

Quelles sont les conséquences psychologiques des violences obstétricales subies par une femme pendant l'accouchement ?

Mémoire de fin d'étude
Travail de Bachelor

ALONSO Sophie

Matricule : 10308856

MAY Louise

Matricule : 18545889

Directrice de mémoire :

Caterina Montagnoli, sage-femme, master en Santé Globale, assistante filière sage-femme,
HEdS Genève

Expert enseignant :

Laurent Gaucher, sage-femme, adjoint scientifique filière sage-femme, HedS Genève

Expert de terrain :

Maxime Haubry, sage-femme chef d'unité, cadre de proximité clinique, maternité de
Neuchâtel

Haute école de Santé de Genève
21 juillet 2021



Déclaration sur l'honneur

« Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques. »

21 juillet 2021

Sophie Alonso et Louise May

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont aidées et soutenues lors de la rédaction de ce travail.

Un grand merci à notre directrice de mémoire, Caterina Montagnoli, pour son aide, sa disponibilité, son soutien, ses conseils, sa bonne humeur tout au long de la rédaction de ce travail, qui ont été une aide précieuse.

Merci également à Laurent Gaucher de nous avoir aidées à comprendre et analyser nos articles scientifiques.

Nous sommes également reconnaissantes envers notre expert de terrain, Maxime Haubry, pour les échanges enrichissants sur notre thématique ainsi que ses conseils et sa disponibilité.

Enfin, nous aimerions également remercier tous nos proches et familles qui ont été d'un grand soutien tout au long du processus de réalisation de notre travail ainsi que durant toutes nos années d'études.

Lexique

AVB	Accouchement voie basse
ATCD	Antécédents
β	Coefficient de régression standardisé, force et direction du lien entre chaque VI et la VD
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
Césarienne élective	Césarienne programmée
CI	Confidence interval = intervalle de confiance
CS	Coefficient standardisé
Coercition	Fait de contraindre
DPA	Dépression anténatale
DPP	Dépression du post partum
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
Épisiotomie	Incision du périnée pratiquée lors de l'accouchement
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
Expression abdominale	Pression externe importante sur le fond utérin
Forceps	Instrument qui sert à aider à extraire le fœtus par voie vaginale
HCE	Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes en France
HUG	Hôpitaux universitaires de Genève
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale en France
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odds ratio
P / p-value	Valeur P
PMMI	Primary maternal mental illness = maladie mentale maternelle primaire
Post-partum	Période qui suit l'accouchement
PTSD	Post-traumatic stress disorder
QPI	Qualité de l'interaction avec le prestataire (sages-femmes/médecins)
SA	Semaines d'aménorrhée
SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
SSPT-AC	Syndrome de stress post-traumatique après l'accouchement
Ventouse	Instrument qui sert à aider à extraire le fœtus par voie vaginale
VD	Variable dépendante
VI	Variable indépendante

Table des matières

Résumé	7
I. Questionnement professionnel.....	9
II. Cadre de référence théorique.....	12
1. Les violences obstétricales.....	12
2. La violence institutionnelle.....	13
3. Accouchement traumatique et mauvais vécu de l'accouchement.....	13
4. Abus et mauvais traitements	14
5. Conséquences psychologiques.....	15
6. Autonomie et consentement de la femme	18
III. Problématique et question de recherche.....	19
IV. Méthode : recherche de littérature	20
Tableau 1 : le PICO	20
Tableau 2 : Mots-clés utilisés pour la recherche de la littérature	21
Tableau 3 : Combinaison des mots-clés utilisés	22
Tableau 4 : Mots-clés/opérateurs booléens utilisés	22
Tableau 5 : Mots-clés pour la recherche de la littérature sur CINHAL	23
Tableau 6 : Critères d'inclusion et d'exclusion des articles	23
V. Présentation et articulation des résultats	26
Tableaux descriptifs des 5 articles	26
Articulation des résultats par catégories thématiques	31
1. Prévalence de la dépression post-partum, nombre de mauvais traitements et abus	31
2. Violence physique par les soignants.....	32
3. Violence verbale par les soignants	33
4. Violence par négligence des soignants.....	33
5. Expérience obstétricale et périnatale : problèmes et abus obstétricaux	33
6. Attitude des soignants	35
6.1 Soignants non empathiques.....	35
6.2 Communication, information, prise de décision.....	35
6.3 Manque de soutien.....	36
6.4 Contrôle et confiance dans les soignants.....	37
6.5 Attitude de la sage-femme et des soignants	37
7. Facteurs protecteurs	37

VI. Dimension éthique	38
VII. Discussion.....	39
1. Prévalence de la dépression post-partum, nombre de mauvais traitements et abus.....	40
2. Violence physique par les soignants	41
3. Violence verbale par les soignants.....	42
4. Violence par négligence des soignants	43
5. Violence institutionnelle	43
6. Expérience obstétricale et périnatale : problèmes et abus obstétricaux	44
7. Attitude des soignants : soignants non empathiques	45
8. Communication, information, contrôle et prise de décision	45
9. Manque de soutien et attitude de la sage-femme et des soignants	47
10. Forces et limites	47
VIII. Retour dans la pratique.....	50
1. Situation en Suisse.....	50
2. Sur le terrain	51
3. Facteurs protecteurs.....	52
IX. Conclusion	54
X. Bibliographie	56
XI. Annexes	62

Résumé

Introduction : Lors de l'accouchement, les femmes sont souvent victimes de violences obstétricales de tous genres. Ces violences ne sont pas encore bien définies. Plusieurs études ont investigué les facteurs de risque d'un accouchement traumatique. Cependant, peu d'études mettent en lien les violences obstétricales et leurs conséquences psychologiques sur la femme.

Objectifs : Investiguer le lien entre les violences obstétricales et leurs conséquences psychologiques, notamment sur la dépression du post-partum et le syndrome de stress-post traumatique et définir les violences obstétricales subies par une femme pendant l'accouchement.

Méthode : Cinq articles ont été sélectionnés en consultant les bases de données PubMed et CINAHL ainsi qu'en faisant un screening des bibliographies des articles déjà trouvés. Tous les articles ont été publiés après 2016 et ont été validés par un comité d'éthique.

Résultats : Plusieurs études relèvent une association positive entre les violences obstétricales et une augmentation de la prévalence de la dépression du post-partum. Selon une étude, la prévalence de la dépression du post-partum est de 18,4%. Dans une autre étude, elle est de 26,3 %. Concernant le syndrome de stress post-traumatique, trois éléments de l'interaction entre soignants et patientes contribuent au développement du SSPT-AC : facteurs interpersonnels, facteurs liés aux soins de la sage-femme et le manque de soutien. La littérature scientifique estime que 44,3% des femmes sont victimes de manque de respect ou d'abus lors du processus d'accouchement. Dans plusieurs études, les violences obstétricales subies sont définies comme des violences physiques, verbales, par négligence mais également liées à une mauvaise communication de la part des soignants et un manque de soutien.

Conclusion : Les femmes qui subissent des violences obstétricales durant le processus d'accouchement ou qui vivent un accouchement traumatique ont plus de risque de présenter des séquelles psychologiques suite à l'accouchement. Cette thématique mérite d'être plus étudiée afin d'améliorer les pratiques professionnelles dans le but de limiter ces traumatismes et leur impact sur la santé des femmes.

Mots-clés : parturientes, femmes, abus, mauvais traitements, violences en obstétrique, traumatisme, syndrome de stress post-traumatique, dépression du post-partum, vécu de l'accouchement.

Abstract

Introduction : During childbirth, women are often victims of obstetrical violence of all kinds. This violence has not found yet its validated and shared definition. Several studies have investigated the risk factors linked to a traumatic childbirth. However, there is little research investigating the psychological consequences on the woman following obstetrical violence.

Objective : To investigate the link between obstetrical violence and its psychological consequences, in particular postpartum depression and post-traumatic stress disorder, and to define obstetrical violence suffered by a woman during childbirth.

Method : Five scientific articles have been included after search in PubMed and CINAHL databases and screening in bibliographies of previously found articles. All articles were published after 2016 and research were approved by ethical committees.

Results : Several studies show a positive correlation between obstetrical violence and postpartum depression. According to recent findings, the prevalence of postpartum depression falls between 18.4 and 26.3%. Three elements of the interaction between caregivers and patients contribute to the development of PTSD : interpersonal factors, factors related to the midwife's care and lack of support. Current data report that 44.3% of women are victims of disrespect or abuse during the childbirth. Several studies define obstetrical violence as physical violence or verbal neglect, but also related to poor communication from caregivers and lack of support.

Conclusion : Women who experienced obstetrical violence during the birthing process or who experienced a traumatic birth are at greater risk of developing mental health issues following childbirth. More studies should investigate this topic to improve professional practices and limit psychological traumas and their impact on women's health.

Key words : parturient, women, abuse, mistreatment, trauma, obstetric violence, post traumatic stress disorder, post partum depression, childbirth experience

I. Questionnement professionnel

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2014) : « Chaque femme a le droit au meilleur état de santé possible, ce qui inclut le droit à recevoir des soins fondés sur le respect et la dignité ». En d'autres mots, chaque femme devrait recevoir des soins respectant les principes éthiques, notamment celui de la non-malfaisance. Malheureusement, beaucoup de femmes dans le monde ne sont pas respectées et sont victimes de mauvais traitements pendant l'accouchement.

Le terme « violences obstétricales » est apparu il y a une vingtaine d'années en Amérique latine, notamment au Venezuela qui est le premier pays à avoir pris des mesures juridiques contre ces pratiques. Depuis 2014, les violences gynécologiques et obstétricales sont une thématique qui prend de plus en plus d'ampleur dans l'actualité. En effet, ce sujet a été énormément médiatisé, notamment sur les réseaux sociaux avec, par exemple, le hashtag #balance ton utérus et #balance ton gynéco, avec une libération de la parole des femmes concernant l'accouchement, leurs corps et leur sexualité. Cela s'inscrit dans un mouvement féministe grandissant qui prône l'autonomie de la femme concernant tous les aspects relatifs à sa vie, sa santé et son corps.

En 2018, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes en France (HCE, 2018) a publié un rapport au sujet des violences gynécologiques et obstétricales faites aux femmes, avec une définition de ces violences qui est :

Les violences gynécologiques et obstétricales sont les actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un-e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de 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 (HCE, 2018).

En tant qu'étudiantes sages-femmes, dans le cadre de notre formation et futur métier, nous tâchons de travailler pour le bien-être de la femme et de promouvoir son autonomisation.

En effet, durant toute notre formation, nous sommes sensibilisées à intégrer dans notre pratique des valeurs professionnelles en faveur de la santé de la femme au sens physique, moral, social et psychologique, cela à tous les âges de la vie. Nous sommes, en quelque sorte, les avocates des femmes.

Par conséquent, les mauvais traitements que les femmes peuvent subir lors de la grossesse et l'accouchement vont à l'encontre des valeurs fondamentales de notre future profession, mais également à l'encontre de nos valeurs personnelles. À ce jour, les données scientifiques suggèrent que les mauvais traitements faits aux femmes lors de l'accouchement sont répandus (OMS, 2014).

Selon l'Assemblée Fédérale du Parlement suisse, « une femme sur trois dit avoir été traumatisée par son accouchement en raison d'un traitement inadéquat (sentiment d'abandon, absence d'explications, de communication ou de consentement face à certains actes médicaux, gestes brusques, propos déplacés) » (Le Parlement suisse, 2020).

En 2018, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes en France a publié un rapport avec des chiffres et des recommandations concernant les violences obstétricales et reconnu l'existence de ces dernières. En Suisse, le Parlement sous-estime le problème et reconnaît ne pas disposer de données pertinentes sur la question (Le Parlement suisse, 2020). Il affirme qu'il « appartient aux sociétés médicales concernées d'émettre des recommandations médicales » (Le Parlement suisse, 2020).

Durant nos divers stages en maternité, nous avons constaté que cette violence existait et pouvait se présenter sous différentes formes. D'ailleurs, ce thème revient régulièrement lors d'échanges concernant nos expériences en stage. Nous avons vu des épisiotomies pratiquées sans le consentement préalable de la femme et sans lui avoir annoncé et expliqué le geste. Nous avons également été témoin d'une violence plus subtile sous la forme de jugements envers les femmes, comme sur leur niveau de compréhension de la situation, leur situation personnelle et psychosociale et parfois même leur origine. Nous avons aussi pu être confrontées à des professionnels critiquant et minimisant la tolérance à la douleur des femmes et qui, par conséquent, n'ont pas mis de moyens en place afin de les accompagner et les soulager de cette douleur. Nous rajouterions, selon nous et notre interprétation des violences obstétricales, le manque de soutien et d'empathie des femmes par l'équipe soignante, le manque de communication et d'explications sur les procédures et les gestes pratiqués et le sentiment de perte de contrôle de la femme dans la situation.

De plus, un point important que nous avons pu observer sur le terrain, est la différence de point de vue face aux violences obstétricales. En effet, la perception d'un gynécologue-obstétricien et celui d'une sage-femme peuvent être diamétralement opposée face à ce sujet.

Quant aux femmes victimes de ces violences, leur vécu est souvent bien loin de ce que l'on pourrait imaginer. Il y a un réel décalage qui s'explique en partie par l'aspect tabou des violences obstétricales et un manque de théorie et de classification de ces dernières.

Lors de nos échanges avec des sages-femmes et des patientes, nous nous sommes rendu compte qu'un accouchement vécu comme traumatique par la patiente ne l'était pas forcément du côté des soignants et vice-versa. Le vécu de l'accouchement est une expérience subjective et très personnelle. Par exemple, un accouchement qui, aux yeux de la sage-femme, sera perçu comme « idéal », peut être vécu comme traumatique par la patiente (douleur, accouchement rapide, manque de communication et de soutien). On pourrait donc se demander si un accouchement traumatique pourrait influencer le vécu de l'accouchement d'une femme, voire qu'elle garde un mauvais vécu de son accouchement.

Tous ces éléments nous ont questionnées et interpellées d'autant plus dans le contexte très médicalisé de la naissance depuis une vingtaine d'années (OMS, 2018). « Cette médicalisation croissante des processus d'accouchement a tendance à amoindrir la propre capacité de la femme à donner naissance, ainsi qu'à produire des effets négatifs sur son expérience d'accouchement » (OMS, 2018). Effectivement, l'augmentation de la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement entrave l'autonomie de la femme dans les prises de décision relatives à ses soins. Tout cela entraîne une réflexion et une remise en question de nos pratiques envers les femmes.

Qu'en est-il du vécu des femmes ? Selon une étude anglaise, 43% des femmes ont vécu leur accouchement comme traumatique (Alcorn et al., 2010). Ces expériences nous ont amenées à nous interroger sur les conséquences de ces différents types de violence sur le vécu de l'accouchement des femmes, au sens large, et sur un éventuel impact plus important au niveau psychologique. Nous nous sommes donc interrogées sur ce qui provoque ces effets négatifs sur l'expérience de l'accouchement et quel pouvait être l'impact sur la santé de la femme dans le post-partum, et plus particulièrement sur sa santé mentale. En effet, près d'une femme sur dix souffrirait d'un syndrome de stress post-traumatique à la suite d'un accouchement vécu, selon elle, comme traumatique (Le Temps, 2016). Les conséquences psychologiques pourraient être diverses, comme le babyblues, la dépression du post-partum, un syndrome de stress post-traumatique ou un syndrome d'anxiété et avoir un impact sur le développement de l'enfant, son lien d'attachement avec ses parents et la structure familiale.

Dans le contexte sanitaire hors du commun que nous vivons depuis l'année passée, il nous est apparu important d'aborder le sujet du COVID-19 et de le mettre en lien avec notre thématique.

Qu'en est-il des conditions d'accouchement et des violences obstétricales en temps de pandémie ? Au début de la pandémie, beaucoup d'hôpitaux à travers le monde ont mis en place des mesures particulières en lien avec celle-ci.

Certaines de ces restrictions et interventions faites sans indication médicale (césariennes électorales et accouchements instrumentés, refus d'avoir un accompagnant durant le travail et l'accouchement, séparation immédiate de la mère et son nouveau-né et non promotion, voire interdiction de l'allaitement maternel) ne sont pas nécessaires, ne respectent pas la dignité humaine et entravent le lien d'attachement et le développement du nouveau-né (Sadler et al., 2020). Le 13 mars 2020, l'OMS a publié des lignes directrices provisoires concernant le COVID-19 citant que les femmes devraient recevoir des soins respectueux, que le mode d'accouchement devrait être individualisé au cas par cas et que les césariennes ne devraient être pratiquées que pour raisons médicales (OMS, 2020).

II. Cadre de référence théorique

1. Les violences obstétricales

L'Organisation Mondiale de la Santé présente : « Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de consensus international sur la manière dont devraient être définis et mesurés ce manque de respect et ces mauvais traitements. Par conséquent, on ignore quelle est la prévalence de ceux-ci, leur impact sur la santé, sur le bien-être des femmes ou sur les choix qu'elles font. Un travail important de recherche est nécessaire. » (OMS, 2014)

Toutefois en 2018, et comme mentionné dans le questionnaire professionnel, le HCE a défini les violences obstétricales et a identifié 6 types d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, dont certains relèvent des violences (HCE, 2018) :

1. Non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation
2. Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant, qui renvoient à des injonctions sexistes
3. Injures sexistes
4. Actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente
5. Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement
6. Violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol.

