



Violence au bloc obstétrical : une enquête prospective multicentrique auprès des femmes dans les maternités de Bourgogne

S. Malet, C. Choux, M. Akrich, E. Simon, P. Sagot

► To cite this version:

S. Malet, C. Choux, M. Akrich, E. Simon, P. Sagot. Violence au bloc obstétrical : une enquête prospective multicentrique auprès des femmes dans les maternités de Bourgogne. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 2020, 48, pp.790 - 799. <10.1016/j.gofs.2020.04.012>. <hal-03493172>

HAL Id: hal-03493172

<https://hal.science/hal-03493172v1>

Submitted on 7 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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Violence au bloc obstétrical : une enquête prospective multicentrique auprès des femmes dans les maternités de Bourgogne

Mistreatment during childbirth: a prospective multicentric survey among women in maternities in Burgundy

Titre court : Violence au bloc obstétrical : la première enquête française

Salomé MALET¹, Cécile CHOUX^{1,*}, Madeleine AKRICH², Emmanuel SIMON¹, Paul SAGOT¹

¹ Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Dijon Bourgogne, 14 rue Gaffarel F-21000 Dijon

² Collectif Interassociatif Autour de la Naissance — CIANE, 40 rue Chanzy, 75011 Paris

*Auteur correspondant

Dr Cécile Choux

Service de Gynécologie-Obstétrique

CHU Dijon — BP 77908

14, rue Paul Gaffarel

21079 Dijon Cedex, France

Tel : +333-80-29-38-52

Fax : +333-80-29-51-16

cecile.choux@chu-dijon.fr

1 INTRODUCTION

2 Du fait de l'évolution des pratiques obstétricales et notamment grâce à la mise en place des réseaux périnataux,
3 nous constatons depuis plusieurs décennies une nette amélioration de la morbi-mortalité maternelle [1,2].
4 Cependant, depuis quelques années, émerge une réflexion sociétale élargissant la notion de la qualité des soins,
5 fondée sur de nouvelles revendications des femmes [3–7]. En effet, des travaux ont mis en évidence un ressenti de
6 mauvais traitements pendant l'accouchement exprimé par de nombreuses patientes (de 20 % à la totalité des
7 patientes selon les études) dans différents pays [8–12]. Des effets directs et indirects sur la santé périnatale ont été
8 retrouvés tels qu'une augmentation de la morbi-mortalité périnatale [13], un surrisque de dépression du post-
9 partum et de stress post-traumatique [14–16] et une altération de la perception de la douleur à long terme [17]. De
10 ce fait, certaines patientes, y compris dans les pays développés, refusent d'accoucher à l'hôpital [18,19]. C'est ainsi
11 que certains pays d'Amérique du Sud ont modifié la législation en y introduisant la notion de violence obstétricale
12 [20].

13 À l'heure actuelle, aucun consensus n'existe sur la manière dont devraient être définis et mesurés ces mauvais
14 traitements. Les données restent peu nombreuses, les méthodes de mesure des mauvais traitements sont
15 hétérogènes et aucune étude n'a été réalisée dans un contexte de soins français. Ainsi en 2014, l'OMS a indiqué la
16 nécessité de générer des données sur ce thème de recherche et de documenter les pratiques de soins [12]. Au
17 niveau national, le Haut Conseil à l'égalité a établi un rapport en 2018 sur les actes sexistes durant le suivi
18 gynécologique et obstétrical, et la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme a rendu en 2018 un
19 rapport sur les maltraitances dans le système de santé. Ces deux institutions ont recommandé la réalisation
20 d'enquêtes sur le sujet [3,21].

21 Plusieurs travaux se sont attachés à définir la notion de maltraitance au moment de l'accouchement [9, 18, 20, 21].
22 Une étude a souligné l'efficacité des mesures et stratégies correctives sur l'expérience des patientes [25]. Bohren *et*
23 *al.* ont notamment invité les professionnels à développer des outils de mesure de ce phénomène à partir de leur
24 travail. Ils ont proposé de définir les VBO par catégories : violence verbale (« *verbal abuse* »), violence physique
25 (« *physical abuse* »), non-respect des bonnes pratiques soignantes (« *failure to meet professional standards of*
26 *care* »), manquements dans la relation soignant-soignée (« *poor rapport between woman and providers* ») et/ou
27 stigmatisation et de discrimination (« *stigma and discrimination* ») [23,26].

28 Le but de cette enquête était d’estimer la prévalence des violences au bloc obstétrical (VBO) et d’évaluer le vécu des
29 femmes prises en charge dans le Réseau périnatal de Bourgogne (RPB) ainsi que de rechercher les facteurs associés
30 aux VBO.

31

32 MÉTHODES

33

34 Population

35 Cette enquête prospective, multicentrique par questionnaire, concernait 11 des 12 maternités du RPB, soit la totalité
36 des maternités publiques et participant au service public hospitalier (PSPH). La seule maternité n’ayant pas participé
37 à l’étude est également la seule maternité à but lucratif, qui n’assure que 9,9 % de l’ensemble des naissances sur la
38 période étudiée. Les critères d’inclusion étaient : présentation céphalique, terme d’accouchement supérieur ou égal
39 à 37 semaines d’aménorrhée (SA), grossesse monofœtale. Les femmes étaient incluses quelle que soit la voie
40 d’accouchement (voie basse ou césarienne) et qu’il soit nécessaire ou non de réaliser une extraction instrumentale.
41 Les critères d’exclusion étaient : accouchement en dehors de l’établissement, présentation du siège, grossesse
42 gémellaire, prématurité.

43 L’étude a été validée et qualifiée d’Enquête de Pratique Professionnelle par la Direction Générale de la Recherche
44 Clinique du CHU de Dijon. L’accord d’un comité d’éthique a été obtenu (numéro d’agrément CEROG 2019 — OBST-
45 0803).

46

47 Définitions

48 Les termes « violence obstétricale », violences au bloc obstétrical ou maltraitances ont été utilisés, ces derniers
49 provenant de la littérature internationale.

50 Le Haut Conseil à l’Égalité définit les violences gynécologiques et obstétricales comme « des actes sexistes graves qui
51 peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes », et précise que « les actes
52 sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou
53 omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et
54 obstétrical (...) Ils sont le fait de soignant.e.s — de toutes spécialités — femmes et hommes, qui n’ont pas forcément

l'intention d'être maltraitant.e.s. Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves » [3].

