oui, degré 2 suturée
 Oui, degré 3 suturée Oui, degré 4 suturée

Concernant votre ou vos nouveau-né(s) :

Âge gestationnel :

Votre/vos nouveau-né(s) ont-ils eu besoin d'une réanimation à la naissance ?

Non Oui : une ventilation Oui : ventilation et massage cardiaque externe

Allaitement :

Allaitement maternel exclusif Allaitement mixte Allaitement artificiel

Votre nouveau-né ou vos nouveau-nés : reste(nt) avec vous ou a(ont) été hospitalisé(s)

Avec moi Hospitalisé(s)

Poids de naissance (en gramme) de NN1 : NN2 : NN3 :

Concernant les complication(s) après votre accouchement :

Avez-vous eu une/des complication(s) après votre accouchement ?

Non Oui : une hémorragie du post-partum Oui : Autre (veuillez préciser)

Votre/vos nouveau-nés a-t-il/ont-ils eu une/des complication(s) après votre accouchement ?

Non Oui (veuillez préciser le motif de l'hospitalisation) :

Annexe IV – Recueil de données (remplies par les patientes)

Evaluation du Vécu de l'Accouchement

1. Questionnaire général

Informations générales :

Heure et Date de votre accouchement :

Quel est votre niveau d'étude :

- Non scolarisée Collège Lycée
 Enseignement supérieur (bac+2) Enseignement supérieur (bac >2)

De quelle catégorie sociale faites-vous parti ? :

- Indépendants Salariés non-cadre Salariés cadre Inactivité (hors congés mater)

Quel était votre poids en début de grossesse (en kg) ?

Quel est votre poids en fin de grossesse (en kg) ?

(à défaut celui de la Cs d'anesthésie) :

Quelle est votre taille (en cm) ?

Quel âge avez-vous ?

Dans quel pays êtes-vous née ?

Pendant votre grossesse :

Combien de cours de préparation à la naissance avez-vous suivi ?

Avez-vous eu un entretien prénatal précoce ? Oui Non

Avez-vous rédigé un projet de naissance ? Oui Non

Si oui, L'avez-vous remis en salle de naissance ?

Oui Non

Si vous n'avez pas eu d'analgésie péridurale (*ou rachianesthésie*), quelles en sont les raisons ?

A votre demande Manque de disponibilité du personnel Accouchement trop rapide

Autre :

Annexe V – Questionnaire EVA

2. Questionnaire EVA 2 HFME XRousse Numéro d'acct :

En salle de naissance, lors de votre accouchement, vous diriez

1. Les informations qui vous ont été transmises au cours du travail et de votre accouchement ont été claires et adaptées :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
2. Vous avez été satisfaite de votre participation aux décisions :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
3. Les soins et les actes ont été pratiqués avec délicatesse :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
4. Les mots utilisés par l'équipe vous convenaient :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
5. Les attitudes et comportements de l'équipe ont été adaptés :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
6. Votre douleur a été prise en compte :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
7. Votre intimité a été respectée :			
Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout

- La **charte des soins en salle de naissance** vous a –t-elle été présentée lors des consultations et lors de votre hospitalisation ?

Oui Non

- Si co-parent, a-t-il pu être présent en salle de naissance ?

Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout	Non concerné
-------------	--------------	----------------	-------------	--------------

- Si co-parent, a-t-il été inclus dans les décisions vous concernant ?

Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout	Non concerné
-------------	--------------	----------------	-------------	--------------

- **Concernant votre nouveau-né**, avez-vous été inclus dans les décisions ?

Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout
-------------	--------------	----------------	-------------

- Si co-parent, a-t-il été inclus dans les décisions concernant votre nouveau-né ?

Tout à fait	Suffisamment	Insuffisamment	Pas du tout	Non concerné
-------------	--------------	----------------	-------------	--------------

Annexe VI – QEDP

3. Questionnaire des Expériences de Dissociation Péritraumatique (QEDP)

Veillez répondre aux énoncés suivants en entourant le choix de réponse qui décrit le mieux vos expériences et réactions durant votre accouchement et immédiatement après. Si une question ne s'applique pas à votre expérience, entourez « Pas du tout vrai »