Selon le HCE, les violences obstétricales sont fréquentes :

- 1 femme sur 2 sur laquelle une épisiotomie a été réalisée déplore un manque ou l'absence totale d'explication sur le motif de l'épisiotomie
- 3,4% des plaintes déposées auprès des instances disciplinaires de l'Ordre des médecins en 2016 concernent des agressions sexuelles et des viols commis par des médecins (HCE, 2018).

2. La violence institutionnelle

La violence institutionnelle en obstétrique peut être assimilée à la violence obstétricale. Elle est définie comme le défaut d'agir ou tout type d'omission dans les services de santé. Cela va d'un niveau général de manque d'accès à ces services à leur mauvaise qualité (Souza et al., 2017).

Selon Souza et al. (2017), on peut différencier la violence institutionnelle sur trois niveaux. Premièrement, la violence entre le système de santé en général et les patientes, par exemple, si la femme a dû se rendre dans plusieurs hôpitaux avant de pouvoir accoucher. Dans un deuxième temps, la violence entre les services de santé et les patientes avec, par exemple, le refus d'avoir un accompagnant durant le travail et/ou l'accouchement. Dernièrement, on peut relever la violence entre le personnel soignant et les patientes, laquelle se divise en trois catégories : violence physique, violence verbale et violence par négligence. Celles-ci peuvent être le fait qu'un soignant, durant l'accouchement, frappe une femme, lui fasse un toucher vaginal sans son consentement ou douloureux, lui crie dessus ou encore lui refuse le droit au soulagement de la douleur ou ne lui explique pas les soins qu'il est en train de faire.

3. Accouchement traumatique et mauvais vécu de l'accouchement

Dans notre société, la représentation que l'on peut se faire d'un accouchement est qu'il s'agit d'un événement heureux et positif dans la vie d'une femme. Or, dans beaucoup de cas, les femmes associent leur accouchement à un événement traumatique (Benzakour et al., 2019).

Mais alors, qu'est-ce qu'un accouchement traumatique ? Selon Benzakour et al. (2019) : « l'accouchement en tant que psychotraumatisme résulte d'une association complexe de facteurs physiques, psychiques et émotionnels et décrits comme étant objectifs et/ou subjectifs ».

Un accouchement prématuré, un accouchement instrumenté, une césarienne en urgence, les complications maternelles, comme l'hémorragie de la délivrance et les situations de menace vitale néonatale, représentent les situations objectives principalement associées à des vécus traumatiques de l'accouchement (Benzakour et al., 2019). Pour autant, dans le cadre de l'accouchement, il peut arriver que le vécu subjectif de menace vitale et/ou de l'intégrité physique sur soi et/ou sur le bébé ne soit pas sous-tendu par une menace vitale effective. De ce fait, le vécu subjectif prime autant, voire plus que la menace vitale objective, dans la mesure où elle ne constitue une condition ni suffisante, ni nécessaire à la constitution d'un vécu traumatique de l'accouchement. » (Benzakour et al., 2019).

On peut donc comprendre qu'une femme puisse avoir vécu son accouchement comme traumatique selon des critères plus subjectifs. La perception des femmes de leur accouchement comme le sentiment d'être prise au piège, la perte de contrôle, la sensation que l'intégrité physique est menacée, l'écroulement des croyances de base, des facteurs liés à l'interaction entre l'équipe soignante et la patiente (perception d'un manque d'informations et de soutien) (Benzakour et al., 2019) peuvent être des facteurs prédisposant à un mauvais vécu de l'accouchement.

4. Abus et mauvais traitements

Selon la littérature scientifique (Leite et al., 2020 et Silveira et al., 2019), les termes violences obstétricales ou violence en obstétrique sont synonymes d'abus et de mauvais traitements. Partout dans le monde, durant cette étape de vulnérabilité qu'est l'accouchement, des femmes sont victimes d'abus et de mauvais traitements.

Selon la déclaration de l'OMS pour « La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de soins » (OMS, 2014), ces abus et mauvais traitements constituent une violation de leurs droits au sens des Droits de l'Homme et menacent leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination. L'OMS liste ces pratiques :

- Agressions physiques et verbales
- Humiliations graves
- Procédures médicales imposées sans indications ou effectuées sans l'obtention du consentement de la patiente
- Manque de confidentialité
- Absence de consentement pleinement éclairé
- Refus d'administrer des médicaments contre la douleur

- Violations flagrantes dans l'intimité des patientes
- Refus d'admission dans les établissements de santé
- Négligences entraînant des complications évitables et qui constituent une menace pour la vie
- Détention des femmes et leurs nouveau-nés dans l'établissement après la naissance, lorsque la mère est incapable de payer les frais exigés.

Toutes ces pratiques violent les droits civils fondamentaux des femmes et ont des impacts négatifs directs sur ces dernières et leurs bébés (OMS, 2014).

5. Conséquences psychologiques

Nous avons choisi de définir plusieurs concepts car nous émettons l'hypothèse que les violences obstétricales pourraient influencer sur le vécu de l'accouchement de la femme et potentiellement le rendre négatif ou traumatique et impacter sa santé mentale.

Les conséquences psychologiques en lien avec les violences obstétricales pourraient être diverses. Tout d'abord, il est important de faire la différence entre baby-blues, dépression du post-partum et psychose du post-partum.

D'après Nanzer (2009), le baby-blues se caractérise par un trouble léger dépressif (une forte émotivité, une humeur changeante, une labilité émotionnelle) survenant entre le 2^{ème} et le 5^{ème} jour post-partum, lié aux bouleversements hormonaux. Ce phénomène est considéré comme physiologique et diminue progressivement si l'environnement de la mère est rassurant.

Toutefois, il est important de ne pas le banaliser et d'accompagner la mère dans cette période, car il peut potentiellement accroître le risque de dépression du post-partum (Nanzer, 2009). Le baby-blues touche plus de 50% des accouchées et dure environ 1 semaine (HUG, 2020).

La dépression du post-partum est une pathologie qui touche entre 10 et 15% des femmes et qui se définit par des troubles dépressifs durant la période du post-partum persistant au-delà de deux semaines (Nanzer, 2009). Contrairement au baby-blues, elle peut survenir à n'importe quel moment durant la première année post-partum. Le risque est cependant bien plus élevé lors des trois premiers mois et 75% des dépressions du post-partum débiteront avant six mois post-partum.

Toutefois, cela peut survenir jusqu'à dix-huit mois après la naissance de l'enfant. Sa durée peut varier de plusieurs semaines à plusieurs années et, de ce fait, devenir chronique pour 30% des dépressions du post-partum non traitées (Nanzer, 2009).

Les signes et les symptômes les plus fréquents de la dépression du post-partum sont (Nanzer, 2009) :

- Fatigue persistante et épuisement
- Perte d'énergie, de motivation, de plaisir
- Difficulté à s'adapter à la charge émotionnelle et pratique que représente la présence du nouveau-né
- Ne pas réussir à faire face
- Retrait émotionnel
- Désintérêt et un ralentissement face au nouveau-né
- Sentiment de solitude
- Sentiment d'être une mauvaise mère et incapable
- Culpabilité, honte, auto-accusation
- Anxiété, irritabilité
- Difficulté à s'endormir ou à se rendormir
- Changement d'appétit ou de poids
- Tristesse, humeur déprimée
- Idées récurrentes de mort ou de suicide
- Sentiments négatifs envers le bébé
- Crainte de faire du mal au bébé.

Les classifications internationales de maladies psychiatriques tel que le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM), ne reconnaissent pas la dépression du post-partum comme spécifique, mais est différenciée par sa temporalité, c'est-à-dire quand elle survient après une naissance (Nanzer, 2009).

Toutefois, il est possible de différencier une dépression mineure d'une majeure. Une dépression mineure est définie par un épisode dépressif durant au moins deux semaines, mais comportant moins que les cinq symptômes requis pour le diagnostic de dépression majeure (Nanzer, 2009). La dépression majeure est définie par une humeur déprimée ou perte de plaisir dans presque toutes les activités normales pour une période d'au moins deux semaines et au moins trois des symptômes suivants qui doivent être présents tous les jours et représenter un changement par rapport au fonctionnement antérieur (Nanzer, 2009) :

- Humeur dépressive
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans presque toutes les activités
- Perte ou gain significatif de poids (en l'absence de régime particulier)
- Insomnie ou hypersomnie
- Agitation ou ralentissement de l'activité motrice
- Fatigue ou perte d'énergie

- Sentiment d'indignité ou culpabilité excessive
- Difficultés à se concentrer et à prendre des décisions
- Pensées récurrentes de mort.

Le questionnaire le plus utilisé pour dépister la dépression du post-partum est l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) qui comporte 10 questions (Nanzer, 2009).

La dépression du post-partum peut impacter la relation entre la mère et son nouveau-né. En effet, la mère n'a pas une disponibilité psychique suffisante pour répondre aux besoins de son bébé. Il lui manque l'empathie nécessaire pour ressentir l'état émotionnel du bébé et s'occupe de lui de manière mécanique (Nanzer, 2009).

La psychose du post-partum est une pathologie rare et grave qui affecte 0.1 à 0.3% des accouchements (HUG, 2020). Elle survient dans les deux semaines qui suivent la naissance. Elle se caractérise par une confusion, des idées délirantes, des discours et comportements inhabituels et étranges, ainsi que des hallucinations. Il y a une altération de la perception et de la compréhension de la réalité. Cela peut durer de quelques semaines à plusieurs mois. Cette pathologie nécessite des soins en urgence avec une hospitalisation en psychiatrie et si cela est possible, dans une unité mère-bébé. La prise en charge rapide est essentielle, car il existe un réel risque de suicide ou d'infanticide (Nanzer, 2009).

Le syndrome de stress post-traumatique est défini par le DSM-5 (2015) comme : « le développement de symptômes caractéristiques faisant suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême impliquant le vécu direct et personnel d'un événement pouvant entraîner la mort, constituer une menace de mort ou une blessure sévère, représenter des menaces pour sa propre intégrité physique ». D'après Benzakour et al. (2019) : « ce trouble se manifeste par quatre types de symptômes présents au moins pendant un mois : l'intrusion ou une réexpérience persistante de l'évènement traumatique, des comportements d'évitement de stimuli associés au traumatisme, des altérations négatives de l'humeur ou de la cognition et un état d'hyperactivité neurovégétative ».

6. Autonomie et consentement de la femme

L'autonomie et le consentement de la femme sont des concepts au cœur de l'actualité depuis quelques années, notamment au travers du mouvement féministe qui prend de l'ampleur. Selon Moghadam et Senftova (2005), l'autonomisation est définie comme « le processus complexe d'accession des femmes à une pleine participation à la vie civile, politique, sociale et économique, et à l'exercice des droits correspondants ». En ce qui concerne la santé et l'intégrité physique, les féministes se préoccupent des droits des femmes à la maîtrise de leur corps et à éliminer les violences dont elles pourraient être victimes (Moghadam & Senftova, 2005). « Cela concerne la protection du droit de chaque femme à la vie et au respect de son intégrité physique, de sa vie privée et de sa dignité – autrement dit l'exercice des droits civils des femmes » (Moghadam & Senftova, 2005). Comme mentionné auparavant, tout ceci fait écho avec la déclaration de l'OMS pour « La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de soins » (OMS, 2014).

Le consentement éclairé est directement lié à l'information fournie au patient, ce qui signifie qu'ils font « partie d'un seul et même processus au cours duquel, grâce au dialogue et aux informations échangées entre les professionnels de soins et le patient, ce dernier peut consentir en pleine connaissance de cause à la réalisation d'un acte médical diagnostique ou thérapeutique sur sa personne » (HUG, 2019).

Selon la déclaration de l'OMS de 2014, chaque femme devrait pouvoir donner son consentement éclairé avant tout acte ou décision médicale. Malheureusement, cela n'est pas toujours le cas (OMS, 2014). Le fait d'agir sans l'approbation préalable de la patiente est « une forme de violence sexiste, de plus en plus reconnue dans le monde entier comme une violence obstétricale. Cette violence obstétricale est une violation des droits humains des femmes à la non-discrimination, à la liberté et à la sécurité de la personne, à la santé et à l'autonomie génésiques, et à la protection contre les traitements cruels, inhumains et dégradants » (Diaz-Tello, 2016).

III. Problématique et question de recherche

Comme nous l'avons vu précédemment, les violences obstétricales existent dans les maternités du monde entier, bien que cette thématique soit encore taboue et peu documentée. Un travail est nécessaire afin d'éveiller les consciences et de changer les pratiques médico-soignantes pour garantir aux femmes des soins respectueux. Rappelons qu'en Suisse, le Parlement ne reconnaît pas ces violences comme un problème de santé publique (Le Parlement suisse, 2020), contrairement à la France qui commence à s'y intéresser. En effet, il n'y a que très peu de données épidémiologiques sur les violences obstétricales, étant donné que la Confédération ne reconnaît pas vraiment l'existence du problème. Concernant les épisiotomies, nous savons qu'en Suisse leur taux a diminué, passant de 24,9% des accouchements voie basse en 2012, à 17% en 2017 (Office Fédéral de la Statistique, 2019).

On ne parle que peu des violences obstétricales, mais alors, qu'en est-il des conséquences de ces violences ? Certaines maternités donnent la possibilité aux patientes et leur conjoint, de discuter de leur vécu d'accouchement avec des professionnels formés aux accouchements traumatiques lors d'entretiens (HUG, 2017). Cependant, dans quelles mesures peuvent-ils aborder librement ce qu'ils ont vécu et parler ouvertement de violences obstétricales ? Ont-ils un espace de parole assez neutre pour dénoncer ces violences et parler de leurs conséquences face à des professionnels encore réticents à reconnaître la problématique ?

Après réflexion, plusieurs questions nous sont venues à l'esprit au sujet des violences obstétricales et leurs conséquences. Quelles sont les conséquences des violences obstétricales sur le vécu de l'accouchement ? Est-ce que la dépression du post-partum pourrait être en lien avec les violences obstétricales ? Quelles seront les conséquences sur l'état psychologique de la patiente ? Est-ce qu'une femme qui a été victime de ces violences aura vécu son accouchement comme traumatique ?

Ces questions nous touchent et nous concernent au niveau professionnel et personnel en tant que femmes, futures sages-femmes et futures mères. Tout ceci nous a amené à nous poser la question de recherche suivante :

Quelles sont les conséquences psychologiques des violences obstétricales subies par une femme pendant l'accouchement ?

IV. Méthode : recherche de littérature

Pour commencer notre recherche de littérature, nous avons défini les mots-clés spécifiques en nous aidant de l'outil PICO, ceci afin de trouver les articles scientifiques correspondant à notre question de recherche (Tableau 1).

Tableau 1 : le PICO

	Signification	Application
P	Patient ou problème	Patientes Parturientes
I	Intervention	Violences obstétricales
C	Comparateur	Pas de violences obstétricales
O	Outcomes	Conséquences psychologiques

Dans un deuxième temps, nous avons traduit les mots-clés en utilisant plusieurs outils de traduction : HeTOP traductions, MESH Terms, traduction libre (Tableau 2). De plus, au fil des recherches, nous nous sommes basées sur les mots-clés cités dans les articles retenus, afin d'affiner les termes pour continuer nos recherches.

Tableau 2 : Mots-clés utilisés pour la recherche de la littérature

Mots-clés libres en français Termes dérivés, synonymes...	HeTOP Français (Termes du thésaurus MeSH)	HeTOP Anglais (Termes du thésaurus MeSH à reporter dans PubMed)	Termes proposés par CINAHL (CINAHL Headings)	Mots-clés libres en anglais : Quand le terme MeSH n'existe pas
Parturientes Femmes	Patients Parturition Femmes	Patients Parturition Women	Patients Obstetric patients Women	Parturient
Abus Mauvais traitement Violences en obstétrique	Femmes victimes de violence	Battered women	Patient abuse Battered women	Obstetric violence Abuse Mistreatment
-	-	-	-	-
Traumatisme ; Traumatisme psychologique ; Syndrome de stress post traumatique ; Dépression du post-partum ; Vécu de l'accouchement	Traumatisme psychologique ; Troubles de stress post-traumatique ; Dépression du post-partum	Psychological Trauma ; Post-traumatic stress disorder; Postpartum depression	Psychological Trauma ; Post-traumatic stress disorders ; Postpartum Depression	Childbirth experience Traumatic birth Post-traumatic stress disorder (PTSD)

Ensuite, nous avons combiné nos mots-clés dans plusieurs bases de données telle que PubMed et CINAHL (Tableau 3,4,5).

Concernant les bases de données, nous avons principalement utilisé PubMed qui est un outil de recherche scientifique comportant des millions d'articles (National Library of Medicine & National Center for Biotechnology Information, 2021), où nous avons trouvé le plus d'articles correspondant à notre question de recherche. De plus, nous avons également effectué des recherches sur CINAHL qui est un index d'articles de revues sur les soins de santé. Afin de trouver nos articles, nous avons aussi effectué un screening des bibliographies des premiers articles trouvés ou de ceux proches de notre thématique. Nous avons aussi utilisé le moteur de recherche Google Scholar afin d'étoffer nos recherches avec de la littérature grise, par exemple pour le cadre de référence théorique.