Dans notre travail, nous nous sommes concentrés sur l'accouchement et avons étudié la VBO qui est un critère composite. En effet, nous avons travaillé à partir de différentes catégories de violence en nous basant sur le travail de Bohren *et al.* [23]. Ces catégories recroisaient celles de l'Alliance du Ruban Blanc [27], celles de la FIGO [13] et celles du travail de Bowser et Hill [9] (Annexe 1).

L'item concernant les discriminations a été construit à partir de la législation française et des recommandations de l'OMS [28,29]. La notion d'accessibilité économique des soins maternels n'a pas été retenue du fait de la prise en charge financière assurée par le système de santé français.

Élaboration du questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire concernant les VBO, centré sur le travail et l'accouchement, en suivant les recommandations de l'OMS sur cette thématique [30]. Il s'agissait d'un travail pluridisciplinaire incluant des gynécologues-obstétriciens (SM, CC, PS, ES), des sages-femmes, une psychologue, un médecin de Santé Publique, des statisticiens spécialisés dans les enquêtes par questionnaire et une sociologue investie dans cette thématique sur le plan associatif (MK).

Ce questionnaire anonyme interrogeait les patientes sur 82 items : 80 sur les VBO et deux sur le vécu (Annexe 2). Quinze items supplémentaires étaient préremplis à partir du dossier obstétrical par les professionnels de soin chargés de sa distribution (maternité d'accouchement, gestité, parité, taille, poids en début de grossesse, hospitalisation, déclenchement, mode d'accouchement, délivrance artificielle et/ou révision utérine, état néonatal) (Annexe 2, encadré en fin de questionnaire « À l'attention de l'équipe »).

Nous avons ainsi analysé un taux de VBO global : l'analyse concluait à la présence de VBO si au moins une des catégories de violences était déclarée. Puis le taux a été calculé pour chaque catégorie du questionnaire : violence verbale, violence physique, information et consentement, non-respect des bonnes pratiques soignantes (prise en charge de la douleur, respect des souhaits maternels quant aux déplacements et positions durant le travail, disponibilité des soignants, respect de l'intimité, peau à peau), manquements dans la relation soignant-soignée (respect du choix de l'accompagnant, communication avec l'équipe) et stigmatisation/discrimination.

83 Déroulement de l'étude

84 Les équipes de chaque maternité ont bénéficié d'une présentation des objectifs et de la méthodologie de l'étude et

85 ont été appelées deux fois par semaine afin de vérifier le bon déroulement de l'étude. Les questionnaires ont été

86 distribués par les sages-femmes aux femmes hospitalisées au deuxième jour du post-partum du 15 février 2019 au

87 15 avril 2019. Les femmes souhaitant participer à l'étude le faisaient au cours de leur séjour à la maternité. Elles

88 remplissaient seules le questionnaire et le déposaient dans une boîte de recueil fermée prévue à cet effet.

89

90 Analyses statistiques

91 La saisie et l'analyse ont été effectuées à l'aide du logiciel SPHINX IQ2 Version 7.3.0.1 et du logiciel R v3.6.3.

92 La précision statistique de l'enquête aussi appelée « marge d'erreur statistique » a été calculée a posteriori, à partir

93 de la taille de l'échantillon, pour un intervalle de confiance fixé à 95 %. Elle représente le plus grand écart possible

94 entre le résultat obtenu grâce à notre échantillon et le résultat si on interrogeait l'ensemble de la population.

95 Nous avons comparé les caractéristiques de notre population aux données du Réseau périnatal de Bourgogne (RPB)

96 de 2017 et de l'enquête nationale périnatale (ENP) de 2016.

97 Nous avons calculé la prévalence globale des VBO puis la prévalence par catégorie. Nous avons ensuite analysé le

98 vécu de l'accouchement et l'association entre le vécu et la déclaration de VBO. Enfin, nous avons recherché des

99 facteurs associés à la déclaration de VBO parmi les caractéristiques des femmes, le mode de début de travail et la

100 voie d'accouchement.

101 Pour chaque question, les résultats étaient calculés par rapport au nombre de patientes répondantes à cette

102 question en particulier. Lorsque le taux de non-réponse à la question était supérieur à 10 %, cela était précisé.

103 Pour les items concernant l'information et le consentement, n'étaient prises en compte que les réponses des

104 patientes ayant bénéficié des actes en question. Les réponses des femmes ayant bénéficié d'une césarienne

105 programmée n'étaient pas prises en compte dans l'analyse des questions concernant la liberté de mouvement. Les

106 réponses des femmes ayant bénéficié d'une césarienne n'étaient pas prises en compte dans l'analyse des réponses

107 concernant la liberté de position pendant les efforts expulsifs.

108 Les variables dichotomiques ont été comparées au moyen d'un test du Chi-2 ou d'un test exact de Fisher. Les

109 comparaisons de moyennes ont été réalisées grâce au test de Student. Les associations ont été réalisées grâce à un

110 test du Chi-2. Le seuil de $p < 0,05$ était retenu pour conclure à la significativité. Une analyse qualitative par analyse
111 de contenu a été réalisée sur les encarts libres.

112

113 RÉSULTATS

114

115 La précision statistique de l'enquête était de 1,73 % (IC 95 %).

116

117 Caractéristiques des patientes (Tableau 1)

118 Sur un total de 1793 femmes, 1149 ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse moyen de 64,1 %, allant
119 de 26,4 % à 80,2 % selon les maternités. L'âge moyen des participantes était de 29,96 ans, 625 patientes (56,1 %)
120 déclaraient un niveau d'étude supérieur au Baccalauréat et 48 patientes (4,3 %) ont déclaré avoir rédigé un projet de
121 naissance.

122 Concernant la voie d'accouchement, 852 femmes (76,7 %) ont accouché de façon eutocique à terme, 122 femmes
123 (11 %) avec assistance instrumentale, 98 femmes (8,8 %) par césarienne en urgence, et 39 femmes (3,5 %) par
124 césarienne programmée, soit un taux de césariennes à 12,3 % chez les participantes et un taux de prise en charge en
125 urgence de 19,8 %. Dans 94,5 % des cas, le nouveau-né était auprès de sa mère en post-partum.