1. Il y a eu des moments où j'ai perdu le fil de ce qui se passait — j'étais complètement déconnectée ou je me suis senti comme si je ne faisais pas partie de ce qui se passait :	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
2. Je me suis retrouvée comme en « pilotage automatique » — j'ai réalisé plus tard que je m'étais mise à faire des choses que je n'avais pas activement décidées de faire	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
3. Ma perception du temps était changée — les choses avaient l'air de se dérouler au ralenti	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
4. Ce qui se passait me semblait irréel, comme si j'étais dans un rêve, ou regardant un film, ou en train de jouer un rôle	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
5. C'est comme si j'étais le ou la spectatrice de ce qui m'arrivait, comme si je flottais au-dessus de la scène et l'observait de l'extérieur	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
6. Il y a eu des moments où la perception que j'avais de mon corps était déformée ou modifiée. Je me sentais déconnectée de mon propre corps, ou bien il me semblait plus grand ou plus petit que d'habitude	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
7. J'avais l'impression que les choses qui arrivaient aux autres m'arrivaient à moi aussi comme par exemple être en danger alors que je ne l'étais pas	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
8. J'ai été surprise de constater après coup que plusieurs choses s'étaient produites sans que je m'en rende compte, des choses que j'aurais habituellement remarquées	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
9. J'étais confuse; c'est-à-dire que par moment j'avais de la difficulté à comprendre ce qui se passait vraiment	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai
10. J'étais désorientée; c'est-à-dire que par moment j'étais incertaine de l'endroit où je me trouvais, ou de l'heure qu'il était	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Plutôt vrai	Très vrai	Extrêmement vrai

Annexe VII – Commentaires libres

4. Commentaires libres



Résumé

Auteur : GUIGMA- PREMILLIEU Moïsa	Diplôme d'Etat de sage-femme, 2024
Titre : Evaluation du vécu de l'accouchement : Comportements inappropriés en salle de naissance	
Résumé : <i>Introduction</i> - D'après la toute récente étude, réalisée en 2020, sur les méthodes de déclenchement et les issues périnatales, 1/3 des patientes déclenchées décrivaient une insatisfaction lors du vécu de l'accouchement. <i>Objectifs</i> – L'objectif principal était de comparer la satisfaction, envers le comportement des soignants, des patientes ayant eu un travail spontané par rapport à celles ayant eu un déclenchement. L'objectif secondaire était d'évaluer la mesure des expériences de dissociation vécues selon le mode de mise en travail. <i>Méthodes</i> – Il s'agissait d'une étude transversale descriptive, réalisée dans deux maternités de type III à Lyon sur une période d'un mois, d'août à septembre 2023. L'échantillon comprenait 226 patientes. L'expérience de dissociation a été mesurée avec le questionnaire des Expériences de Dissociation Péritraumatique (QEDP). Un score ≥ 15 témoignaient d'une dissociation significative. <i>Résultats</i> – Parmi 226 patientes incluses, aucune différence significative n'a été observée au niveau de l'insatisfaction des patientes en salle de naissance concernant les items relatifs à la communication, aux comportements et aux co-parents. Le score de QEDP était ≥ 15 chez 44,8% des patientes, indépendamment du fait qu'elles aient été déclenchées ou qu'elles aient eu un travail spontané. Il n'était pas significativement plus élevé selon le mode d'entrée en travail. <i>Conclusion</i> – La majorité des patientes semblaient satisfaites de leur vécu de l'accouchement quel que soit le mode de mise en travail. Il apparaît déterminant de renforcer les dispositifs d'accompagnement à la naissance pendant la grossesse et de systématiser la mesure de la santé mentale en post-partum.	
Mots clés : Vécu de l'accouchement, salle de naissance, déclenchement, travail spontanée, questionnaires	

Title: Birth experience assessment:
Inappropriate behavior in delivery room

Abstract:

Introduction – According to a recent study conducted in 2020 on induction methods and perinatal outcomes, 1/3 of induced patients described dissatisfaction during childbirth.

Objectives – The primary objective was to compare patient satisfaction with the behavior of healthcare professionals between spontaneous versus induced labor. The secondary objective was to assess the measurement of dissociation experiences according to the mode of labor initiation.

Methods – This was a descriptive cross-sectional study, carried out in two type III maternity hospitals in Lyon over a one-month period, from August to September 2023. The sample consisted of 226 patients. The experience of dissociation was measured using the Peritraumatic Dissociation Experiences Questionnaire (PDEQ). A score of ≥ 15 indicated significant dissociation.

Results – Among the 226 included patients, no significance difference was observed in patient dissatisfaction in the delivery room concerning communication, behavior and co-parenting. The PEDQ score was ≥ 15 for 44,8% of the patients, whether their labor was induced or they went into spontaneous labor. There was no significant difference in scores based on the mode of labor onset.

Conclusion – The majority of patients seemed satisfied with their childbirth experience, regardless of the mode of labor onset. It appears crucial to strengthen birth support systems during pregnancy and to systematize the measurement of mental health in the postpartum period.

Key words: Childbirth experience, delivery room, labor induction, spontaneous labour, questionnaires