Tableau 3 : Combinaison des mots-clés utilisés

1er concept	AND	2 ^{ème} concept	AND	3 ^{ème} concept
Patients		Obstetric violence		Childbirth experience
OR Parturient		OR Battered women		OR Psychological trauma
OR Partuition		OR Patient abuse		OR Post-traumatic stress disorder (PTSD)
OR Women		OR Mistreatment		OR Depression, post-partum
OR Obstetric patient		OR Abuse		OR Traumatic birth

Tableau 4 : Mots-clés/opérateurs booléens utilisés

Numéro de la recherche	Mots-clés/opérateurs booléens	Nombre d'articles trouvés
1	(((((childbirth experience[MeSH Terms]) OR trauma[MeSH Terms]) OR ptsd[MeSH Terms]) OR post traumatic stress disorder[MeSH Terms]) OR depression[MeSH Terms])) AND ((obstetrical violence[MeSH Terms]) OR obstetric violence[MeSH Terms])) AND (((patient[MeSH Terms]) OR parturition[MeSH Terms]) OR woman[MeSH Terms])	44
2	(((((psychological trauma[MeSH Terms]) OR stress disorders post traumatic[MeSH Terms]) OR depression post partum[MeSH Terms]) OR Childbirth experience[MeSH Terms]) AND Post traumatic stress disorder[MeSH Terms])) AND (((battered woman[MeSH Terms]) OR patient abuse[MeSH Terms]) OR obstetrical violence) OR obstetric violence) OR mistreatment)) AND (((patients[MeSH Terms]) OR parturition[MeSH Terms]) OR women) OR obstetric patient)	7
3	(((((obstetric violence[MeSH Terms]) OR mistreatment[MeSH Terms]) AND "last 10 years"[PDat])) AND (((women[MeSH Terms]) OR patient[MeSH Terms]) AND "last 10 years"[PDat])) AND (((depression, post natal[MeSH Terms]) OR depression) AND "last 10 years"[PDat]) Filters: published in the last 10 years	5

Tableau 5 : Mots-clés pour la recherche de la littérature sur CINHAL

Numéro de la recherche	Mots-clés/opérateurs booléens	Nombre d'articles trouvés
1	(Obstetric violence OR abuse during childbirth) AND (depression)	52

Pour notre travail de recherche, nous avons utilisé le tableau 4 pour trouver deux de nos articles. Deux des autres articles inclus dans notre travail ont été trouvés par cross-referencing, ou grâce à la recherche dans la bibliographie des deux articles précédemment sélectionnés. De plus, nous avons utilisé CINAHL pour élargir nos recherches afin de trouver notre cinquième article.

Tableau 6 : Critères d'inclusion et d'exclusion des articles

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Étude francophone ou anglophone • Femmes ayant accouché • Femmes ayant un vécu négatif de l'accouchement ou vécu un accouchement traumatique • Séquelles psychologiques à la suite de l'accouchement (DPP, SSPT, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Parution avant 2011 • Dépression déjà présente avant l'accouchement ou PMMI (Primary maternal mental illness) • Syndrome de stress post-traumatique déjà présent avant l'accouchement • Concept de violences obstétricales trop vague

La recherche d'articles n'a pas été une étape facile. En effet, le concept de violences obstétricales est une thématique encore taboue et peu documentée dans la recherche scientifique. Il existe beaucoup d'articles parlant des conséquences d'un accouchement traumatique, sur les issues physiques et psychologiques maternelles, mais peu d'entre eux faisant le lien avec les violences obstétricales. Il est difficile de poser un « diagnostic » de violences obstétricales, car il n'y a pas de langage commun accepté pour cela. Trouver des articles mettant en lien les violences obstétricales et leurs potentielles conséquences psychologiques sur la femme a demandé beaucoup de recherches et de lecture, surtout via le cross-referencing des bibliographies des premiers articles trouvés.

Les 5 articles retenus sont donc :

1. Souza, K. J. de, Rattner, D., & Gubert, M. B. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista De Saude Publica*, 51, 69. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006549>

Cet article associe la violence institutionnelle en obstétrique avec la dépression du post-partum, les deux thèmes principaux de notre question de recherche. De plus, la nature quantitative de l'étude et son grand échantillon sont des points forts.

2. Silveira, M. F., Mesenburg, M. A., Bertoldi, A. D., De Mola, C. L., Bassani, D. G., Domingues, M. R., Stein, A., & Coll, C. V. N. (2019). The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression : Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 256, 441-447. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.016>

Cet article questionne l'association entre le manque de respect et les abus faits aux femmes pendant l'accouchement et la dépression du post-partum, les deux thèmes principaux de notre question de recherche. Il se base sur les résultats d'une étude de cohorte faite au Brésil en 2015. De plus, la nature quantitative de l'étude et son grand échantillon sont des points forts. Toutefois, il ne respecte pas à 100% nos critères d'inclusion et d'exclusion, étant donné que les auteurs ont inclus dans l'étude des femmes souffrant de dépression avant l'accouchement. Malgré cela, nous avons choisi de garder cet article, car les auteurs séparent en deux groupes les femmes souffrant d'une dépression avant l'accouchement et celles pour qui ce n'est pas le cas. Dans les résultats, nous pouvons donc nous baser sur celles qui ne souffraient pas de dépression anténatale, afin de répondre à notre question de recherche.

3. Leite, T. H., Pereira, A. P. E., Leal, M. do C., & da Silva, A. A. M. (2020). Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression : Findings from Birth in Brazil Study. *Journal of Affective Disorders*, 273, 391-401. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.052>

Cet article met en lien l'association entre le manque de respect et les abus faits aux femmes pendant l'accouchement et la dépression du post-partum, les deux thèmes principaux de notre question de recherche.

Il se base sur les résultats d'une étude sur la naissance au Brésil. De plus, la nature quantitative de l'étude et son grand échantillon sont des points forts.

4. Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>

Cette étude met en avant la perception des femmes ayant eu une expérience d'accouchement traumatique et les facteurs associés au vécu de l'accouchement. C'est une étude qualitative qui expose un point de vue subjectif. Le terme de violences obstétricales n'est pas explicité comme tel par les auteurs. Par conséquent, nous avons dû interpréter les exemples et les résultats. Toutefois, nous avons décidé de garder cet article, car les exemples mentionnés par les femmes d'actes vécus comme traumatiques sont, d'après les définitions de notre cadre de référence théorique, apparentés à des violences obstétricales.

5. Patterson, J., Martin, C. H., & Karatzias, T. (2019). PTSD post-childbirth : A systematic review of women's and midwives' subjective experiences of care provider interaction. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(1), 56-83. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1504285>

Cette revue systématique synthétise 14 études (qualitatives, quantitatives, mixtes et une étude observationnelle). Elle met en avant les expériences subjectives des interactions entre les femmes et les sages-femmes et le syndrome de stress post-traumatique après l'accouchement. Le terme de violences obstétricales n'est pas cité comme tel dans la revue. Toutefois, nous avons décidé de garder cet article, car les exemples de comportements des sages-femmes envers les femmes sont, d'après les définitions de notre cadre de référence théorique, apparentés à des violences obstétricales.

V. Présentation et articulation des résultats

Tableaux descriptifs des 5 articles

1. Souza, K. J. de, Rattner, D., & Gubert, M. B. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. <i>Revista De Saude Publica</i> , 51, 69. https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006549			
Objectif : Investiguer l'association entre la violence institutionnelle en obstétrique et la dépression du post-partum et le potentiel effet de la race, l'âge et le niveau d'éducation			
Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p><u>Design :</u> Étude quantitative transversale</p> <p><u>Échantillon final :</u> 10'468 femmes</p> <p><u>Variables indépendantes (VI) :</u> liées à la violence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Violence du système de santé • Violence au sein du service • Violence par négligence des soignants • Violence physique par les soignants • Violence verbale par les soignants <p><u>Variable dépendante (VD) :</u> dépression post-partum</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u> Mères avec enfant de moins de 3 mois le jour de la vaccination</p> <p><u>Critères d'exclusion :</u> Aucun</p> <p><u>Mesures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Version courte de l'EPDS • Formulaire validé pour mesurer les interactions avec le personnel de santé 	<p>L'échantillon de femmes a été sélectionné en 2 étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Choisir les centres de santé randomisé 2. Choisir la paire « mère-enfant » sélection systématique dans la queue pour la vaccination <p>Pour la collecte des données, les mères ont dû répondre à un questionnaire sur différents thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins pour l'accouchement • Voie d'accouchement (voie basse/césarienne) • Hôpital de référence ou besoin de chercher un hôpital • Présence d'un accompagnant avant, pendant et après l'accouchement • Violence dans les relations avec le personnel soignant • Dépression post-partum • Caractéristiques familiales • La race, la couleur et l'âge • Le niveau d'éducation <p><u>Lieu et période :</u> District Fédéral au Brésil durant une campagne nationale de vaccination en 2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prévalence DPP = 18.4% • Prévalence plus élevée chez femmes non blanches (prevalence ratio = 1.7) et les adolescentes (prevalence ratio = 2.8) <p>Association positive entre plusieurs indicateurs de la violence en obstétrique et la dépression post-partum :</p> <p>Violence physique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévalence 59 % • 95% CI 54.7-63.1 • OR 1.51 et 95% CI 1.13-2.02 • P value < 0.00 <p>Violence verbale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévalence 50.3 % • 95% CI 47.0-53.5 • OR 1.28 et 95 % CI 0.71-2.29 • P value < 0.00 <p>Violence par négligence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévalence 51.8 % • 95% CI 48.0-55.5 • OR 0.44 et 95% CI 0.19-1.04 • P value < 0.00 <p>Des interactions positives ont aussi été observées entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Violence par négligence par les soignants et la race (β 2.82, 95% CI 6.87-40.89, P value < 0.00) • Violence par négligence par les soignants et l'âge (β -2.30, 95% CI 0.03-0.15, P value < 0.00) • Violence physique par les soignants et l'âge (β 1.76, 95% CI 3.39-9.98, P value < 0.00) • Violence verbale par les soignants et la race (β 1.27, 95% CI 1.91-6.59, P value < 0.00) 	<p><u>Forces :</u> Aucune</p> <p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nature transversale de l'étude (VI et VD examinées simultanément) • Pas de dépistage de la dépression anténatale • Plusieurs points non mentionnés pas les auteurs : soutien social, moment du post-partum où les femmes ont complété le questionnaire, relation avec le père de l'enfant • Méthode de sélection des femmes : sous-estimation de la prévalence de la DPP

2. Silveira, M. F., Mesenburg, M. A., Bertoldi, A. D., De Mola, C. L., Bassani, D. G., Domingues, M. R., Stein, A., & Coll, C. V. N. (2019). The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression : Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 256, 441-447. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.016>

Objectifs : Examiner l'effet des différents types de manque de respect et d'abus (violence verbale, refus de soins, violence physique et procédures non souhaitées) durant l'accouchement sur l'apparition de la dépression post-partum chez la mère et explorer si les associations diffèrent en fonction de l'état dépressif prénatal de la femme

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p><u>Design</u> : Étude quantitative longitudinale</p> <p><u>Échantillon final</u> : 3'065 femmes</p> <p><u>Variables indépendantes</u> :</p> <p>Liées au manque de respect et abus durant l'accouchement</p> <ul style="list-style-type: none"> Violence physique Violence verbale Refus de soins Procédures obstétricales non souhaitées <p><u>Variable dépendante</u> : Symptômes dépressifs/DPP</p> <p><u>Variables confondantes</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> Revenu familial Éducation maternelle Âge Couleur de peau Parité Cohabitation avec un partenaire Grossesse planifiée Réaction des pères lors de la découverte de la grossesse Antécédents de dépression Morbidités liées à la grossesse Type d'accouchement (voie basse ou césarienne) <p><u>Critères d'inclusion</u> : Mères biologiques ayant participé au suivi prénatal et au suivi à 3 mois de la cohorte</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : Aucun</p> <p><u>Mesures</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pour les variables indépendantes : Questionnaire utilisé dans une grande enquête de population menée au Brésil Pour la variable dépendante : EPDS 	<ul style="list-style-type: none"> Échantillon composé de participants à l'étude de cohorte de naissances « Pelotas (Brésil) 2015 » Cohorte basée sur population de toutes les naissances vivantes de mères vivant dans la zone urbaine de la ville de Pelotas (sud du Brésil) Suivi prénatal de la cohorte : toutes les femmes de cette région dont la grossesse est confirmée et dont la date d'accouchement est prévue pour 2015 Femmes enceintes éligibles recrutées dans les services de santé de soins prénataux Femmes ont été interrogées au milieu de la grossesse (16-24 SA) et à 3 mois post-partum <p>Pour la collecte des données, les mères ont dû répondre à différentes questions sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> Violence physique Violence verbale Refus de soins Procédures obstétricales non souhaitées <p>Les symptômes dépressifs ont été évalués par des entretiens en face à face.</p> <p>Un dépistage positif de la dépression prénatale a été défini comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> EPDS ≥ 10 pts <p>Un dépistage positif de la DPP a été défini comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> DPP au moins modérée EPDS ≥ 13 pts DPP grave/sévère EPDS ≥ 15 pts <p><u>Lieu et période</u> : Pelotas, Brésil en 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> 2'164 femmes n'avaient pas de DPA 901 avaient une DPA Prévalence DPP au moins modérée (EPDS ≥ 13 pts) pour les femmes sans DPA : 3.1 % Prévalence DPP grave/sévère (EPDS ≥ 15 pts) pour les femmes sans DPA : 1.4 % 18 % des femmes ont été victimes d'au moins un type d'irrespect et d'abus <p>Une association statistiquement significative qui ressort est la violence verbale qui augmenterait la probabilité d'avoir une DPP grave/sévère pour les femmes sans DPA (résultats ajustés sur les caractéristiques des femmes) : DPP au moins modérée (EPDS ≥ 13 pts) :</p> <ul style="list-style-type: none"> OR = 2.37 ; 95% CI 1.14–4.91 ; P value = 0.09 <p>DPP grave/sévère (EPDS ≥ 15 pts) :</p> <ul style="list-style-type: none"> OR = 3.70 ; 95% CI 1.48–9.25 ; P value = 0.03 <p>L'effet chez les femmes sans DPA était plus important que chez celles avec DPA.</p> <p>La violence physique augmentait les chances d'avoir une DPP grave/sévère chez toutes les femmes (avec ou sans DPA) :</p> <ul style="list-style-type: none"> OR = 2,28 ; 95% CI 1,26-4,12 ; P value = 0.61 <p>Une autre association statistiquement significative qui ressort est le fait d'avoir subi 3 types de mauvais traitements ou plus. Cela augmenterait la probabilité chez toutes les femmes (avec ou sans DPA) d'avoir (résultats ajustés sur les caractéristiques des femmes) :</p> <p>DPP au moins modérée (EPDS ≥ 13 pts) :</p> <ul style="list-style-type: none"> OR = 2.90 ; 95% CI 1.30–6.48 ; P value = 0.009 <p>DPP grave/sévère (EPDS ≥ 15 pts) :</p> <ul style="list-style-type: none"> OR = 3,86 ; 95% CI 1,58-9,42 ; P value < 0.001 	<p><u>Forces</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1ère étude longitudinale visant à évaluer l'association entre le manque de respect et les mauvais traitements infligés aux femmes par les soignants pendant l'accouchement et l'apparition d'une DPP Contrairement à la seule autre étude qui a évalué cette association, cette étude a inclus toutes les femmes ayant accouché dans tous les hôpitaux de Pelotas (environ 99% du total des naissances) Ils ont étudié comment les symptômes dépressifs prénataux interagissent avec le manque de respect et l'exposition aux abus pendant l'accouchement et modifient les associations <p><u>Limites</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le manque de respect et les abus pendant l'accouchement ont été évalués en fonction de la perception qu'ont les femmes de leurs expériences Bien que l'étude fasse état de 4 des types les plus courants de manque de respect et de maltraitance pendant l'accouchement, il serait utile que des études supplémentaires abordent d'autres éléments importants de la maltraitance pendant les soins de maternité Le nombre d'épisodes d'irrespect et d'abus, le type de prestataire impliqué dans la perpétration de mauvais traitements pendant l'accouchement et leur gravité n'ont pas été évalués Il est possible que le statut dépressif au moment de l'entretien ait pu influencer la perception qu'ont les femmes du manque de respect et des mauvais traitements pendant l'accouchement, ce qui a conduit à une mauvaise déclaration des expériences L'apparition de la dépression maternelle a été évaluée par un outil de dépistage, et non par un diagnostic clinique Le fait qu'ils aient limité les analyses aux femmes qui ont été interrogées dans le cadre du suivi prénatal de la cohorte pourrait avoir biaisé les estimations des effets constatés

3. Leite, T. H., Pereira, A. P. E., Leal, M. do C., & da Silva, A. A. M. (2020). Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression : Findings from Birth in Brazil Study. *Journal of Affective Disorders*, 273, 391-401. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.052>

Objectif : Investiguer l'association entre le mauvais traitement des femmes durant l'accouchement et la dépression du post-partum et identifier les caractéristiques associées à l'apparition de l'irrespect et des abus