126 Nous n'avons pas retrouvé de différences significatives sur l'âge, l'IMC et le mode début de travail avec les données
127 du RPB de 2017 [31]. La proportion de patientes nullipares était plus faible dans notre population (38,5 %) que dans
128 celles du RPB (41 %) et de l'ENP (42,2 %). La prise en charge en niveau 3 était plus fréquente dans notre population
129 que dans le RBP (25,2 vs. 20 % ; $p = 0,047$) mais comparable aux données de l'ENP [32]. Le mode d'accouchement
130 eutocique était plus représenté dans notre population (76,7 %) que dans celle du RPB (68,9 %) ou de l'ENP (67,7 %).

131

132 Taux de VBO déclarée (Tableau 2)

133 Dans notre étude, 506 femmes (44 %) ont déclaré au moins une VBO. Le détail des types de violences décrites était
134 le suivant :

135

1. Violence verbale

Sept femmes (0,6 %) ont déclaré avoir été insultées par l'équipe, deux femmes (0,2 %) ont déclaré avoir été menacées, 10 femmes (0,9 %) ont répondu avoir été moquées ou avoir subi des jugements et 11 femmes (1 %) ont répondu avoir été humiliées. Au total, 27 femmes (2,3 %) ont déclaré au moins un évènement de violence verbale.

2. Violence physique

Aucune femme n'a déclaré avoir été frappée, giflée ou pincée par l'équipe soignante dans notre étude, mais cinq participantes (0,4 %) ont répondu qu'un soignant avait utilisé la force à leur rencontre.

3. Information et Consentement (Figure 1)

Au total, 165 patientes (14,4 %) ont considéré que les soignants ne leur ont pas donné systématiquement une information satisfaisante et 236 patientes (20,5 %) ont considéré que leur consentement n'a pas été recherché pour au moins un des gestes cités pour lesquels elles étaient concernées.

Dix femmes (0,9 %) ont considéré que leur consentement pour réaliser un geste n'a pas été respecté. Il s'agissait selon les déclarations des gestes suivants : dans deux cas des touchers vaginaux, un cas de pose de perfusion, deux cas d'enregistrements tococardiographiques, quatre cas d'anesthésie péridurale et un cas d'assistance instrumentale. Dix-neuf patientes (1,7 %) ont déclaré que des soignants avaient continué un geste malgré leurs protestations. Il s'agissait selon les déclarations des gestes suivants : six touchers vaginaux, une perfusion, deux enregistrements tococardiographiques, trois anesthésies péridurales, deux assistances instrumentales, un sondage urinaire et une césarienne, sans précision pour les trois derniers cas. On note que 209 femmes sur 1149 (soit 18,2 %) ont répondu avoir été concernées par la question sur le décollement du pôle inférieur de l'œuf (DPIO) quand le dossier médical ne relevait que 18 cas de DPIO. Le taux d'épisiotomie déclaré par les femmes était de 16,2 % (NB : non-réponse à la question = 10,6 %).

160 4. Non-respect des bonnes pratiques soignantes

161 La prise en charge de la douleur :

162 On note que 7,1 % des femmes déclaraient avoir été plutôt insatisfaites à très insatisfaites quant à l'aide de l'équipe
163 pour la gestion de la douleur. Quand 878 femmes (84,3 %) ont déclaré avoir bénéficié d'une anesthésie péridurale,
164 34 femmes (3,3 %) ont déclaré ne pas avoir pu bénéficier d'une anesthésie péridurale alors qu'elles l'auraient
165 souhaité, sans qu'elles aient connaissance d'un motif médical à cette absence d'anesthésie. Par ailleurs, 68 femmes
166 (6,6 %, NB : non-réponse à la question = 10,8 %) ont déclaré que rien d'autre ne leur a été proposé pour soulager la
167 douleur alors qu'elles l'auraient souhaité.

168 Respect des souhaits maternels quant aux déplacements et positions durant le travail.

169 Pendant la première phase du travail, 49 femmes (5,2 %) ont déclaré qu'elles n'ont pas pu se déplacer selon leurs
170 besoins alors qu'elles l'auraient souhaité. Parmi elles, 43 femmes (87,8 %) ont déclaré avoir bénéficié d'une
171 anesthésie péridurale. Pendant les deuxième et troisième phases du travail, 29 femmes (3 %) ont déclaré ne pas
172 avoir pu prendre la position de leur choix alors qu'elles l'auraient souhaité. Parmi elles, 18 femmes (62,1 %) ont
173 déclaré avoir bénéficié d'une anesthésie péridurale.

174 Disponibilité des soignants

175 Selon leurs déclarations, 51 femmes (4,6 %) ont été laissées seules (parfois avec leur accompagnant) alors qu'elles
176 jugeaient avoir besoin de la présence d'un professionnel.

177 Respect de l'intimité

178 Concernant le respect de leur intimité en salle d'accouchement, 1074 femmes (96,8 %) ont déclaré être très
179 satisfaites à plutôt satisfaites. Parmi les 35 femmes insatisfaites, 17 (48,6 %) ont précisé les raisons de cette
180 insatisfaction : six commentaires évoquaient le fait que le personnel en salle de naissance était trop nombreux, cinq
181 ont souligné une exposition trop marquée de leur corps à l'équipe ou à l'accompagnant, trois commentaires
182 mettaient en avant le fait que les soignants ne frappaient pas à leur porte, deux commentaires portaient sur la trop
183 grande proximité avec d'autres femmes, un commentaire exprimait une gêne face aux regards des soignants, et
184 un commentaire évoquait la dépossession de son corps. Certains commentaires pouvaient évoquer plusieurs
185 problématiques à la fois.

186 Peau à peau

187 Selon 53 participantes (4,9 %), leur enfant n'a pas pu bénéficier d'un moment en peau à peau en salle

188 d'accouchement alors qu'elles l'auraient souhaité. Dans 28 % de ces cas (14/50, non-réponses =3), on notait un

189 passage en réanimation du nouveau-né. Parmi ces femmes, 40 % (20/50) avaient accouché de façon eutocique, 16 %

190 (8/50) avec assistance instrumentale, et 44 % (22/50) par césarienne.