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p><u>Design</u> : Étude quantitative</p> <p><u>Échantillon final</u> : 23'378 femmes</p> <p><u>Variables indépendantes</u> :</p> <p>Liées aux mauvais traitements (abus et non-respect)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Violence physique • Violence sexuelle • Violence verbale • Stigmatisation et discrimination • Non-respect des normes professionnelles en matière de soins • Manque de soutien aux femmes et par les prestataires • L'état du système de santé et les coûts <p><u>Variable dépendante</u> : DPP</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> :</p> <p>Toutes les femmes et nouveau-nés (nés vivants ou morts nés) admis dans un hôpital pour accoucher considérés comme éligible pour l'étude "Naissance au Brésil"</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accouchements extrahospitaliers • Age gestationnel <20 SA • Mère dont le bébé pèse <500 gr • Femmes qui présentent des troubles mentaux sévères qui empêchent une communication avec l'interviewer • Femmes qui ne parlent pas portugais • Interruption de grossesse • Grossesses gémeillaires (critère propre à cette étude) • Décès néonataux (critère propre à cette étude) <p><u>Mesures</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entretien téléphonique • EPDS 	<p>L'échantillon de femmes a été sélectionné à travers une méthode d'échantillonnage en trois catégories :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stratification préalable des 5 macro-région du pays 2. Localisation (capitale ou non) 3. Type d'hôpital : privé ou public <p>Puis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sélection des maternités où il y a eu plus de 500 naissances par an en 2007 • Échantillonnage inverse pour déterminer le nombre de jours nécessaires pour interroger 90 femmes dans chaque maternité (7 jours) <p><u>Lieu et période</u> :</p> <p>Enquête nationale « Naissance au Brésil » entre février 2011 et octobre 2012 → enquête sur les naissances en milieu hospitalier</p> <p><u>1ère phase: Interview</u></p> <p>En face à face à la maternité dans les 24 premières heures après l'accouchement après avoir eu accès aux dossiers informatisés mères et nouveau-nés</p> <p><u>2ème phase: Mesurer les mauvais traitements pendant l'accouchement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Interview par téléphone entre le 43ème jour post-partum et 6 mois post-partum • 7 questions posées pour mesurer chaque variable indépendante <p><u>3ème phase: Mesurer la DPP avec l'EPDS</u></p> <p>Interview par téléphone entre 6 et 12 mois post-partum (en moyenne à 9 mois post-partum)</p>	<p>Le manque de respect et les abus à la naissance sont associés à l'augmentation du score de la DPP dans les deux secteurs (public et privé) :</p> <p>Prévalence de la DPP dans le secteur public et privé :</p> <p><u>AVB</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévalence 26.3 % ; 95% CI 23.08-29. ; p-value ≤ 0,001 <p><u>Césarienne</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévalence 23.8 % ; 95% CI 22.3-25.2 ; p-value ≤ 0,001 <p>Coefficients standardisés (CS) de l'effet direct de l'irrespect et des abus sur la DPP lors d'AVB :</p> <p><u>Secteur public</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CS 0.222 ; p-value ≤ 0,001 <p><u>Secteur privé</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CS 0.251 ; p-value = 0.014 <p>CS de l'effet direct de l'irrespect et des abus sur la DPP lors de césarienne :</p> <p><u>Secteur public</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CS 0.260 ; p-value ≤ 0,001 <p><u>Secteur privé</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CS 0.219 ; p-value ≤ 0,001 <p>Dans le secteur public, le fait d'avoir subi une césarienne alors que le désir d'accouchement était voie basse a été associé à un manque de respect et à des abus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CS 0.125 ; p-value = 0.021 <p>Dans le secteur privé, l'irrespect et les abus sont associés au fait de ne pas avoir le mode de naissance souhaité :</p> <p><u>AVB non souhaité</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CS 0.448 ; p-value ≤ 0,001 <p><u>Césarienne non souhaitée</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CS 0.144 ; p-value = 0.007 	<p><u>Forces</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Large échantillon de femmes • La DPP est une variable latente, ce qui minimise les erreurs de mesures des instruments • Les pertes de variables collectées par téléphone, un calibrage a été effectué qui attribuait un poids différent à chaque femme interrogée afin de minimiser l'effet de la perte d'informations • La temporalité entre l'irrespect et les abus et la dépression post-partum est garantie puisqu'il est possible de s'assurer que l'exposition précède le résultat <p><u>Limites</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Femmes pas interrogées sur la violence par négligence ou sur la discrimination • Il y a 6 à 12 mois entre l'accouchement et la 2ème phase ce qui peut induire une perte d'échantillonnage • La temporalité entre la 2ème et 3ème phase n'est pas bien définie • Le modèle théorique n'est pas bien défini • ATCD psychiatriques des femmes pas pris en compte

4. Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>

Objectif : Investiguer la perception des femmes ayant vécu une expérience d'un accouchement traumatique et les facteurs associés

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p><u>Design</u> : Étude qualitative</p> <p><u>Échantillon</u> :</p> <p>32 femmes participantes contactées via des groupes de soutien de parents, sur les réseaux sociaux et via l'association des sages-femmes espagnoles</p> <p><u>Variables indépendantes</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compliance au plan de naissance (soignants non empathiques, sentiment d'avoir été mal informée) • Problèmes et abus obstétricaux (accouchement, post-partum) • Lien mère-enfant (peau à peau, allaitement) • Blessures émotionnelles (peur que les choses se passent mal, solitude, stress et frustration) <p><u>Variables dépendantes</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accouchement traumatique, expérience périnatale traumatique • Dépression • Ressenti des femmes, perception de l'accouchement <p><u>Critères d'inclusion</u> :</p> <p>>18 ans</p> <p><u>Critères d'exclusion</u> : Aucun</p> <p><u>Mesures</u> :</p> <p>Entretiens semi-dirigés</p>	<p>Entretiens semi-dirigés d'environ 45 minutes enregistrés et prise de notes.</p> <p>Questions des entretiens (cf. Annexes)</p> <p>6 phases d'analyses par trois chercheurs :</p> <p><u>Phase 1</u> : Se familiariser avec les données en lisant et relisant les interviews pour en extraire les thèmes principaux</p> <p><u>Phase 2</u> : Générer les codes initiaux et relever les données en fonction de chaque code</p> <p><u>Phase 3</u> : Collationner les codes en thèmes potentiels</p> <p><u>Phase 4</u> : Les thèmes ont été revus afin d'être sûr qu'ils correspondaient aux extraits de codes, par rapport à l'entièreté des données</p> <p><u>Phase 5</u> : Thèmes définis à l'aide de mots et de phrases</p> <p><u>Phase 6</u> : Sélectionner extraits pour illustrer les thèmes</p> <p><u>Période et lieu de l'étude</u> :</p> <p>Espagne</p>	<p>5 thèmes principaux négatifs ont été relevés et associés à un accouchement traumatique.</p> <p><u>Thème 1</u> : Compliance au plan de naissance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous-thème 1 : soignants non empathiques • Sous-thème 2 : sentiment d'avoir été mal informée <p><u>Thème 2</u> : Problèmes obstétricaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous-thème 1 : accouchement • Sous-thème 2 : post-partum <p><u>Thème 3</u> : Lien mère-enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous-thème 1 : peau à peau • Sous-thème 2 : allaitement <p><u>Thème 4</u> : Blessures émotionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous-thème 1 : peur que les choses se passent mal • Sous-thème 2 : solitude • Sous-thème 3 : stress et frustration • Sous-thème 4 : dépression <p><u>Thème 5</u> : Expérience périnatale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous-thème 1 : traumatique • Sous-thème 2 : abus obstétricaux 	<p>Pas de forces énoncées par les auteurs</p> <p><u>Limites</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recrutement des participants via groupes de soutien de parents et réseaux sociaux • Échantillonnage ne permet pas de déterminer une zone géographique pour les futures recommandations politiques

5. Patterson, J., Martin, C. H., & Karatzias, T. (2019). PTSD post-childbirth: A systematic review of women's and midwives' subjective experiences of care provider interaction. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(1), 56-83. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1504285>

Objectif : Examiner les recherches primaires concernant le SSPT après l'accouchement qui se sont concentrées sur la qualité de l'interaction avec le prestataire (QPI) du point de vue des femmes qui ont développé le SSPT-AC ou des sages-femmes.

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Design : Revue systématique de 14 études quantitatives et qualitatives</p> <p>Échantillon : Non mentionné</p> <p>Variable indépendante : QPI du point de vue des femmes qui ont développé le SSPT-AC ou des sages-femmes</p> <p>Variable dépendante : SSPT</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> Études où les femmes ou les bébés ne présentaient pas une mortalité ou morbidités graves Études qui évoquent le développement d'un SSPT Études qui exploraient le QPI du point de vue des femmes ou des sages-femmes Études parues après 1980 Langue anglaise Premières recherches Tous pays Répond aux critères du DSM III-IV-V <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> Études qui explorent le diagnostic ou le traitement d'un SSPT Études qui explorent le SSPT en prénatal ou de la vie avec SSPT Études parues avant 1980 Autres langues que l'anglais Pas une première recherche Ne répond pas aux critères du DSM <p>Mesures : Non mentionnées</p>	<p>Procédure de sélection des études :</p> <ul style="list-style-type: none"> Recherche systématique documentaire incluant études qualitatives et quantitatives Documents examinés portent soit sur les expériences subjectives des femmes en matière d'accouchement, en particulier le QPI, soit sur le point de vue des sages-femmes sur le QPI Synthèse narrative réalisée afin de synthétiser les résultats obtenus à partir de diverses méthodologies Listes de concepts et de synonymes créés pour permettre d'identifier les mots-clés et les termes Recherche bibliographique informatisée effectuée entre le 6 et le 12 janvier 2016 sur CINAHL, Medline, PsycINFO et la Collection de Psychologie et des Sciences du comportement Screening des références des articles Suivi régulier des nouvelles recherches du Réseau international pour la recherche du SSPT périnatal La qualité des études évaluée à l'aide des outils du Programme d'évaluation critique des compétences (CASP) <p>Période et lieu : Edinburgh (Ecosse) en 2016</p>	<p>L'expérience subjective de l'accouchement d'une femme est le facteur le plus important pour prédisposer au SSPT-AC.</p> <p>3 éléments du QPI contribuent au développement du SSPT-AC :</p> <ul style="list-style-type: none"> Facteurs interpersonnels, tel que le fait d'être ignoré Facteurs liés aux soins de la sage-femme, tels que le contrôle et la communication Manque de soutien <p>Les sous-thèmes de ces éléments ont été regroupés en 4 groupes thématiques principaux :</p> <ol style="list-style-type: none"> Attitude de la sage-femme <ul style="list-style-type: none"> L'attitude de la sage-femme était importante Le manque de respect, l'humiliation et le désintérêt de la sage-femme ont été signalés Les femmes ont décrit le QPI en utilisant des mots tels que déshumanisant, dégradant, ou trahissant la confiance Certaines femmes ont exprimé le sentiment d'avoir été violées tout en étant physiquement contraintes ou en ayant des mouvements restreints Le fait d'être ignoré a été fréquemment identifié et significatif, et a constitué la sous-catégorie la plus fréquente dans le point « facteurs interpersonnels » représentant 30 % du contenu thématique. C'est le facteur prédicteur le plus fort du développement du SSPT-AC Communication, information et prise de décision <ul style="list-style-type: none"> Le fait de ne pas faire face ou d'avoir un faible sentiment de cohérence a été souligné comme important, renforcé par une mauvaise compréhension de ce qui se passe et par le fait de recevoir de mauvaises informations La mauvaise information étant un facteur significatif Le fait de mal comprendre ce qui se passe par rapport à la façon dont les choses ont été faites ou communiquées Certaines femmes estimaient que les sages-femmes avaient de mauvaises capacités de communication ou négligeaient de communiquer avec elles De nombreuses femmes ont le sentiment de ne pas participer à la prise de décision ou de ne pas avoir le choix Ce manque de communication s'étendait à l'obtention du consentement ce qui était un facteur important Soutien <ul style="list-style-type: none"> Le manque de soutien est significativement corrélé avec le SSPT-AC Le manque de soutien a conduit à se sentir seul, isolé, abandonné ou hors de contrôle Un désir non satisfait de soutien de la part des sages-femmes a contribué de manière significative au développement du SSPT-AC Le contrôle et la confiance dans les sages-femmes <ul style="list-style-type: none"> Le manque de contrôle de la situation ou l'impuissance pendant le travail et l'accouchement ont été identifiés comme importants Certaines femmes ont décrit qu'elles n'avaient aucun contrôle ou qu'elles avaient le sentiment que les sages-femmes exerçaient un contrôle excessif 	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> Cette revue offre un aperçu important des connaissances actuelles concernant les aspects du QPI qui contribuent au développement du SSPT-AC L'approche systématique de cette revue Cette revue a permis de faire la synthèse des recherches existantes et de mettre en évidence un lien significatif entre la perception qu'ont les femmes du QPI et le développement ultérieur du SSPT-AC <p>Limite :</p> <ul style="list-style-type: none"> La limitation à un seul examinateur risque de biaiser le rassemblement et la présentation des résultats

Articulation des résultats par catégories thématiques

1. Prévalence de la dépression post-partum, nombre de mauvais traitements et abus

Dans l'étude de Souza et al. (2017), la prévalence de la DPP dans la population étudiée était de 18,4%. Lors de l'analyse individuelle de toutes les variables sélectionnées, les auteurs ont noté que plusieurs variables sont associées à un risque plus élevé de DPP :

- Violence du système de santé (OR 1.27 ; 95% CI 1.11–1.43)
- Violence dans l'unité de soins (OR 2.54 ; 95% CI 2.31–2.80)

Dans cette étude, d'autres variables sont associées à un risque plus élevé de DPP. Nous les avons analysées plus loin.

Selon l'étude de Silveira et al. (2019), la prévalence de la DPP pour les femmes sans DPA était de 3.1% pour la DPP au moins modérée (EPDS ≥ 13 pts) et de 1.4% pour la DPP grave/sévère (EPDS ≥ 15 pts). Dix-huit pourcents des femmes ont signalé avoir subi un manque de respect et des mauvais traitements pendant l'accouchement. Ces femmes ont été victime d'au moins un type d'irrespect et d'abus. Elles étaient quasiment 1,6 fois plus susceptibles de présenter une DPP (OR 1,56 ; 95 % CI 1,07-2,27). Par conséquent, dans l'échantillon total, une association positive peut être observée entre les probabilités de DPP et le nombre d'expériences d'irrespect et d'abus pour les deux seuils EPDS ($p\text{-value} \leq 0.001$). Les femmes ayant subi trois types ou plus de manque de respect et de maltraitance étaient près de 3 et 4 fois plus susceptibles de souffrir d'une DPP que celles n'en n'ayant pas subi (OR 3.86 ; 95% CI 1.58-9.42). Parmi les femmes sans DPA, le risque d'avoir une DPP était d'environ 7 pour celles qui ont rapporté trois types ou plus d'expériences de manque de respect et de maltraitance (OR 6,87 ; 95% CI 1,32-35,74). Cela augmenterait la probabilité chez toutes les femmes (avec ou sans DPA) d'avoir une DPP au moins modérée (EPDS ≥ 13 pts) (OR 2.90 ; 95% CI 1.30–6.48 ; $p\text{-value} < 0.01$) et une DPP grave/sévère (EPDS ≥ 15 pts) (OR 3,86 ; 95% CI 1,58-9,42 ; $p\text{-value} \leq 0.001$) après avoir ajusté les résultats sur les caractéristiques des femmes.

D'après l'étude de Leite et al. (2020), la prévalence de la DPP chez les femmes ayant accouché par voie basse était de 26,3 % (95% CI 23.8-29.0 ; $p\text{-value} \leq 0,001$) et de 23.8 % (95% CI 22.3-25.2 ; $p\text{-value} \leq 0,001$) pour les femmes ayant accouché par césarienne. Le manque de respect et les abus à la naissance ont été associés de manière similaire à l'augmentation du score de la DPP dans les deux secteurs (public et privé).

La prévalence de la DPP était plus élevée dans le secteur public (27,0 %) que dans le secteur privé (16,0 %). 44,3 % des femmes ont déclaré avoir été victimes d'au moins un cas de manque de respect ou d'abus au cours du processus d'accouchement. La prévalence de l'irrespect et de l'abus lors d'un AVB a été estimée à 36,2% dans le secteur public et à 25,3% dans le secteur privé (95% CI 23.8-29.0 ; p-value $\leq 0,001$).

Toujours dans l'étude de Leite et al. (2020), le manque de respect et la maltraitance lors de l'accouchement étaient associés à un score augmenté de DPP dans le secteur public lors d'AVB (CS 0.222 ; p-value < 0.001). Il en est de même lors de césarienne dans le secteur public (CS 0.260 ; p-value < 0.001) et dans le secteur privé (CS 0.219 ; p-value < 0.001). Dans cette étude, le manque de respect et les abus étaient associés au fait de ne pas avoir le mode de naissance désiré dans les deux secteurs.

Selon l'étude de Patterson et al. (2019), l'expérience subjective de l'accouchement est le facteur de risque le plus important pour développer un SSPT-AC. Trois éléments de la qualité du QPI contribuent au développement du SSPT-AC :

- Facteurs interpersonnels, tels que le fait d'être ignoré
- Facteurs liés aux soins de la sage-femme, tels que le contrôle et la communication
- Manque de soutien.

2. Violence physique par les soignants

D'après Souza et al. (2017), la violence physique faite par les professionnels de santé est le déterminant le plus important de la DPP. La prévalence de la DPP chez les femmes ayant été victimes de violence physique est de 59 % (95% CI 54.7-63.1; OR 1.51 ; 95% CI 1.13-2.02 ; p-value < 0.01). En effet, les auteurs relèvent l'association entre la DPP et la violence physique (OR 5.83 ; 95% CI 4.95–6.87). Comme exemple de violence physique, 6.9 % des femmes se sont plaintes d'examens vaginaux douloureux.

Dans l'étude de Silveira et al. (2019), le même constat est fait. En effet, 5% des femmes ont relaté de la violence physique lors de leur accouchement. En considérant le seuil de dépression marquée à sévère (EPDS ≥ 15), les associations ajustées étaient également significatives pour tous types d'expérience d'irrespect et de maltraitance, ainsi que pour la violence physique. De plus, les femmes ayant subi des violences physiques étaient 2,3 fois plus susceptibles de présenter une DPP que les autres (OR 2.26 ; IC 95 % 1.26-4.08). La violence physique augmentait donc les chances d'avoir une DPP d'un stade grave/sévère chez toutes les femmes avec ou sans DPA (OR 2.28 ; 95% CI 1.26-4.12 ; p-value = 0.61).

3. Violence verbale par les soignants

L'utilisation d'un langage offensant par les professionnels de la santé lors de l'accouchement a également été signalée comme un type de maltraitance par les femmes dans l'étude de Souza et al. (2017). En effet, la violence verbale était également fortement associée à la DPP (OR 5.93 ; 95% CI 5.14–6.87). Dans cette étude, la violence verbale de la part des soignants est aussi un déterminant important de la DPP, sa prévalence étant de 50.3 % (95% CI 47.0-53.5 ; OR 1.28 ; 95 % CI 0.71-2.29 ; p-value < 0.41) (Souza et al., 2017).

Dans l'étude de Silveira et al. (2019), 9% des femmes décrivent avoir subi des violences verbales. Les femmes victimes de ces violences étaient 1,6 fois plus susceptibles de souffrir d'une DPP au moins modérée (EPDS \geq 13) que les autres (OR 1.58 ; 95% CI 1.06-2.33). Le même constat est fait avec l'association significative entre la violence verbale et la survenue d'une DPP grave/sévère (OR 1.69 ; 95 % CI 1.06-2.70). Lorsque les analyses ont été examinées en fonction de la présence de symptômes dépressifs anténataux ou pas, la maltraitance verbale pendant l'accouchement a été associée à une probabilité accrue de DPP chez les femmes qui ne présentaient pas de symptômes dépressifs anténataux, pour la DPP modérée (OR 2.37 ; 95% CI 1.14–4.91 ; p-value 0.09) et pour la DPP grave/sévère (OR 3.70 ; 95% CI 1.48–9.25 ; p-value = 0.03).

4. Violence par négligence des soignants

Dans l'étude de Souza et al. (2017), les femmes qui ont subi des violences par négligence lors de l'accouchement ont un risque 7.5 fois plus élevé de développer une DPP que les femmes qui n'en n'ont pas subi (OR 7.66 ; 95% CI 6.37–9.23). Par exemple, 6% des femmes ont relaté un soulagement inadéquat de la douleur.

La violence par négligence par les professionnels de santé est un déterminant important de la DPP, la prévalence étant de 51.8 % (95% CI 48.0-55.5 ; OR 0.44 et 95% CI 0.19-1.04 ; p-value < 0.00).

5. Expérience obstétricale et périnatale : problèmes et abus obstétricaux

Selon l'étude de Souza et al. (2017), plusieurs facteurs ont été signalés comme des problèmes ou abus. Par exemple, seulement 55,1% des femmes ont déclaré avoir eu un accompagnant de leur choix pendant l'accouchement et 25,6% ont expliqué qu'il n'était pas autorisé par les services (OR 0.39 ; 95% CI 0.30–0.34).

En effet, comme nous le développons plus tard, le fait d'avoir un accompagnant durant l'accouchement est un facteur protecteur de la DPP.

Dans l'étude de Leite et al. (2020), le fait d'avoir subi une césarienne, alors que le désir d'accouchement était un AVB, dans le secteur public, a été associé à un manque de respect et à des abus (CS 0.125 ; p-value = 0.021). Dans le secteur privé, l'irrespect et les abus sont également associés au fait de ne pas avoir le mode de naissance souhaité : AVB non souhaité (CS 0.448 ; p-value < 0.001) et césarienne non souhaitée (CS 0.144 ; p-value = 0.007).

Dans l'étude de Rodríguez-Almagro et al. (2019), les résultats sont présentés sous forme de 5 thèmes principaux et 13 sous-thèmes qui ressortent le plus souvent lorsque les participantes répondent aux questions des entretiens semi-structurés. Nous nous appuyons sur les témoignages des femmes pour tirer les résultats de cette étude. Le sous-thème « problèmes durant l'accouchement » soulève des problèmes découlant des épisiotomies, des lacérations, de la douleur persistante due aux analgésiques inefficaces et aux gestes effectués, malgré une analgésie non optimale. D'autres points sont abordés comme la pose d'une péridurale effectuée avec une technique inadéquate ou à un moment inopportun.

Toujours dans l'étude de Rodríguez-Almagro et al. (2019), dans le thème des « expériences périnatales » et allant un peu plus loin qu'une expérience traumatisante, certaines femmes ont déclaré avoir subi des violences obstétricales, ou s'être senties violées. Cette sensation provient des multiples examens vaginaux effectués par plusieurs professionnels au cours du processus d'accouchement.

"C'était horrible parce que je ne me sentais pas respectée par le personnel de santé qui me traitait, ils venaient et me touchaient sans même se présenter"

(Rodríguez-Almagro et al., 2019, femme 2).

"Quand je suis arrivée à l'hôpital, ils ont vu sur le monitoring que j'avais beaucoup de contractions mais que je ne me dilatais pas, alors la sage-femme a fait une procédure pour commencer à me dilater à chaque examen, et il y en avait beaucoup, j'ai perdu le compte. Je me suis sentie violée encore et encore."

(Rodríguez-Almagro et al., 2019, femme 12).

6. Attitude des soignants

6.1 Soignants non empathiques

D'après l'étude de Rodriguez-Almagro et al. (2019), le sous-thème du manque d'empathie du personnel soignant a été le plus fréquemment commenté et a été mentionné par presque toutes les participantes.

"J'aimerais que les soins donnés aux femmes qui accouchent dans les hôpitaux soient améliorés, elles sont traitées comme du bétail. Il n'y a aucune empathie d'aucune sorte".

(Rodriguez-Almagro et al., 2019, femme 15).

6.2 Communication, information, prise de décision

Dans l'étude de Souza et al. (2017), 3.6% des femmes se plaignent d'un manque de communication et d'explications des professionnels de santé quant aux procédures obstétricales effectuées.

Selon Silveira et al. (2019), 6% des femmes ont relaté des refus de soins de la part des soignants et des procédures indésirables. Toutefois, il n'y a pas de preuve que le refus de soins et les procédures obstétricales non souhaitées sont associés à la survenue d'une DPP dans les analyses ajustées pour les deux seuils EPDS utilisés.

Dans l'étude de Rodríguez-Almagro et al. (2019), le « respect du plan de naissance » est un thème constant dans les réponses des femmes. Les femmes soulignent qu'elles ont besoin de savoir qui les traite et ce qu'il se passe, et surtout de savoir que les soignants vont respecter leur plan de naissance initial.

Les femmes ont souligné l'importance de la question concernant les manœuvres et techniques qui sont effectuées sans leur consentement et sans qu'elles aient reçu d'explications sur la manœuvre ou la raison médicale de celle-ci, telles que le décollement des membranes, l'expression abdominale, les épisiotomies et l'utilisation de forceps et de spatules.

" L'accouchement n'a pas été respecté du tout, j'ai été dupée à partir de la rupture des membranes, qui n'a pas été expliquée du tout. J'ai été maltraitée parce que c'était un jour férié, ils n'ont laissé entrer personne, ils ont fait une expression abdominale.

La façon dont ils m'ont traitée était inacceptable, ils ne m'ont pas laissé pousser, ils m'ont coupée très tôt, je n'ai participé à rien, ils ont sorti mon bébé à l'aide d'une ventouse parce qu'ils étaient pressés, ils ne m'ont pas laissé le voir, et quand ils l'ont fait, ils m'ont dit d'arrêter de pleurer à ce sujet. Ils ont retiré le placenta manuellement, je me suis évanouie parce que j'étais en travail depuis 24 heures et je n'ai pas été autorisée à voir le bébé pendant 2 heures de plus".

(Rodríguez-Almagro et al., 2019, femme 18).

Selon l'étude de Patterson et al. (2019), le fait que la femme ne réussisse pas à faire face à la situation ou qu'elle ait un faible sentiment de cohérence a été souligné comme un facteur important contribuant au développement du SSPT-AC, renforcé par une mauvaise compréhension de ce qu'il se passe et par le fait de recevoir de mauvaises informations. La mauvaise information ou le manque d'information étant un facteur significatif contribuant également au développement du SSPT-AC, tout comme le fait de mal comprendre ce qu'il se passe par rapport à la façon dont les choses ont été faites ou communiquées. Certaines femmes estimaient que les sages-femmes avaient de mauvaises capacités de communication ou négligeaient de communiquer avec elles. De plus, de nombreuses femmes ont eu le sentiment de ne pas participer à la prise de décision ou de ne pas avoir le choix. Ce manque de communication s'étendait à l'obtention du consentement, ce qui était un facteur important prédisposant au développement d'un SSPT-AC.

6.3 Manque de soutien

Dans l'étude de Rodríguez-Almagro et al. (2019), les participantes ont souligné le fait qu'elles se sentaient particulièrement seules après l'accouchement et qu'elles n'avaient pas reçu assez de soutien au cours des premiers mois de vie de leur enfant.

Dans l'étude de Patterson et al. (2019), le manque de soutien est significativement corrélé avec le SSPT-AC. Le manque de soutien a conduit les femmes à se sentir seules, isolées ou abandonnées :

“ Je me suis sentie vraiment abandonnée et seule... Je ne me sentais vraiment pas en sécurité avec ces sages-femmes parce que je savais que si j'avais une hémorragie dans ce lit et que j'appuyais sur le bouton d'urgence, elles m'ignoreront...”

(Patterson et al., 2019)

Un désir non satisfait de soutien de la part des sages-femmes a contribué de manière significative au développement du SSPT-AC (Patterson et al., 2019).

6.4 Contrôle et confiance dans les soignants

Selon l'étude de Patterson et al. (2019), le contrôle et la confiance dans les sages-femmes sont également des facteurs importants contribuant au développement du SSPT-AC. Le manque de contrôle de la situation ou l'impuissance pendant le travail et l'accouchement ont été identifiés comme importants, selon les femmes. Certaines femmes ont décrit qu'elles n'avaient aucun contrôle de la situation ou qu'elles avaient le sentiment que les sages-femmes exerçaient un contrôle excessif. La perception des sages-femmes comme étant incompetentes ou non professionnelles a été soulignée comme un problème, ce qui a entretenu la détresse lorsque la réassurance faisait défaut ou que les femmes avaient l'impression que les sages-femmes paniquaient ou ne contrôlaient pas la situation.

6.5 Attitude de la sage-femme et des soignants

Dans l'étude de Patterson et al. (2019), l'attitude de la sage-femme était un autre facteur important contribuant au développement du SSPT-AC. Plusieurs femmes ont signalé le manque de respect, l'humiliation et le désintérêt de la sage-femme. Les femmes ont décrit le QPI en utilisant des mots tels que : déshumanisant, dégradant, ou trahissant la confiance. Certaines femmes ont exprimé le sentiment d'avoir été violées tout en étant physiquement contraintes ou en ayant des mouvements restreints. Par exemple, « j'essayais de couvrir mes fesses en tenant la blouse, et une infirmière m'a enlevé les mains de la blouse. Je me suis donc sentie violée et on m'a enlevé ma dignité ».

Le fait d'être ignoré a été fréquemment identifié et significatif, et a constitué la sous-catégorie la plus fréquente dans le point « facteurs interpersonnels » représentant 30 % du contenu thématique. C'est le facteur prédicteur le plus fort du développement du SSPT-AC.

7. Facteurs protecteurs

Dans quatre de nos études, les auteurs ont relevé des facteurs protecteurs de la DPP.

Dans l'étude de Souza et al. (2017), la présence d'un compagnon pendant l'accouchement était un facteur de protection contre la DPP (OR 0.39 ; 95%CI 0.30–0.34).

Selon Leite et al. (2020), le manque de respect et les abus étaient plus faibles en présence d'un accompagnateur (CS -0,228) et lorsque de bonnes pratiques étaient adoptées pendant le travail (CS -0,104). De plus, la présence d'un compagnon (CS -0,143) et le fait d'accoucher à un âge plus avancé (CS -0,126) sont associés à moins d'irrespect et d'abus.

D'après Rodríguez-Almagro et al. (2019), les femmes mentionnent également que le soutien de la famille est bon, car il les aide à traverser les moments où elles se sentent plus émotive.

Enfin, dans l'étude de Patterson et al. (2019), les auteurs ont soulevé que le sentiment des femmes que les sages-femmes contrôlent la situation constitue un facteur de protection important pour le développement d'un SSPT-AC.

VI. Dimension éthique

La dimension éthique est fondamentale dans la recherche d'articles scientifiques, tout comme elle l'est dans la profession de sage-femme. Tout au long de notre formation, nous sommes sensibilisées aux principes éthiques suivants :

- L'autonomie qui est la capacité de déterminer ses propres choix et prendre ses propres décisions
- La bienfaisance qui est une action de faire du bien ou le souci de vouloir le bien
- La non-malfaisance qui signifie ne pas nuire, de ne pas causer de problèmes ou d'effets négatifs
- Le respect qui est le fait de prendre en considération l'intégrité, les croyances, les valeurs, le rythme et les modes de vie ainsi que la vie privée

(B. Michoud Bertinotti, document non publié [Support de cours "La philosophie sage-femme", 2019]).

Dans cette recherche d'articles, ces principes d'éthique sont respectés et étudiés.

Analyse de la partie éthique de nos 5 articles sélectionnés :

1	Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression (Souza et al., 2017)	Étude approuvée par le comité de recherche de la Faculté des sciences et de la santé de l'Université de Brasília. (Process 13010)
2	The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study (Freitas Silveira et al., 2019)	Étude approuvée par le comité d'éthique de recherches de l'école d'éducation physique de l'Université Fédérale de Pelotas le 5 février 2014 sous le numéro CAAE 26746414.5.0000.5313. Toutes les femmes ont donné leur consentement éclairé par écrit

3	Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil study (Henriques Leite et al., 2020)	Étude approuvée par un comité d'éthique de la recherche reconnu par le ministère brésilien de la santé et par la commission brésilienne de la recherche (CONEP) sous le numéro CAAE 0096.0.031.000-10. Toutes les précautions ont été prises pour garantir la confidentialité des données.
4	Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience (Rodriguez-Almagro et al., 2019)	Étude approuvée par le comité des recherches cliniques (CEIC, acronyme en espagnol) du centre Mancha-Centro, avec 69-C comme code éthique
5	PTSD post-childbirth: a systematic review of women's and midwives' subjective experiences of care provider interaction (Patterson et al., 2018)	Pas de paragraphe concernant l'éthique dans cette étude mais c'est une revue systématique et il existe une partie éthique dans chacune des 14 études incluses

VII. Discussion

L'accouchement est un moment unique dans la vie d'une femme et il peut être vécu de manière totalement différente entre les individus. L'expérience subjective de l'accouchement qu'une femme pourra vivre est influencée par ce qu'elle aura vécu lors de la naissance de son enfant et peut potentiellement avoir diverses répercussions sur sa santé psychique.

Dans notre travail, nous avons constaté qu'il y avait une association entre les violences obstétricales de toutes sortes subies par une femme lors de son accouchement et des séquelles psychologiques, comme la dépression du post-partum et le syndrome de stress post-traumatique, confirmant notre hypothèse de recherche initiale.

1. Prévalence de la dépression post-partum, nombre de mauvais traitements et abus

Tout d'abord, il est important de revenir sur une notion théorique : plusieurs facteurs peuvent causer une expérience traumatique de l'accouchement pour une femme. Par exemple, l'interaction entre l'équipe soignante et la patiente, le manque de communication, le fait de réaliser une procédure médicale sans le consentement préalable de la patiente peuvent être apparentés à des violences obstétricales.

Il est intéressant de noter que les femmes en post-partum ayant perçu leur accouchement comme traumatique présentent des niveaux significativement élevés de dépression, d'anxiété et de stress (Türkmen et al., 2020). Selon Filha et al. (2016), la dépression post-partum est le problème de santé mentale le plus fréquent chez les femmes ayant récemment accouché. Dans leur étude, la prévalence de dépression post-natale est de 26,3%.