191

192 Au total, 278 femmes (24,2 %) ont déclaré au moins une fois que les bonnes pratiques soignantes n'avaient pas été

193 respectées.

194

195 5. Manquements dans la relation soignant-soignée

196 Respect du choix de l'accompagnant

197 La présence de l'accompagnant n'était pas souhaitée pour 45 femmes (4,1 %). Selon 38 femmes (3,5 %),

198 l'accompagnant de leur choix était absent en salle d'accouchement. Dans 50 % des cas (17 cas), cette absence était

199 du fait de son indisponibilité, et dans 50 % des cas (17 cas) du fait d'un refus de l'équipe, et quatre patientes n'ont

200 pas précisé le motif. La présence de l'accompagnant a donc été refusée par l'équipe alors que la femme la souhaitait

201 pour 1,6 % des répondantes (17/1085). Il s'agissait d'un cas d'accouchement eutocique, d'un cas d'assistance

202 instrumentale séquentielle, de huit cas de césariennes en urgence, et de sept cas de césariennes programmées.

203 Communication avec l'équipe

204 On note que 11 patientes (1 %) considéraient qu'elles n'avaient pas pu exprimer ce qu'elles souhaitaient partager et

205 poser des questions à l'équipe soignante. Par ailleurs, 38 femmes (5,9 %, NB : non-réponses = 44,1 %) ont déclaré

206 n'avoir pas pu discuter du geste obstétrical effectué avec le professionnel concerné alors qu'elles l'auraient souhaité

207 et 54 femmes (5,1 %) considéraient que les discours concernant leur prise en charge différaient selon les

208 interlocuteurs.

209 Ainsi, 128 femmes (11,1 %) ont déclaré avoir vécu au moins un manquement dans la relation soignant-soignée.

210

211 6. Stigmatisation/Discrimination

212 Notre étude révèle que 24 femmes (3,5 %, NB : non-réponses = 39,8 %) ont déclaré avoir vécu des gestes, propos,
213 pratiques ou comportements maltraitants : deux femmes en raison de leur situation économique, quatre en raison
214 d'un élément médical, une femme en raison d'une situation de handicap, deux femmes en raison de leur situation
215 familiale, deux femmes en raison de leur origine ou de leur nationalité, et 13 sans précision.

216

217 Vécu de l'accouchement

218 La majorité des femmes répondantes ont déclaré avoir plutôt bien à très bien vécu leur accouchement, sur les plans
219 physique (n=986 soit 89,8 %) et psychologique (n=1027 soit 93,4 %)

220 Par ailleurs, il existait une association entre la présence de VBO et le mauvais vécu psychologique ($p < 0,01$) ou
221 physique ($p < 0,01$) de l'accouchement (Tableau 3).

222 Le vécu était aussi influencé par le mode d'accouchement, et ce, de manière significative. En effet, les femmes ayant
223 bénéficié d'une césarienne en urgence ont été plus nombreuses à déclarer un mauvais vécu psychologique (n=29
224 soit 30,9 % ; Figure 2A) et physique (n=32 soit 33,7 % ; Figure 2B).

225

226 Violence au bloc obstétrical et caractéristiques des patientes

227 Dans ce travail, il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre les caractéristiques des femmes et le taux de VBO
228 déclarée, que ce soit au niveau de l'âge des femmes, de leur niveau d'étude, de leur parité, de leur indice de masse
229 corporelle, ou de la rédaction éventuelle d'un projet de naissance.

230

231 Violence au bloc obstétrical et mode d'accouchement

232 Nous n'avons pas retrouvé de lien entre la réalisation d'un déclenchement et le taux de VBO déclarée, quel que soit
233 le type de déclenchement.

234 Ce travail a retrouvé un lien significatif entre le mode d'accouchement et la déclaration d'au moins une situation de
235 VBO ($p < 0,01$). Ce lien a été retrouvé pour certaines sous-catégories de VBO : violence verbale, manquements dans
236 la relation soignant-soignée, déclaration de non-respect des bonnes pratiques soignantes,
237 stigmatisation/discrimination. (Figure 3).

238

239 Analyse de contenu de l'encart libre en fin de questionnaire

240 Nous notons que 394 femmes (34,3 %) ont écrit dans l'encart libre. Dans 80,5 % des commentaires, les participantes
241 insistaient sur leur satisfaction vis-à-vis à l'équipe, dans 12,7 % elles indiquaient au contraire leur mécontentement.

242 La douleur en péripartum a été évoquée dans 10,4 % des commentaires. La place de l'accompagnant représentait
243 9,7 % des commentaires, soit 5,1 % soulignant une satisfaction quant à sa prise en compte, et 4,6 % un
244 mécontentement. 35 commentaires (8,9 %) rapportaient l'insuffisance ou les divergences des explications données,
245 et 28 commentaires (7,1 %) rapportaient l'ignorance des souhaits de la femme. Un accouchement antérieur difficile
246 a été évoqué dans 27 commentaires (6,9 %). Enfin, 15 commentaires (3,8 %) évoquaient un manque de moyens
247 (humains et/ou matériels). Au total, l'analyse de l'encart libre a mis en évidence deux champs d'analyse non évoqués
248 dans le questionnaire : l'influence potentielle d'un accouchement antérieur difficile et un manque de moyens
249 humains et/ou matériels de l'établissement.

250

251

DISCUSSION

Sur les 1149 femmes ayant accouché dans les maternités de Bourgogne et ayant répondu à notre questionnaire entre le 15 février et le 15 avril 2019, 44 % des participantes ont rapporté au moins une VBO. Les violences verbales, physiques et discriminations étaient marginales. En revanche, les domaines de VBO principaux déclarés par les patientes étaient : l'absence d'information satisfaisante systématique (14,4 %), l'absence de recherche et/ou de respect du consentement (21,5 %) et le non-respect des bonnes pratiques soignantes (24,2 %). Cependant, la très grande majorité des patientes a déclaré avoir bien vécu l'accouchement sur les plans physique (89,8 %) et psychologique (93,4 %), alors que près de 20 % de femmes ont bénéficié d'assistance médicale en urgence, non prévisible en début de travail. La présence de VBO influençait négativement le vécu de l'accouchement. La présence de VBO était associée à la voie d'accouchement, mais était indépendante des caractéristiques des patientes telles que le niveau d'étude, l'IMC ou l'âge des femmes.