Deux de nos études chiffrent la prévalence de la dépression post-partum au même niveau. Celle de Souza et al. (2017) relève que la prévalence de la dépression post-partum dans la population étudiée est de 18,4%. D'après l'étude de Leite et al. (2020), la prévalence de la dépression post-partum chez les femmes ayant accouché par voie basse est de 26,3 % et de 23.8 % pour celles ayant accouché par césarienne. Une autre étude diffère complètement concernant la prévalence de la dépression post-partum. En effet, selon l'étude de Silveira et al. (2019), la prévalence de la dépression post-partum pour les femmes sans dépression anténatale était de 3.1% pour la dépression post-partum au moins modérée (EPDS ≥ 13 pts) et de 1.4% pour la dépression post-partum grave/sévère (EPDS ≥ 15 pts).

De manière plus large, si l'on s'intéresse à la prévalence du syndrome de stress post-traumatique, l'étude de De Schepper et al. (2016) confirme les chiffres des études de Souza et al. (2017) et de Leite et al. (2020). En effet, la prévalence des symptômes du syndrome de stress post-traumatique après l'accouchement varie de 22 % à 24 % au cours de la première semaine et de 13 % à 20 % au bout de six semaines de suivi. Une autre étude constate les mêmes résultats car 21,15 % des femmes répondaient aux critères diagnostiques complets du syndrome de stress post-traumatique à la 6^{ème} semaine post-partum (Schwab et al., 2012).

Il est donc pertinent de se demander pourquoi la prévalence des conséquences psychologiques, ici de la dépression post-partum, diffère autant dans l'étude de Silveira et al. (2019) par rapport aux autres études. Les critères d'expositions de l'étude de Silveira et al. (2019) sont divisés en quatre dimensions : les femmes présentant une dépression anténatale et les femmes sans dépression anténatale, une dépression post-partum modérée (EPDS ≥ 13 pts) et une dépression post-partum grave/sévère (EPDS ≥ 15 pts). On peut s'interroger si la différence est due à la typologie de ces catégories. On peut s'imaginer que les femmes présentant une dépression anténatale seraient influencées dans leurs réponses aux questionnaires de par leur état psychologique déjà existant.

Concernant la procédure de cette étude, on ne sait pas qui a mené les entretiens (sages-femmes, psychologues, médecins, etc.) ni quelles questions ont été posées aux femmes pour récolter les variables indépendantes. De plus, dans cette étude, l'échantillon de femmes est faible par rapport aux autres. On peut relever un autre biais dans cette étude : le fait que les femmes interrogées étaient déjà suivies en prénatal et qu'elles ont été interrogées à 3 mois post-partum, ce qui est tard pour dépister une dépression post-partum. Tous ces éléments pourraient peut-être expliquer cette différence de prévalence.

Concernant le nombre de mauvais traitements, les chiffres diffèrent passablement d'une étude à l'autre. D'après Silveira et al. (2019), 18% des femmes ont signalé avoir subi un manque de respect et des mauvais traitements pendant l'accouchement. Ces femmes ont été victimes d'au moins un type d'irrespect et d'abus. Dans l'étude de Leite et al. (2020), ce sont 44,3% de femmes qui ont déclaré avoir été victimes d'au moins un cas de manque de respect ou d'abus au cours du processus d'accouchement. On constate que c'est plus du double par rapport aux résultats de l'étude de Silveira et al. (2019). En élargissant nos recherches, nous trouvons également des différences entre les études. Dans celle de Baranowska et al. (2019), 81% des femmes ont subi des violences ou des abus de la part du personnel médical à au moins une occasion, alors que dans celle de Mesenburg et al. (2018), ce sont 18,3% des femmes qui rapportent au moins un type de manque de respect ou d'abus, des résultats comparables à ceux de Silveira et al. (2019).

Encore une fois, on peut s'interroger sur une telle différence. Dans toutes les études ci-dessus, les exemples donnés de manque de respect ou d'abus correspondent à notre compréhension des violences obstétricales. En revanche, les zones géographiques diffèrent entre les études (p. ex. Brésil vs Pologne). On peut donc se demander si ces différences chiffrées pourraient être dues aux systèmes de santé qui ne sont pas les mêmes entre ces pays, à la différence de formation des soignants entre l'Europe et l'Amérique latine, à la différence de prise en soins des patientes ou à la façon de récolter les informations auprès des femmes.

2. Violence physique par les soignants

La violence physique est souvent la première chose qui nous vient à l'esprit lorsqu'on parle des violences obstétricales. Cependant, nous avons pu constater dans deux de nos articles, qu'elles ne sont pas explicitées en détails, alors qu'elles ont un rapport direct avec la dépression du post-partum. D'après Souza et al. (2017), la violence de type physique de la part des professionnels de santé sur leurs patientes serait le déterminant le plus important de la dépression post-partum.

La violence physique dans cet article n'est cependant pas décrite et seulement illustrée sous un aspect, le fait de subir des examens vaginaux douloureux, rapporté par 6.9% des femmes.

Dans l'étude de Silveira et al. (2019), les chiffres correspondent à la première étude mentionnée, car 5% des femmes expliquent avoir subi des violences physiques et le risque qu'elles développent une dépression post-partum est 2,3 fois plus élevé. Dans l'étude de Mesenburg et al. (2018), 5% des femmes ont également déclaré avoir subi des violences physiques lors de leur accouchement. Toutefois, dans cette étude, le lien n'est pas fait avec la dépression post-partum ou le syndrome de stress post-traumatique.

L'article de Asefa et al. (2018) présente des chiffres plus élevés de violences physiques chez un quart des patientes (25.9%) et les décrit : forces physiques, gifles ou coups. Ce point de vue est intéressant car il relève du point de vue des sages-femmes et non des patientes. En effet, cette étude se base sur les dires des sages-femmes concernant les établissements de santé où elles travaillent. Bien entendu, le lien avec des conséquences psychologiques sur la femme n'est donc pas évalué dans cette étude.

Il est difficile d'expliquer cette différence de chiffres. Il est possible que ce changement de point de vue, celui des sages-femmes, soit une raison qui explique ce chiffre plus élevé. Il est également possible que la localisation de l'étude, en Éthiopie, puisse être un facteur à ne pas négliger. En effet, dans nos cinq articles choisis, aucun n'est originaire d'un pays africain et de ce fait, il est peut-être compliqué de comparer les chiffres de ces différentes études. On peut s'interroger sur les différences de moyens et de prises en charge des femmes, mais également sur leurs connaissances des violences obstétricales.

3. Violence verbale par les soignants

Tout comme la violence physique, la violence de type verbal est corrélée à un risque accru de dépression post-partum, selon l'étude de Souza et al. (2017), mais également selon Silveira et al. (2019) qui estiment à 9% le nombre de femmes ayant subi des violences verbales. Le risque de développer une dépression post-partum serait 1.6 fois plus élevé chez ces dernières.

Un article datant de mars 2021 vient appuyer l'effet négatif d'un langage inapproprié durant l'accouchement. En effet, d'après Vimalasvaran et al. (2021), un langage insensible et inadapté de la part des soignants envers la femme durant son accouchement pourrait avoir un impact direct sur son autonomie, mais également affecter de manière négative l'expérience de son accouchement.

Ils mentionnent également que ce type de comportement entrave le contrôle de la femme et affecte son autonomisation, deux facteurs qui pourraient la protéger des violences obstétricales et du risque de développer une pathologie psychiatrique dans le post-partum (Vimalesvaran et al., 2021).

4. Violence par négligence des soignants

La violence par négligence est une violence plus subtile, moins visible. Pour rappel, elle peut être présente, par exemple, dans le manque de soins ou le manque d'attention et elle est faite principalement de manière non intentionnelle ou non consciente, mais peut tout de même nuire à la personne qui la subit.

Selon Souza et al. (2017), les femmes qui ont subi de la violence par négligence ont un risque 7 fois plus élevé de développer une dépression post-partum que celles qui n'en n'ont pas subi. En effet, la violence par négligence de la part des soignants est un facteur prédisposant à une dépression post-partum et sa prévalence est de 51,8 %. L'étude de Baranowska et al. (2019) va dans le même sens. En effet, selon cette étude, 19,3% des femmes ont déclaré que le personnel ne s'occupait pas correctement de leur intimité et 20 % des femmes disent avoir été traitées avec négligence.

5. Violence institutionnelle

Nous avons vu dans l'articulation des résultats que, selon l'étude de Souza et al. (2017), plusieurs facteurs liés à la violence institutionnelle seraient significativement associés à la dépression post-partum. La littérature ne montre pas de résultats univoques.

Dans leur étude, l'indicateur de violence lié au système de santé, représenté par la difficulté de trouver un hôpital pour accoucher, a montré une association positive significative avec la dépression post-partum dans l'analyse univariée. Cependant, il n'était pas un facteur de risque pour le développement de la dépression post-partum lorsque d'autres variables étaient incluses dans le modèle. En effet, l'accès aux services de santé reproductive, la recherche d'une assistance médicale et les longues attentes semblent être des caractéristiques du système de santé brésilien et, parce qu'ils sont intrinsèques à la culture, ils ne sont souvent pas considérés comme un type de violence. Cela va à l'encontre des recommandations de l'OMS et de la loi brésilienne, selon laquelle une parturiente a le droit garanti de savoir dans quelle maternité elle va accoucher (Souza et al., 2017).

Par conséquent, la violence liée au système et aux services de soins de santé a perdu sa force d'association, ce qui met en évidence l'importance de la violence des professionnels de la santé dans la détermination de la dépression post-partum.

Dans notre revue de littérature, nous avons 3 articles brésiliens (Souza et al., 2017 ; Silveira et al., 2019 ; Leite et al., 2020). Ces éléments peuvent donc être applicables à ce pays, voire à l'Amérique latine. Toutefois, nous savons que cela n'est pas le cas en Suisse, car l'accès aux soins est un principe fondamental du système de santé suisse. En effet, même pour les personnes en situation précaire et sans statut légal, l'accès aux soins est possible grâce à la consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO) (HUG, 2021).

6. Expérience obstétricale et périnatale : problèmes et abus obstétricaux

La catégorie d'expérience obstétricale et périnatale est une grande catégorie qui regroupe plusieurs thèmes et exemples. Nous avons décidé de garder cette catégorie, car dans l'étude de Rodríguez-Almagro et al. (2019), c'est un des thèmes importants relevés par les femmes qui disent avoir gardé une expérience traumatique de leur accouchement. Plusieurs des exemples que nous y avons mis pourraient également se retrouver dans d'autres catégories de nos résultats.

Dans l'étude qualitative de Rodríguez-Almagro et al. (2019), les résultats sont formulés selon les témoignages de femmes au travers d'exemples. Certaines d'entre elles affirment s'être senties violées ou non considérées, car le personnel soignant ne s'était pas présenté.

Selon Souza et al. (2017) et Leite et al. (2020), les femmes ont donné d'autres exemples apparentés, selon elles, à des problèmes ou des abus obstétricaux. Ces dernières ont rapporté ne pas avoir eu un accompagnant de leur choix pendant l'accouchement et qu'elles n'ont pas forcément eu non plus le mode de naissance désiré (p. ex. césarienne alors que le désir était un accouchement par voie basse). Ceci s'explique probablement par la culture brésilienne où nous savons que le taux de césarienne est très élevé.

En effet, selon Brugeilles (2014), le taux de césarienne au Brésil est de 52 %, mais on sait que cela peut être bien plus élevé selon les régions du pays.

Plusieurs autres études relèvent les mêmes thèmes et exemples dans l'expérience obstétricale et périnatale de l'accouchement. Schwab et al. (2012) et Allen et al. (1998) soulignent plusieurs thématiques comme la peur, la douleur, le besoin d'information, de compassion, de soins et de sensibilité, comme des facteurs influençant l'expérience de la femme.

D'après Soet et al. (2003), l'expérience de l'accouchement peut avoir un impact important sur la santé mentale des femmes, notamment si elles ont ressenti de la douleur ou si la naissance n'a pas répondu à leurs attentes. De plus, les niveaux de soutien social, d'auto-efficacité, de contrôle, d'anxiété et d'adaptation sont des facteurs prédisposant au développement d'un syndrome de stress post-traumatique (Soet et al., 2003). Pour McKenzie-McHarg et al. (2015) et Dikmen-Yildiz et al. (2017), les exemples sont similaires à ceux de Rodríguez-Almagro et al. (2019). En effet, selon eux, les émotions négatives sont fréquemment mentionnées dans les études qualitatives. Parmi les exemples d'émotions négatives vécues pendant l'accouchement et le post-partum, ils citent le sentiment d'impuissance, les sentiments d'humiliation et de choc, ainsi que le sentiment d'être violée et complètement déshumanisée.

7. Attitude des soignants : soignants non empathiques

Le terme d'empathie, et surtout la perception des femmes d'un manque d'empathie de la part des soignants, n'a été retrouvé que dans un seul article sur nos cinq sélectionnés. En effet, seul Rodríguez-Almagro et al. (2019) ont établi un sous-thème appelé : « manque d'empathie du personnel soignant ».

Lorsque nous avons étendu nos recherches à d'autres articles, le même constat a été fait, ce qui peut paraître étonnant, l'empathie étant un terme très souvent relié au monde médical.

Cependant, en analysant nos articles, nous avons constaté que plusieurs sujets récurrents, dans les témoignages et résultats des articles, peuvent aisément être corrélés à un manque d'empathie. Nous allons développer ces différents points.

8. Communication, information, contrôle et prise de décision

La communication entre les soignants et les patientes est un thème retrouvé dans nos cinq articles sélectionnés. Selon Silveira et al. (2019) et Souza et al. (2017), entre 3.6% et 6% des femmes se sont plaintes d'un manque de communication et d'explications de la part des soignants, mais également de procédures indésirables et non consenties. L'étude de Eliasson et al. (2008) explique que la manière de parler et la communication des soignants peuvent avoir un impact significatif sur le sentiment de contrôle, ainsi que sur la capacité à pouvoir prendre des décisions éclairées lors de l'accouchement.

De la même manière, l'étude qualitative de Rodriguez-Almagro et al. (2019) a fait émerger le thème « respect du plan de naissance », ainsi que le besoin des femmes de comprendre et de pouvoir donner leur consentement de manière libre et éclairée concernant des manœuvres obstétricales invasives. Ce manque de communication, d'information et surtout de consentement, a été signalé par presque 32 des participantes à cette étude.

L'étude polonaise de Baranowska et al. (2019) vient appuyer ce résultat en constatant que plus de la moitié des abus signalés par les femmes étaient de subir des gestes et procédures médicales sans consentement donné.

L'étude éthiopienne Asefa et al. (2018), qui prend le point de vue des soignants, fait globalement le même constat. En effet, 50,3% des participants ont relaté qu'ils n'obtiennent généralement pas le consentement des femmes avant toute intervention ou tout simplement, ne le demandent pas.

Concernant la corrélation entre la mauvaise communication des soignants durant l'accouchement et les conséquences psychologiques sur les femmes, les opinions divergent. Dans l'étude de Silveira et al. (2019), les preuves statistiques ne permettent pas d'établir un lien clair entre les procédures obstétricales imposées aux femmes et la survenue d'une dépression post-partum.

Toutefois, par rapport au SSPT, Patterson et al. (2019) ont des résultats significatifs entre le fait d'avoir une mauvaise, voire une absence totale de compréhension de la situation souvent due à un manque accru de communication, et le développement d'un SSPT-AC dans le post-partum. L'étude de Olde et al. (2005) a également établi comme facteur de risque au développement d'un SSPT, les aspects négatifs du contact entre le personnel et la mère, ainsi que la perte de contrôle de la situation par la femme. Patterson et al. (2019) établissent que le contrôle et la confiance envers les sages-femmes sont des facteurs non négligeables et qui contribuent au développement du SSPT-AC. De plus, Hollander et al. (2017) estiment que le manque et la perte de contrôle de la situation sont les points les plus souvent relevés par les patientes (54,6%) et qu'ils contribuent grandement à l'expérience traumatique de l'accouchement.

Pour terminer, l'étude de Menage et al. (1993) trouvait déjà des liens il y a près de 30 ans entre le stress psychologique causé par les procédures obstétricales et les troubles psychiatriques et en particulier le SSPT-AC. Les expériences et les violences relatées par les femmes sont tout à fait semblables à celles évoquées dans nos articles et également tout au long de notre travail. Il est intéressant de constater que déjà en 1993, les effets d'un accouchement traumatique étaient mis en lien avec le SSPT-AC sans toutefois mettre des choses en place, afin de réduire ces mauvais comportements en maternité.

9. Manque de soutien et attitude de la sage-femme et des soignants

Comme nous l'avons vu dans l'étude de Patterson et al. (2019), le manque de soutien perçu par les femmes et l'attitude des soignants sont significatifs dans le risque de développer un SSPT-AC. Cela peut être dû au manque de respect verbal sous forme de mots déshumanisants et dégradants, mais également au désintérêt du soignant pour sa patiente. Mckenzie-Mcharg et al. (2015) font le même constat dans leur étude. En effet, les actions ou réactions des soignants peuvent entraîner une perception de la prise en soin vécue comme irrespectueuse, déshumanisante et effrayante et de ce fait, engendrer des accouchements traumatiques (Mckenzie-Mcharg et al., 2015).

Hollander et al. (2017) évoquent un manque de soutien émotionnel qu'ils définissent comme le fait de ne pas être prise au sérieux quant à la douleur et à leur perception de l'avancée du travail de l'accouchement, mais également le fait d'être laissée seule pendant le travail et de ce fait, un sentiment d'être ignorée. Comme nous l'avons déjà vu dans la revue systématique de Patterson et al. (2019), le fait d'être ignoré a été énormément identifié et associé significativement au développement d'un SSPT-AC. Les auteurs relèvent aussi un aspect important et qui appuie le fait que la perception des événements est quelque chose de très subtile. En effet, même si une sage-femme accomplit ses soins de manière appropriée, une perception négative de la femme sur la « manière d'être » et ce que dégage la sage-femme, est corrélé significativement au développement d'un SSPT-AC. Cela souligne l'importance de l'attitude, notamment du comportement non verbal, donc l'importance du « être » plutôt que du « faire » des soins.

10. Forces et limites

Notre revue de la littérature présente diverses forces. Les études sélectionnées sont récentes (2017 à 2020) amenant un regard actuel sur la problématique, qui donnent des chiffres sur la situation actuelle et entrent dans nos critères d'inclusion/exclusion.

Le sujet est très actuel en lien avec le mouvement féministe, la protection des droits des femmes et l'empowerment de celles-ci. Ces thématiques nous tiennent beaucoup à cœur dans notre métier de sage-femme. Nous avons choisi plusieurs types d'études qui permettent une analyse de la problématique sous divers angles (3 études quantitatives, 1 qualitative et 1 revue systématique comprenant 14 études dont des études qualitatives, quantitatives, mixtes et une étude observationnelle). De plus, nous avons pu définir les violences obstétricales et en donner plein d'exemples.

Les limites de notre revue de la littérature sont les suivantes. La question de recherche à laquelle nous souhaitions répondre dans ce travail était une limitation dans notre sélection d'articles, étant donné son caractère récent et encore peu étudié et que la définition des violences obstétricales n'est pas encore reconnue dans la littérature. Par exemple, entre notre travail de recherche de 2^{ème} année et le travail de Bachelor de cette année, nous avons trouvé des articles scientifiques récents qui n'existaient pas encore il y a quelques mois. Le terme de violences obstétricales n'est pas toujours mentionné clairement dans les articles. Il a été parfois nécessaire d'interpréter les articles pour se rendre compte qu'ils correspondaient tout de même à notre question de recherche. La manière dont nous avons choisi de classer les violences obstétricales dans les résultats est personnelle et en relation avec certains sous thèmes trouvés dans nos articles.

Cependant, il serait tout à fait possible de les classer d'une manière différente. Dans nos cinq articles, il n'est pas toujours mentionné qui sont les soignants (sages-femmes, infirmières, gynécologues, etc.) qui font subir des violences. Cela pourrait influencer le ressenti des femmes et surtout les recommandations pour de meilleures pratiques pourraient différer au sein de la formation de chaque profession.

Trois de nos articles ont été réalisés au Brésil, on peut donc se demander si leurs résultats seraient applicables à nos pratiques européennes/suisses. De plus, il est important de toujours garder un regard critique sur tous les résultats, car la thématique est subjective et la dépression post-partum est souvent sous-estimée chez les femmes. En effet, les études sur le syndrome de stress post-traumatique sont anciennes, alors que celles sur la dépression post-partum sont récentes. Il est important de préciser que ce sont deux notions différentes et qu'il n'est pas toujours possible de les comparer. Dans nos articles, la dépression post-partum est souvent dépistée. Cependant, on ne sait pas si cela va jusqu'au diagnostic posé par un médecin. Pour finir, le large spectre des troubles psychiques liés à la période périnatale est encore mal compris et, par conséquent, sous diagnostiqué et sous-traité.

Nous avons souhaité critiquer certains des articles choisis et en ressortir des limites non mentionnées par les auteurs et non mentionnées dans nos tableaux.

Article	Limites
Silveira et al., 2019	<ul style="list-style-type: none"> – Résultats pas faciles à lire, ni à comprendre – Incohérences entre les chiffres et le texte – Résultats statistiquement significatifs dans le résumé, mais qui ne le sont pas tous dans les tableaux – Résultats séparés en 4 dimensions, ce qui rend leur compréhension et interprétation compliquées – A 3 mois PP : trop tard pour dépister une DPP
Leite et al., 2020	<ul style="list-style-type: none"> – Méthode de sélection des femmes non mentionnée – Réalisation des interviews : qui les a réalisés ? – A 9 mois PP : trop tard pour dépister une DPP – Compréhension des résultats difficile : méthode d'analyse complexe et manque de clarté sur les scores utilisés pour analyser les résultats – Résultats séparés en 4 dimensions ce qui rend leur compréhension et interprétation compliquées – Complexité dans la compréhension des résultats : les auteurs ont voulu mesurer la force et la significativité de l'association entre un indicateur qualitatif (oui/non) des violences obstétricales et un indicateur quantitatif ordinal (de 0 à 30)
Rodríguez-Almagro et al., 2019	<ul style="list-style-type: none"> – Résultats difficiles à interpréter – Violences obstétricales pas citées telles quelles mais sous forme d'exemples – A nous d'interpréter les réponses aux questions – Pas de mise en relation avec les séquelles psychologiques – Lien entre les violences obstétricales et les conséquences psychologiques développé dans la problématique et non dans les résultats
Patterson et al., 2019	<ul style="list-style-type: none"> – Articles anciens (1992 à 2016) – Traitent uniquement du SSPT pas DPP

VIII. Retour dans la pratique

1. Situation en Suisse

Dans notre travail, trois études analysées sur cinq ont eu lieu au Brésil. Nous pouvons donc nous demander si ces résultats seraient applicables à la Suisse et s'ils reflètent ce qui est fait en pratique dans notre pays.

Premièrement, il est important de se rendre compte de la réalité des choses et que les violences obstétricales existent en Suisse. Rappelons-nous que d'après l'étude brésilienne de Silveira et al. (2019), 18% des femmes ont signalé avoir subi un manque de respect et des mauvais traitements pendant l'accouchement. Selon une enquête menée par la Haute École Spécialisée bernoise sur la coercition¹ obstétricale en Suisse et l'expérience de l'accouchement, 27% des femmes disent avoir subi de la coercition informelle pendant l'accouchement (Oelhafen et al., 2020).

Cela signifie « qu'elles se sentaient mal informées, sous pression, intimidées ou qu'elles n'étaient pas d'accord avec une décision de traitement » (Oelhafen et al., 2020). De plus, 48% des femmes qui ont subi de la coercition informelle pendant l'accouchement manifestent avoir une expérience négative de leur accouchement (Oelhafen et al., 2020).

En outre, d'après Oelhafen et al. (2020) :

Certaines femmes ont également vécu d'autres situations désagréables pendant l'accouchement : 10% des femmes ont déclaré que les spécialistes ont fait des remarques insultantes ou dérogatoires envers elles. Deux femmes sur cinq ont indiqué que leur liberté de mouvement était limitée pendant l'accouchement.

Ces exemples cités par Oelhafen et al. (2020) correspondent à la large définition des violences obstétricales que nous avons faite. De plus, ils affirment « qu'une femme sur quatre subit une coercition informelle pendant l'accouchement, et cette expérience est associée à un risque de dépression post-partum et à une moindre satisfaction de l'accouchement » (Oelhafen et al., 2020).

Selon l'Association Dépression Postpartale Suisse, environ 15% des femmes souffrent d'une dépression post-partum à la suite de l'accouchement en Suisse. Nous constatons que les chiffres convergent à ceux reportés dans l'étude de Souza et al. (2017), où la prévalence de la dépression post-partum était de 18,4%. Cela nous amène à réfléchir sur l'importance et la gravité des séquelles psychologiques maternelles à la suite d'un accouchement traumatique.

¹ La coercition est « l'action de contraindre » (Larousse, 2021).

En effet, d'après l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles en France (INSERM, 2021) :

La grossesse et le post-partum sont associés à un risque accru d'apparition de troubles mentaux d'intensité et de gravité variables. Les enjeux physiologiques et psychosociaux de la période périnatale fragilisent davantage les femmes vulnérables. Vingt pour cent des femmes présenteraient dans cette période des troubles mentaux variant de l'anxiété ou du baby-blues à la dépression et plus rarement à la psychose du post-partum. Entre 5% et 14% des femmes présenteraient des idées ou des intentions suicidaires, facteur de risque important de passage à l'acte. Le suicide devient l'une des deux premières causes de mortalité maternelle en France, soit 13,4 % des morts maternelles (INSERM, 2021).

Tous ces éléments nous amènent à nous interroger sur comment améliorer nos pratiques et ce que l'on pourrait faire pour éviter des conséquences aussi graves sur la santé de la femme et toutes les répercussions que cela implique.

2. Sur le terrain

Actuellement dans nos maternités suisses, il existe des consultations spécialisées en post-partum, concernant les vécus d'accouchement et également en prénatal pour dépister les situations à risque.

En effet, les HUG proposent aux femmes ayant vécu un accouchement difficile, une consultation avec une sage-femme spécialisée, afin de décortiquer le déroulement de l'accouchement. C'est également un espace qui permet de poser leurs questions, de déposer leur vécu et leurs émotions. Le rendez-vous peut être pris dès la naissance, dans le post-partum et également lors d'une nouvelle grossesse. Cependant, cette consultation n'est finalement proposée qu'aux femmes dont l'équipe de soin estime qu'elles ont vécu un accouchement difficile, voire traumatique.

Comme déjà évoqué dans ce travail, la perception d'un accouchement et de son vécu est très personnelle, ce qui évoque forcément chez nous que certaines femmes qui auraient besoin de ce type de consultation passent malheureusement inaperçues aux yeux des sages-femmes et médecins. Bien entendu, il est important de prendre en compte le nombre de femmes qui accouchent par année aux HUG et la réalité du terrain qui est qu'actuellement, une seule sage-femme s'occupe de cette consultation.

A la maternité de Neuchâtel, le système est différent. En effet, avant la crise du Covid, toutes les patientes étaient vues lors du séjour dans le service du post-partum par les chefs d'unités, afin d'évaluer le vécu de l'accouchement, mais sans intervention particulière. Malheureusement, depuis la pandémie, il n'est plus possible d'aller voir toutes les patientes, mais seulement les situations à risques. Toutefois, les sages-femmes à domicile prennent le relai. Des entretiens de type counseling sont également organisés, 6 à 8 semaines post-partum. Le counseling se caractérise par différents points, tels qu'accepter et recueillir les perceptions de la femme quant à son vécu, encourager l'expression des émotions, compléter si des informations manquent et bien d'autres points. La maternité de Neuchâtel a également mis en place à 34 SA, un dépistage systématique chez toutes les femmes des risques de dépression anténatal et post-partum en faisant remplir l'EPDS aux patientes.

D'ici à 2022, la maternité de Neuchâtel souhaite renforcer le projet de dépistage en développant des catégories de risque en prénatal, avec différentes propositions d'interventions, notamment dans le post-partum immédiat, ainsi que des entretiens plus à distance. Ces entretiens se feraient avec un cahier, en cours de développement, avec une trame précise comme guide d'entretien. L'idée est également de former les sages-femmes et les médecins à mener ces entretiens, à dépister les situations à risques et les situations vécues comme violentes pour sensibiliser les professionnels à tout simplement accueillir les émotions, ainsi que les différentes expériences des femmes, sans émettre de jugements.

Les équipes sont également en train d'être formées au débriefing, ainsi qu'à l'accompagnement au changement de projet qui consiste à prendre en compte la patiente dans son contexte et sa globalité.

Pour terminer, le CHUV est en train de mettre en place des recommandations à l'aide d'un groupe interdisciplinaire, dont la mission est de diffuser le savoir en lien avec la périnatalité et le bien-être mental des femmes, en développant des guidelines. Ce mandat a été donné par la Société Suisse de recherche sur la petite enfance.

3. Facteurs protecteurs

Dans plusieurs études, les auteurs ont relevé plusieurs facteurs protecteurs de la dépression post-partum et du syndrome de stress post-traumatique. Selon Souza et al. (2017) et Leite et al. (2020), la présence d'un accompagnant pendant le travail est un facteur protecteur.

Les bonnes pratiques adoptées par l'équipe soignante sont également des facteurs protecteurs, ainsi que le fait d'accoucher à un âge plus avancé (Leite et al. 2020). Le paramètre de l'âge est un point intéressant qui nous fait réfléchir.

En effet, l'âge de la femme est un facteur totalement indépendant de la volonté des soignants. Ce qui est paradoxal est le fait que ces auteurs mentionnent l'âge comme un facteur protecteur des violences et du manque de respect, un résultat qui nous interpelle. En effet, nous avons pu observer dans notre pratique, que les soignants et nous-mêmes sommes plus attentifs à la prise en charge d'une patiente jeune. Nous prenons plus le temps de parler avec elle, de lui expliquer les choses, d'être bienveillants et empathiques, alors que finalement, selon Leite et al. (2020), ce sont elles qui sont le plus à risque de subir des violences de la part des soignants. On peut se demander si les différences culturelles entre la Suisse et l'Amérique latine, où les grossesses jeunes et adolescentes sont bien plus fréquentes que chez nous, pourraient expliquer cette différence de traitement.

Le soutien que reçoit la femme est également un facteur protecteur. En effet, selon Rodríguez-Almagro et al. (2019), les femmes mentionnent que le soutien reçu de la famille les aide à traverser les moments plus durs émotionnellement. Nous rajouterions que le soutien professionnel apporté par la sage-femme indépendante à la maison est bénéfique pour les femmes. Larkin et al. (2009) partagent le même avis, car ils soulignent que le soutien intra-partum semble avoir un certain nombre d'avantages pour les mères et leur bébé, avec une influence déterminante sur l'expérience de l'accouchement qui peut protéger les femmes d'expériences négatives durables.

Finalement, plusieurs études abordent des aspects relatifs aux soignants comme facteurs de protection. Selon Patterson et al. (2019), le fait que les femmes aient le sentiment que les sages-femmes contrôlent la situation est un facteur de protection important. De Schepper et al. (2016) pensent pareil. En effet, selon eux, les facteurs liés aux soins prodigués par l'équipe de sages-femmes, tels que le fait de « donner à la mère la possibilité de poser des questions » et la « perception que la sage-femme a le contrôle de la situation », se sont révélés être des facteurs potentiels de protection. De plus, il a été démontré qu'une bonne communication entre le professionnel de la santé et le patient a un impact positif sur l'état physiologique, la résolution des symptômes, le confort et le contrôle de la douleur (Vimalesvaran et al., 2021). Pour McKenzie-Mcharg et al. (2015), le choix, l'information et la participation aux décisions sont potentiellement protecteurs contre une expérience traumatisante de la naissance.

IX. Conclusion

Les violences obstétricales faites aux femmes pendant leur accouchement et les conséquences sur leur santé mentale sont des thématiques encore peu mises en avant, bien que sujet d'actualité dans les médias depuis quelques années. Au-delà des violences en obstétrique, notre thématique s'inscrit dans l'enjeu de la lutte contre les violences faites aux femmes (S. Lausberg, 2020).

Le but de notre travail était de répondre à notre question de recherche : **quelles sont les conséquences psychologiques des violences obstétricales subies par une femme pendant l'accouchement ?** Les résultats de notre recherche permettent de répondre à cette question. En effet, les études montrent que les violences obstétricales sont présentes dans le monde et que la dépression post-partum et le syndrome de stress post-traumatique, entre autres, sont des conséquences de ces violences subies par les femmes.

Nous souhaitons souligner l'importance de la recherche future en lien avec notre thématique et proposer de la développer en Suisse, en mettant en lien les violences obstétricales subies par les femmes lors de la naissance avec les répercussions psychologiques. La recherche devrait également s'axer sur le dépistage des situations traumatiques, ainsi que sur une prise de conscience via la formation des équipes, afin d'améliorer nos pratiques.

Enfin, nous pouvons émettre plusieurs recommandations à ce sujet. Nous savons que le contexte dans une équipe de soins, la relation entre les soignants et les difficultés institutionnelles auront des répercussions sur les patientes.

C'est pourquoi, il est essentiel de renforcer la formation de tout le personnel soignant et de les sensibiliser à cette thématique, afin de changer leurs attitudes et leurs pratiques. Il pourrait être intéressant d'intégrer des cours sur les violences obstétricales et leurs conséquences dans la formation des sages-femmes et des médecins. De plus, instaurer des espaces d'échange et de médiation pourrait être bénéfique pour les équipes et les patients.

Concernant les femmes, il serait important d'améliorer et de cibler les informations données dans les cours de préparation à la naissance, en insistant sur les droits des patientes, ainsi que sur les complications de l'accouchement et la dépression du post-partum. Selon Deforges et al. (2020), établir un projet de naissance en arborescence serait une stratégie intéressante afin de sensibiliser les couples aux complications de la naissance et aux différentes interventions médicales, surtout pour les femmes présentant des facteurs de risque. Il serait aussi intéressant d'implémenter une nouvelle technique qui « réduirait les symptômes de stress liés à l'accouchement à six semaines post-partum » (Deforges et al., 2020), l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Cette technique consiste à faire parler les femmes de leurs souvenirs traumatiques en recevant une stimulation bilatérale, généralement oculaire (Deforges et al., 2020).