Beaucoup d'auteurs retrouvent des taux plus élevés de maltraitance, avec des gestes sans consentement dans 54 à plus de 80 % des cas, des violences physiques de 2,9 à 35,7 % des cas, des refus d'accompagnants pour 14,5 %, un non-respect de l'intimité de 6,3 % à plus de 50 % des cas, 8,53 % des femmes se déclarant délaissées, voire abandonnées par les soignants [33–35]. Les études d'Ofakur *et al.* [33] et Sando *et al.* [36] ont décrit respectivement 98 % et plus de 90 % de patientes déclarant au moins un acte de maltraitance. Il s'agit cependant de travaux réalisés dans des pays en développement, dont les moyens affectés au système de santé ne sont pas comparables à la situation française. En revanche, notre étude retrouvait des taux supérieurs à ceux des deux études européennes évaluant la prévalence de la violence liée au soin avec une méthode de mesure validée. La première portait sur la violence liée aux soins en général : elle était évaluée de 13 à 28 % [37]. La seconde portait sur la maltraitance en suivi anténatal : elle était estimée à 20,7 % [38]. Elles se distinguaient donc du cadre d'analyse de notre étude, ciblée exclusivement sur la salle d'accouchement.

Dans notre étude, si les violences verbales ou physiques ou les discriminations/stigmatisations représentaient une part infime de la violence obstétricale décrite, d'autres types de violence comme le manquement dans la relation soignant-soignée ou le défaut d'information étaient récurrents et nécessitent donc la mise en place de stratégies correctives.

Par exemple, les taux d'information déclarés étaient supérieurs à ceux de la recherche du consentement de la femme. Ainsi, le consentement n'aurait pas été recherché dans plus de 50 % des cas d'épisiotomie. Cependant, le

280 taux d'épisiotomie déclaré par les femmes était très supérieur aux données de notre réseau en 2017 (16,2 % vs.
281 11,9 %) [31]. Cela pourrait provenir d'une confusion entre épisiotomie et déchirure périnéale ou d'un biais de
282 sélection, les patientes ayant souhaité répondre au questionnaire ayant été potentiellement les plus exposées à des
283 interventions médicales. Ces données semblent toutefois confirmer les derniers rapports français [3,21] qui
284 indiquaient que nos efforts devaient s'orienter en priorité vers ces deux notions : l'information et le consentement,
285 déjà renforcées dans le droit français par la loi Kouchner de 2002 [39]. En obstétrique, une complication maternelle
286 ou fœtale peut survenir de façon aiguë, et ce, même en l'absence de facteur de risque identifiable en début de
287 travail, ce qui souligne encore la nécessité d'une information adaptée et dynamique.

288

289 On notait par ailleurs une discordance concernant la pratique du DPIO, avec une surreprésentation de DPIO
290 rapportés par les femmes et non mentionnés dans le dossier médical. Il s'agit d'un geste pratiqué en routine qui
291 peut être mal vécu [40]. Il pourrait être nécessaire de systématiser l'inscription de cette donnée dans les dossiers
292 médicaux en la considérant comme une technique de déclenchement à part entière avec les mêmes exigences en
293 termes d'indication, d'information et de consentement.

294

295 Concernant la prise en charge de la douleur, 7,1 % des femmes déclaraient avoir été plutôt insatisfaites à très
296 insatisfaites. La notion de la douleur du péripartum était d'ailleurs évoquée dans plus de 10 % des commentaires
297 libres, en faisant le troisième sujet le plus abordé. Des travaux mettent en évidence que l'appréhension de
298 l'accouchement chez les femmes est principalement le fait de la crainte de la douleur, et que cette appréhension est
299 corrélée à un surrisque de stress post-traumatique et de dépression du post-partum [16]. La loi du 4 mars 2002,
300 rappelle par ailleurs que « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur ; celle-ci doit
301 être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée » [39]. Il apparaît donc que nous devons
302 améliorer la prise en charge de la douleur en péripartum.

303

304 Certaines femmes ont déclaré que leur nouveau-né n'a pas pu bénéficier d'un moment en peau à peau, même en
305 dehors d'une situation de réanimation néonatale. D'autres femmes n'auraient pas pu prendre la position de leur
306 choix pendant l'expulsion en dehors de toute anesthésie. Au regard des données de la littérature, il paraît important
307 de respecter ce choix lorsque cela est possible [41–43].

309 Notre étude retrouve un surrisque de VBO en cas de césarienne en urgence, en raison notamment de l'absence
310 d'accompagnant au bloc opératoire. En effet, la majorité des cas de refus de la présence de l'accompagnant par
311 l'équipe soignante était liée à la réalisation d'une césarienne (15/17). Elle était par ailleurs présente dans 9,7 % des
312 commentaires libres, quatrième sujet le plus évoqué. Or selon la littérature, la présence de l'accompagnant permet
313 une nette diminution de la maltraitance dans sa globalité [44,45]. Si certaines situations d'urgence peuvent rendre
314 peu souhaitable pour certains professionnels la présence d'un accompagnant, la place de celui-ci est à rediscuter au
315 sein de l'équipe obstétrico-anesthésique. En effet, les moyens nécessaires devraient être alloués à toutes les
316 maternités pour que sa présence soit la norme en cas de césarienne programmée, et à privilégier en cas de
317 césarienne pendant le travail en dehors de situations d'extrême urgence, et dans le respect du souhait du couple.

318

319 Concernant les stratégies correctives à appliquer, le projet de naissance pourrait être un outil intéressant dans
320 l'amélioration de nos pratiques. En effet, seuls 4,3 % des participantes en avaient rédigé un. L'absence d'association
321 entre la déclaration de VBO et la rédaction d'un projet de naissance est donc potentiellement liée à un manque de
322 puissance. Ainsi, la rédaction d'un projet de naissance pourrait être encouragée afin d'ouvrir le dialogue entre
323 l'équipe et la patiente, mettre en évidence les priorités, tout en évitant l'écueil de la contractualisation de la relation
324 soignant-soignée pour garantir permettre un échange constructif et dynamique dans le temps [7] . L'équipe
325 soignante pourrait profiter notamment de l'entretien prénatal ou des cours de préparation à l'accouchement pour
326 initier et encourager cette démarche.

327

328 La limite principale de ce questionnaire est l'absence de test de fiabilité. Cependant, ce questionnaire a été l'objet
329 d'une construction rigoureuse, chacun des items abordés reposant sur des travaux antérieurs publiés, des
330 recommandations, et les questions ont été l'objet d'un consensus pluridisciplinaire, ce qui permet de conclure à une
331 validité de contenu. De plus, le taux de participation élevé démontre son acceptabilité, élément important dans la
332 performance d'un questionnaire.

333 L'immense majorité des travaux sur la violence obstétricale concerne les pays en développement, ou des items en
334 particulier. Il s'agit donc, à notre connaissance, de la première étude en France qui fournit un outil de mesure
335 innovant et exhaustif. En effet, aucun outil n'existait pour mesurer « le respect dans les soins de maternité », bien

que certains auteurs aient développé des outils de mesure pour la violence liée au soin en général ou l'autonomie dans le suivi obstétrical [37,46]. Grâce à une méthodologie robuste (étude prospective, multicentrique, concernant la totalité des maternités publiques et PSPH du réseau périnatal de Bourgogne), un taux de participation élevé et un questionnaire exhaustif, nous avons pu estimer le vécu et le taux de VBO pour les femmes de notre réseau régional en périnatalité. La population interrogée était comparable à celle de notre réseau en termes d'âge et d'IMC et de mode de début de travail [31]. Cependant, le taux d'accouchement eutocique était supérieur à celui du RPB en 2017 (76,7 vs. 68,9 %), ce qui pourrait soulever un biais de sélection en faveur des patientes ayant accouché de façon eutocique. Or, la voie d'accouchement pouvant influencer la déclaration de VBO, il se peut que le taux de VBO déclaré soit minimisé. Par ailleurs, certaines études rétrospectives s'adressaient à des patientes qui avaient accouché jusqu'à 6 ans avant l'enquête, avec les biais de mémorisation que cela peut apporter [10,11]. Si notre choix de distribution du questionnaire au deuxième jour permet de s'affranchir de ce biais, certaines études ont décrit une augmentation du taux déclaré de mauvais traitement entre le post-partum immédiat et un suivi à 6 semaines [36]. Cela est probablement en rapport avec la crainte d'un jugement par l'équipe ou l'absence d'intégration totale des événements liés à la naissance en post-partum immédiat.

Notre travail est le premier à fournir une description épidémiologique exhaustive de la violence au bloc obstétrical. En effet, deux études récentes retrouvaient des taux de violence déclarée inférieurs au nôtre (à 28,1 et 37,2 %), mais elles portaient respectivement sur 60 items et 11 questions quand la nôtre interrogeait 80 items. Or, plus le nombre de questions est important et plus le taux constaté de violence déclarée est potentiellement élevé.

Ceci amène la question de l'intérêt de pondérer les différentes questions. En effet, notre analyse traite sans distinction un acte pénalement répréhensible (violence physique par exemple) et un défaut de cohérence de discours au sein de l'équipe. Par ailleurs, certains auteurs privilégieraient des méthodes mixtes par questionnaires et entretiens dirigés voire des observations directes des pratiques soulignant les limites d'approches quantitatives pures [24,44]. Il pourrait donc être intéressant d'enrichir ce questionnaire avec des entretiens menés par des professionnels formés. Le même questionnaire pourrait être réutilisé après mise en place de stratégies correctives pour en évaluer l'efficacité et la pérennité dans le temps.

363 Enfin, ce travail ciblé sur la salle d'accouchement n'a pas pu évaluer les mauvais traitements potentiels liés au suivi
364 de grossesse. Par ailleurs, il convient de noter que l'OMS et l'Alliance du Ruban Blanc utilisent aussi l'expression « Le
365 respect dans les soins de maternité » — respectful maternity care (RMC) [47], concept comprenant donc à la fois le
366 suivi et la prise en charge des femmes enceintes et voire même la périnatalité au sens large.

367

368 Au-delà de notre prise de conscience et de notre volonté d'améliorer nos pratiques, ce travail, se basant sur le
369 ressenti des femmes en salle d'accouchement, n'a pas pu prendre en compte les causes structurelles, voire
370 politiques alors que 3,8 % des participantes ont évoqué cette problématique dans l'encart libre. Ces notions avaient
371 été développées par d'autres travaux, et notamment le rapport de la Commission Nationale des Droits de l'Homme
372 en 2018, qui soulignait l'importance de ne pas tenir pour responsable de façon systématique, à titre individuel, la
373 personne soignante et de permettre une amélioration des conditions de travail des soignants dont la dégradation est
374 intrinsèquement liée à la survenue de maltraitances [5,21,22,44,48].

375

376 Ainsi, la prise de conscience des violences obstétricales impose de prendre du recul sur l'opposition traditionnelle
377 entre la subjectivité attribuée aux femmes et l'objectivité représentée par le corps médical et témoigne de
378 l'évolution actuelle des relations soignants-soignés. Nous devons, soignants et usagers, nous emparer de ce sujet au
379 croisement de la clinique, du débat sociétal et des questions épistémologiques pour repenser le soin en obstétrique
380 [49].

381

382 CONCLUSION

383 Cette large étude prospective dont la méthodologie est robuste conclut à un bon vécu physique et psychologique de
384 leur séjour au bloc obstétrical pour près de 90 % des femmes. Cependant, en tenant compte des différents types de
385 VBO, incluant les violences verbales et physiques, l'absence de recherche et/ou de respect du consentement,
386 l'absence d'une information satisfaisante, un manquement aux bonnes pratiques soignantes et/ou à la relation
387 soignant/soigné, ou une situation de discrimination, il apparaît que 44 % des femmes ont déclaré au moins un type
388 de VBO, le bon vécu de l'accouchement étant inversement lié au taux de violences au bloc obstétrical. S'il est
389 évident que la violence physique ou verbale à l'encontre des femmes est inacceptable, cette étude souligne
390 l'importance d'impliquer les femmes dans les décisions de soin en systématisant l'information et la recherche du

consentement de façon adaptée et dynamique, d'autant plus qu'en obstétrique, une complication maternelle ou fœtale peut survenir de façon aigüe, et ce, même en l'absence de facteur de risque identifiable en début de travail. Le libre choix des femmes dans certaines décisions telles que la présence de l'accompagnant, le peau à peau ou la position d'accouchement doit être respecté. Il serait intéressant de poursuivre ce travail à l'échelon national afin de faire un état des lieux et d'améliorer les pratiques sur tout le territoire français.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient Nicolas PARIS et son équipe, Hubert BALIQUE, Marie-Laure BALAS, Laurence DUTARTRE, Myriam ATAKE, Adeline BUCHET, Carole DERANGERE, Flora ROMANO ainsi que l'ensemble des équipes du Réseau Périnatal de Bourgogne ayant participé à ce travail.

DÉCLARATION D'INTÉRÊT

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article.

- 409 [1] esp2017_6b_sante_populationnelle.pdf n.d.
- 410 [2] Prioux F. Évolution des principaux indicateurs de périnatalité en France. *Santé Société Solidar* 2004;3:11–23.
411 <https://doi.org/10.3406/oss.2004.1217>.
- 412 [3] hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf n.d.
- 413 [4] Cohen Shabot S. Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric
414 Violence. *Hum Stud* 2016;39:231–47. <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>.
- 415 [5] d’Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging
416 problem. *The Lancet* 2002;359:1681–5. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6).
- 417 [6] Betron ML, McClair TL, Currie S, Banerjee J. Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity
418 care: a mapping review and gender analysis. *Reprod Health* 2018;15:143. [https://doi.org/10.1186/s12978-018-0584-](https://doi.org/10.1186/s12978-018-0584-6)
419 6.
- 420 [7] Cahill H. An Orwellian Scenario: court ordered caesarean section and women’s autonomy. *Nurs Ethics*
421 1999;12.
- 422 [8] Solnes Miltenburg A, van Pelt S, Meguid T, Sundby J. Disrespect and abuse in maternity care: individual
423 consequences of structural violence. *Reprod Health Matters* 2018;26:88–106.
424 <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502023>.
- 425 [9] Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth n.d.:57.
- 426 [10] Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, et al. The Giving Voice to Mothers study:
427 inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health* 2019;16.
428 <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>.
- 429 [11] Castro R, Frías SM. Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. *Violence*
430 *Women* 2019;107780121983673. <https://doi.org/10.1177/1077801219836732>.
- 431 [12] WHO_RHR_14.23_eng.pdf n.d.
- 432 [13] Miller S, Lalonde A. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence,
433 interventions, and FIGO’s mother–baby friendly birthing facilities initiative. *Int J Gynecol Obstet* 2015;131:S49–52.
434 <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.005>.
- 435 [14] Brandão T, Brites R, Nunes O, Pires M, Hipólito J. Anxiety and depressive symptoms during pregnancy,
436 perceived control and posttraumatic stress symptoms after childbirth: A longitudinal mediation analysis. *J Health*
437 *Psychol* 2018;1359105318787018. <https://doi.org/10.1177/1359105318787018>.
- 438 [15] Silveira MF, Mesenburg MA, Bertoldi AD, De Mola CL, Bassani DG, Domingues MR, et al. The association
439 between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015
440 Pelotas birth cohort study. *J Affect Disord* 2019;256:441–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.016>.
- 441 [16] Gosselin P, Chabot K, Béland M, Goulet-Gervais L, Morin AJS. [Fear of childbirth among nulliparous women:
442 Relations with pain during delivery, post-traumatic stress symptoms, and postpartum depressive symptoms].
443 *L’Encephale* 2016;42:191–6. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.01.007>.
- 444 [17] Waldenström U, Schytt E. A longitudinal study of women’s memory of labour pain--from 2 months to 5 years
445 after the birth. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2009;116:577–83. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02020.x>.
- 446 [18] Boucher D, Bennett C, McFarlin B, Freeze R. Staying home to give birth: why women in the United States
447 choose home birth. *J Midwifery Womens Health* 2009;54:119–26. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.09.006>.
- 448 [19] Feeley C, Thomson G. Why do some women choose to freebirth in the UK? An interpretative
449 phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:59. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0847-6>.
- 450 [20] Williams CR, Jerez C, Klein K, Correa M, Belizán JM, Cormick G. Obstetric violence: a Latin American legal
451 response to mistreatment during childbirth. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2018;125:1208–11.
452 <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15270>.
- 453 [21] 180522_avis_maltraitements_systeme_de_sante.pdf n.d.
- 454 [22] Vogel JP, Bohren MA, Tunçalp Ö., Oladapo OT, Gülmezoglu AM. Promoting respect and preventing

mistreatment during childbirth. BJOG Int J Obstet Gynaecol 2016;123:671–4. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13750>.

[23] Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. PLOS Med 2015;12:e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>.

[24] Savage V, Castro A. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. Reprod Health 2017;14:138. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5>.

[25] Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. Reprod Health 2018;15:23. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0466-y>.

[26] Vogel JP, Bohren MA, Tunçalp Ö, Oladapo OT, Adanu RM, Baldé MD, et al. How women are treated during facility-based childbirth: development and validation of measurement tools in four countries – phase 1 formative research study protocol. Reprod Health 2015;12. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0047-2>.

[27] Final_RMC_Charter.pdf n.d.

[28] Code pénal - Article 225-1. vol. 225–1. n.d.

[29] WHO_SDE_HDE_HHR_01.2_fre.pdf n.d.

[30] WHO_FCH_GWH_01.1.pdf n.d.

[31] Rapport des indicateurs 2017_VF.pdf n.d.

[32] ENP2016_rapport_complet.pdf n.d.

[33] Okafor II, Ugwu EO, Obi SN. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. Int J Gynecol Obstet 2015;128:110–3. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.08.015>.

[34] Kruk ME, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman LP. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. Health Policy Plan 2018;33:e26–33. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu079>.

[35] Begley C, Sedlicka N, Daly D. Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: an online survey. Reprod Health 2018;15:198. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0648-7>.

[36] Sando D, Ratcliffe H, McDonald K, Spiegelman D, Lyatuu G, Mwanyika-Sando M, et al. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. BMC Pregnancy Childbirth 2016;16. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1019-4>.

[37] Swahnberg K, Schei B, Hilden M, Halmesmäki E, Sidenius K, Steingrimsdottir T, et al. Patients' experiences of abuse in health care: a Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients. Acta Obstet Gynecol Scand 2007;86:349–56. <https://doi.org/10.1080/00016340601185368>.

[38] Lukasse M, Schroll A-M, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Parys A-SV, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. Acta Obstet Gynecol Scand 2015;94:508–17. <https://doi.org/10.1111/aogs.12593>.

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

[40] Larento N. Une mise à jour de l'enquête CIANE 2015:31.

[41] Miller S, Lalonde A. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother–baby friendly birthing facilities initiative. Int J Gynecol Obstet 2015;131:S49–52. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.005>.

[42] MBFBF-guidelines.pdf n.d.

[43] Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2016;11:CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>.

[44] Jewkes R, Penn-Kekana L. Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. PLOS Med 2015;12:e1001849. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>.

[45] Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a

qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev 2019;3:CD012449.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>.
[46] Vedam S, Stoll K, Martin K, Rubashkin N, Partridge S, Thordarson D, et al. The Mother's Autonomy in Decision Making (MADM) scale: Patient-led development and psychometric testing of a new instrument to evaluate experience of maternity care. PLOS ONE 2017;12:e0171804. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171804>.
[47] RespectfulCareCharterFrench.pdf n.d.
[48] Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. The Lancet 2014;384:e42–4. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X).
[49] Michel C, Squires C. Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale : les violences obstétricales. Carnet PSY 2018;220:22. <https://doi.org/10.3917/lcp.220.0022>.

518 Tableau 1. Caractéristiques de la population, comparaison régionale et nationale

	Notre population	Réseau Périnatal de Bourgogne (RPB) 2017	<i>p</i>	Enquête Nationale Périnatale (ENP) 2016	<i>p</i>
Âge moyen	29,96 ans ± 5,06	29,9 ans ± 5,2	0,700	30,3 ans ± 5,2	0,030
Nullipares	426 (38,5 %)	41 %	< 0,001	5464 (42,2%)	0,017
IMC moyen	24,4 kg/m ² ± 5,42	24,5 kg/m ² ± 5,42	0,230		nd
Niveau d'étude : Arrêt des études au Baccalauréat ou avant	490 (43,9 %)	nd		44,6 %	0,606
Rédaction d'un projet de naissance	48 (4,3 %)	nd		3,7 %	< 0,001
Suivi de cours de préparations à la naissance	634 (56,8 %)	nd		52,6 %	0,004
Hospitalisation pendant la grossesse	245 (22,1 %)	nd		18,1 %	< 0,001
Déclenchement	235 (21,3 %)	18,7 %	0,126	22 %	0,600
Mode d'accouchement			< 0,001		< 0,001
• Accouchement eutocique à terme	852 (76,7 %)	68,9 %		67,7 %	
• Assistance instrumentale	122 (11 %)	15 %		12,1%	
• Césarienne	137 (12,3 %)	16,1 %		20,2 %	
Niveau de maternité d'accouchement			0,047		0,090
Niveau 1	233 (20,5 %)	19,4 %		22,5 %	
Niveau 2	616 (54,3 %)	60,6 %		51,1 %	
Niveau 3	286 (25,2 %)	20 %		26,4 %	

519 Les données quantitatives sont exprimées par la moyenne ± l'écart-type, les données qualitatives sont exprimées par n (%)

520

521

522

523

524 Tableau 2. Les catégories de VBO

Catégorie de VBO	Questions se rapportant à cette catégorie de VBO	≥ 1 VBO déclarée dans la catégorie n (%)
Violence verbale	Q5 à Q8	27 (2,3 %)
Violence physique	Q9 et Q10	5 (0,4 %)
Information	Q11	165 (14,4 %)
Recherche et respect du consentement	Q12 à Q16	247 (21,5 %)
Respect des bonnes pratiques soignantes	Q17 à Q21, Q24, Q25, Q26, Q30	278 (24,2 %)
Manquements dans la relation soignant-soignée	Q22, Q23, Q27, Q28, Q29	128 (11,1 %)
Stigmatisation/Discrimination	Q31	24 (3,5 %)

525

526

527

528

529

530 Tableau 3. Vécu en fonction du taux VBO déclarées

Vécu		Global	≥ 1 VBO déclarée n (%)
		n (%)	<i>p < 0,01</i>
Vécu sur le plan physique	Très bien	556 (50,6 %)	187 (38,3 %)
	Plutôt bien	430 (39,2 %)	223 (45,7 %)
	Plutôt mal	92 (8,4 %)	62 (12,7 %)
	Très mal	20 (1,8 %)	16 (3,3 %)
Vécu sur le plan psychologique	Très bien	653 (59,4 %)	225 (46,2 %)
	Plutôt bien	374 (34 %)	206 (42,3 %)
	Plutôt mal	57 (5,2 %)	42 (8,6 %)
	Très mal	16 (1,5 %)	14 (2,9 %)

531

532

533 LEGENDES

534 Figure 1. Information et Consentement

535 Les taux d'information non satisfaisante et de non-recherche de consentement sont présentés geste par geste.

536 *DPIO : Décollement du pôle inférieur de l'œuf*

537

538 Figure 2. Vécu et mode d'accouchement

539 La voie d'accouchement avait un impact significatif sur les vécus psychologique (A) et physique (B).

540

541 Figure 3. Déclaration d'au moins une VBO et mode d'accouchement : analyse par catégories

542 La voie d'accouchement avait un impact significatif sur la déclaration de certaines catégories de violences au bloc
543 obstétrical.

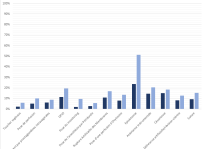
544

545 Annexe 1. Les VBO dans la littérature

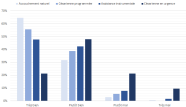
546 Annexe 2. Questionnaire

Information et Consentement

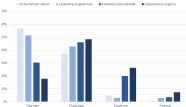
■ Information non professionnelle ■ Consentement non professionnel



2) *Notes psychologiques et notes d'attachement (n=5,34)*



3) *Notes physiques et notes d'attachement (n=6,61)*



Déclaration d'au moins une VBO et mode d'accouchement : analyse par catégories

■ Tous les modes d'accouchement ■ Accouchement naturel ■ Césarienne programmée ■ Accouchement instrumental ■ Césarienne d'urgence