Pour conclure, nos recommandations concernent également le système de santé de manière large. Il serait judicieux d'assurer l'adéquation des protocoles de soins obstétricaux, voire de modifier le modèle de soins obstétricaux. De plus, il faudrait rendre obligatoire et appliquer des politiques procédurales qui respectent la dignité des parturientes. Pour ce faire, il est nécessaire d'identifier et de comprendre les obstacles potentiels au changement, ainsi que de faire reconnaître les violences obstétricales et leurs conséquences comme problème de santé publique au niveau politique.

X. Bibliographie

- 18.4315 | *Violences gynécologiques et obstétricales en Suisse. Faire le point* | Objet | Le Parlement suisse. (s. d.). Consulté 24 avril 2020, à l'adresse <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20184315>
- Accouchements et santé maternelle en 2017*. (s. d.). Consulté 24 avril 2020, à l'adresse <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:diS3k-7iHNwJ:https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/8369419/master+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=ch>
- Accoucher sans violences—Play RTS*. (s. d.). Consulté 17 septembre 2020, à l'adresse <https://www.rts.ch/play/tv/-/video/-?urn=urn:rts:video:9872910>
- Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creed, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, 40(11), 1849-1859. <https://doi.org/10.1017/S0033291709992224>
- Asadzadeh, L., Jafari, E., Kharaghani, R., & Tareman, F. (2020). Effectiveness of midwife-led brief counseling intervention on post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety symptoms of women experiencing a traumatic childbirth : A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 142. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2826-1>
- Asefa, A., Bekele, D., Morgan, A., & Kermode, M. (2018). Service providers' experiences of disrespectful and abusive behavior towards women during facility based childbirth in Addis Ababa, Ethiopia. *Reproductive Health*, 15(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0449-4>
- Ayers, S. (2014). Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery*, 30(2), 145-148. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.001>
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth : A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(6), 1121-1134. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>
- Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships : A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 11(4), 389-398. <https://doi.org/10.1080/13548500600708409>
- Baranowska, B., Doroszevska, A., Kubicka-Kraszyńska, U., Pietrusiewicz, J., Adamska-Sala, I., Kajdy, A., Sys, D., Tataj-Puzyna, U., Bączek, G., & Crowther, S. (2019). Is there respectful maternity care in Poland? Women's views about care during labor and birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 520. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2675-y>
- BFH_La coercition obstétricale en Suisse.pdf*. (s. d.). Consulté 1 juillet 2021, à l'adresse https://www.bfh.ch/dam/jcr:8e8f698d-3f59-4762-a2ea-1e32d5c3c55b/BFH_La%20coercition%20obst%C3%A9tricale%20en%20Suisse.pdf
- Birth in Brazil : National survey into labour and birth—PubMed*. (s. d.). Consulté 20 janvier 2021, à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22913663/>

- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally : A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bollondi, C., de Chambrier, L., Crombeke, G., Hensler, M., Manghi, R., & Mirabaud, M. (s. d.). *CAPACITÉ DE DISCERNEMENT ET AUTONOMIE DU PATIENT, UNE PRÉOCCUPATION CENTRALE DANS LE SOIN AU PATIENT*. 11.
- Borges, M. T. (2018). A Violent Birth : Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obstetric Violence. *Duke Law Journal*, 67(4), 827-862.
- Brugeilles, C. (2014). L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ? *Autrepart*, N° 70(2), 143-164.
- Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO) | HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève*. (s. d.). Consulté 21 juillet 2021, à l'adresse <https://www.hug.ch/medecine-premier-recours/cam스코>
- Ces violences qui transforment l'accouchement en traumatisme. (2019, février 20). *Le Temps*. <https://www.letemps.ch/sciences/violences-transforment-laccouchement-traumatisme>
- CINAHL. (2019). In *Wikipedia*. <https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=CINAHL&oldid=918944498>
- De Schepper, S., Vercauteren, T., Tersago, J., Jacquemyn, Y., Raes, F., & Franck, E. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth : A cohort study. *Midwifery*, 32, 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.08.010>
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Dishy, G. A., & Mayopoulos, P. A. (2020). Beyond postpartum depression : Posttraumatic stress-depressive response following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 23(4), 557-564. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01006-x>
- Denis, A., & Callahan, S. (2009). État de stress post-traumatique et accouchement classique : Revue de littérature. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 19(4), 116-119. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2009.10.002>
- Diaz-Tello, F. (2016). Invisible wounds : Obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>
- Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). Factors associated with post-traumatic stress symptoms (PTSS) 4-6 weeks and 6 months after birth : A longitudinal population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 221, 238-245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.049>
- Dp-cepuspp-morisod-10jan2019.pdf*. (s. d.). Consulté 17 septembre 2020, à l'adresse <https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dp/documents/dp-cepuspp-morisod-10jan2019.pdf>
- Eliasson, M., Kainz, G., & von Post, I. (2008). Uncaring Midwives. *Nursing Ethics*, 15(4), 500-511. <https://doi.org/10.1177/0969733008090521>
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth : A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142-2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
- Elvander, C., Ahlberg, M., Thies-Lagergren, L., Cnattingius, S., & Stephansson, O. (2015). Birth position and obstetric anal sphincter injury : A population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 252. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0689-7>

- En Suisse aussi, des femmes dénoncent les violences obstétricales.* (2019, décembre 8). [InfoSport]. Rts.ch.
<https://www.rts.ch/info/suisse/10913353-en-suisse-aussi-des-femmes-denoncent-les-violences-obstetricales.html>
- Entretien de vécu d'accouchement à Genève aux HUG | HUG – Hôpitaux Universitaires de Genève.* (s. d.). Consulté 18 septembre 2020, à l'adresse <https://www.hug.ch/obstetrique/entretien-vecu-accouchement>
- Hall, W. A., Tomkinson, J., & Klein, M. C. (2012). Canadian Care Providers' and Pregnant Women's Approaches to Managing Birth : Minimizing Risk While Maximizing Integrity. *Qualitative Health Research*, 22(5), 575-586.
<https://doi.org/10.1177/1049732311424292>
- Hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf.* (s. d.). Consulté 9 avril 2020, à l'adresse http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf
- Hollander, M. H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M. G., de Miranda, E., & Stramrood, C. A. I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences : 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, 20(4), 515-523. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6>
- Home—Balance Ton Utérus Violences obstétricales et gynécologiques.* (s. d.). Consulté 16 septembre 2020, à l'adresse <https://balancetonuterus.com/>
- Im, V., & Briex, M. (2019). Baby blues. *Spirale*, N° 89(1), 131-135.
- Informal coercion during childbirth : Risk factors and prevalence estimates from a nationwide survey among women in Switzerland | medRxiv.* (s. d.). Consulté 29 juin 2021, à l'adresse <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.16.20212480v1>
- Information patient et consentement éclairé—Examens—Centre des affections hépato-biliaires et pancréatiques à Genève aux HUG | HUG – Hôpitaux Universitaires de Genève.* (s. d.). Consulté 21 septembre 2020, à l'adresse <https://www.hug.ch/centre-affections-hepato-biliaires-pancreatiques/information-patient-consentement-eclair>
- Infos generales du Programme Dépression périnatale à Genève aux HUG | HUG – Hôpitaux Universitaires de Genève.* (s. d.). Consulté 17 septembre 2020, à l'adresse <https://www.hug.ch/depression-perinatale/qu-est-ce-qu-depression-perinatale>
- International Journal of Environmental Research and Public Health.* (s. d.). Consulté 17 mai 2020, à l'adresse <https://www.mdpi.com/journal/ijerph/stats>
- Kammerer, M., Marks, M. N., Pinard, C., Taylor, A., von Castelberg, B., Künzli, H., & Glover, V. (2009). Symptoms associated with the DSM IV diagnosis of depression in pregnancy and post partum. *Archives of Women's Mental Health*, 12(3), 135-141. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0062-9>
- Keedle, H., Schmied, V., Burns, E., & Dahlen, H. G. (2015). Women's reasons for, and experiences of, choosing a homebirth following a caesarean section. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 206.
<https://doi.org/10.1186/s12884-015-0639-4>
- L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ? [1] | Cairn.info.* (s. d.). Consulté 2 avril 2021, à l'adresse <https://www.cairn.info/journal-autrepart-2014-2-page-143.htm>
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth : An evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), e49-59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>

- Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Coercition – Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 8 juillet 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coercition/16946>
- Leite, T. H., Pereira, A. P. E., Leal, M. do C., & da Silva, A. A. M. (2020). Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression : Findings from Birth in Brazil Study. *Journal of Affective Disorders*, 273, 391-401. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.052>
- Macias, A. (s. d.). *Perception du débat sur les violences obstétricales par les professionnels, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens*. 107.
- Masson, H. (s. d.). *Ancien Président de l'Association mondiale de psychiatrie Membre de l'Académie de médecine*. 1082.
- McKenzie-McHarg, K., Ayers, S., Ford, E., Horsch, A., Jomeen, J., Sawyer, A., Stramrood, C., Thomson, G., & Slade, P. (2015). Post-traumatic stress disorder following childbirth : An update of current issues and recommendations for future research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(3), 219-237. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1031646>
- Menage, J. (1993). Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures : A consecutive series of 30 cases of PTSD. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11(4), 221-228. <https://doi.org/10.1080/02646839308403222>
- Mesenburg, M. A., Victora, C. G., Jacob Serruya, S., Ponce de León, R., Damaso, A. H., Domingues, M. R., & da Silveira, M. F. (2018). Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reproductive Health*, 15(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0495-6>
- Moghadam, V. M., & Senftova, L. (2005). Mesurer l'autonomisation des femmes : Participation et droits dans les domaines civil, politique, social, économique et culturel. *Revue internationale des sciences sociales*, n° 184(2), 423-449.
- Nanzer Nathalie. (2009). *La dépression postnatale, sortir du silence*. Favre.
- National Library of Medicine—National Institutes of Health. (s. d.). [Other]. U.S. National Library of Medicine. Consulté 16 janvier 2021, à l'adresse <https://www.nlm.nih.gov/>
- Netgen. (s. d.). *Etat des connaissances sur le trouble de stress post-traumatique du postpartum*. Revue Médicale Suisse. Consulté 17 septembre 2020, à l'adresse <https://www.revmed.ch/RMS/2019/RMS-N-637/Etat-des-connaissances-sur-le-trouble-de-stress-post-traumatique-du-postpartum>
- Nicholls, K., & Ayers, S. (2007). Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples : A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 12(4), 491-509. <https://doi.org/10.1348/135910706X120627>
- Oelhafen, S., Trachsel, M., Monteverde, S., Raio, L., & Müller, E. C. (2020). Informal coercion during childbirth : Risk factors and prevalence estimates from a nationwide survey among women in Switzerland. *MedRxiv*, 2020.10.16.20212480. <https://doi.org/10.1101/2020.10.16.20212480>
- OFSP, O. fédéral de la santé publique. (s. d.). 2. *Traitements et soins : Consentement libre et éclairé*. Consulté 21 septembre 2020, à l'adresse <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/medizin-und-forschung/patientenrechte/rechte-arzt-spital/2-freie-einwilligung-nach-aufklaerung.html>
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth : A review. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.002>

- OMS | *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins.* (s. d.). WHO; World Health Organization. Consulté 1 juillet 2021, à l'adresse https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/fr/
- OMS | *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement.* (s. d.). WHO; World Health Organization. Consulté 28 avril 2020, à l'adresse <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/fr/>
- Patterson, J., Martin, C. H., & Karatzias, T. (2019). PTSD post-childbirth : A systematic review of women's and midwives' subjective experiences of care provider interaction. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(1), 56-83. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1504285>
- Périnatalité 2020/4 (Vol. 12). (s. d.). Cairn.info. Consulté 1 juillet 2021, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-perinatalite-2020-4.htm>
- Postpartale Depression—Accueil. (s. d.). Consulté 1 juillet 2021, à l'adresse <https://postpartale-depression.ch/fr/>
- PubMed. (2019). In Wikipédia. <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=PubMed&oldid=156740931>
- Quand l'accouchement est un traumatisme. (2016, novembre 17). *Le Temps*. <https://www.letemps.ch/societe/laccouchement-un-traumatisme>
- Quand l'accouchement vire au cauchemar. (2019, mai 28). *Le Temps*. <https://www.letemps.ch/suisse/laccouchement-vire-cauchemar>
- Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1197-0>
- Regarder les violences obstétricales en face. (2019, mai 28). *Le Temps*. <https://www.letemps.ch/suisse/regarder-violences-obstetricales-face>
- Résultats. (s. d.). Consulté 2 avril 2021, à l'adresse <https://www.bfh.ch/de/forschung/referenzprojekte/zwang-unter-geburt/resultats/>
- Revista de Saúde Pública. (s. d.). Revista de Saúde Pública. Consulté 17 mai 2020, à l'adresse <http://www.rsp.fsp.usp.br/?lang=en>
- Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>
- Sadler, M., Leiva, G., & Olza, I. (2020). COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), 1785379. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1785379>
- Santé, O. mondiale de la. (2018). *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement : Transformer le soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être : résumé* (WHO/RHR/18.12). Article WHO/RHR/18.12. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272434>
- Santé, O. mondiale de la. (2020). *Prise en charge clinique de l'infection respiratoire aiguë sévère (IRAS) en cas de suspicion de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) : Lignes directrices provisoires, 13 mars 2020* (WHO/2019-nCoV/Clinical/2020.4). Article WHO/2019-nCoV/Clinical/2020.4. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331659>

- Savage, V., & Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth : A review of terminology and methodological approaches. *Reproductive Health*, 14(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5>
- Schwab, W., Marth, C., & Bergant, A. M. (2012). Post-traumatic Stress Disorder Post Partum : The Impact of Birth on the Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in Multiparous Women. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*, 72(1), 56-63. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1280408>
- Silveira, M. F., Mesenburg, M. A., Bertoldi, A. D., De Mola, C. L., Bassani, D. G., Domingues, M. R., Stein, A., & Coll, C. V. N. (2019). The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression : Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 256, 441-447. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.016>
- Siraj, A., Teka, W., & Hebo, H. (2019). Prevalence of disrespect and abuse during facility based child birth and associated factors, Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 185. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2332-5>
- Soet, J. E., Brack, G. A., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 30(1), 36-46. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00215.x>
- Souza, K. J. de, Rattner, D., & Gubert, M. B. (2017). Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Revista De Saude Publica*, 51, 69. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006549>
- SPF. (s. d.). *Les morts maternelles en France : Mieux comprendre pour mieux prévenir. 6^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015*. Consulté 1 juillet 2021, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/import/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>
- statistique, O. fédéral de la. (2018, octobre 30). *CIM-10-GM 2018—Index systématique—Version française Volume 1 (chapitres I-XI) | Publication*. Office fédéral de la statistique. [/content/bfs/fr/home/statistiken/gesundheitsnomenklaturen/medkk/instrumente-medizinischekodierung.assetdetail.6248051.html](https://content/bfs/fr/home/statistiken/gesundheitsnomenklaturen/medkk/instrumente-medizinischekodierung.assetdetail.6248051.html)
- statistique, O. fédéral de la. (2019, mai 17). *Recul du recours aux césariennes et aux épisiotomies en 2017—Accouchements et santé maternelle en 2017 | Communiqué de presse*. Office fédéral de la statistique. [/content/bfs/fr/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.8288948.html](https://content/bfs/fr/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.8288948.html)
- Theme Filha, M. M., Ayers, S., Gama, S. G. N. da, & Leal, M. do C. (2016). Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil : The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. *Journal of Affective Disorders*, 194, 159-167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>
- Türkmen, H., DİLÇEN, H. Y., & Özçoban, F. A. (2020). Traumatic childbirth perception during pregnancy and the postpartum period and its postnatal mental health outcomes : A prospective longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 0(0), 1-13. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1792429>
- van der Pijl, M. S. G., Hollander, M. H., van der Linden, T., Verweij, R., Holten, L., Kingma, E., de Jonge, A., & Verhoeven, C. J. M. (2020). Left powerless : A qualitative social media content analysis of the Dutch #breakthesilence campaign on negative and traumatic experiences of labour and birth. *PloS One*, 15(5), e0233114. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233114>

- Vedam, S., Stoll, K., McRae, D. N., Korchinski, M., Velasquez, R., Wang, J., Partridge, S., McRae, L., Martin, R. E., Jolicoeur, G., & CcinBC Steering Committee. (2019). Patient-led decision making : Measuring autonomy and respect in Canadian maternity care. *Patient Education and Counseling*, 102(3), 586-594.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.10.023>
- Vimalesvaran, S., Ireland, J., & Khashu, M. (2021). Mind your language : Respectful language within maternity services. *The Lancet*, 397(10277), 859-861. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00031-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00031-3)
- Violences gynécologiques et obstétricales. (2020). In *Wikipédia*.
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Violences_gyn%C3%A9cologiques_et_obst%C3%A9tricales&oldid=166804526
- Violences gynécologiques, les victimes témoignent des violences lors de l'accouchement—Play RTS.* (s. d.). Consulté 17 septembre 2020, à l'adresse <https://www.rts.ch/play/tv/19h30/video/violences-gynecologiques-les-victimes-temoignent-des-violences-lors-de-laccouchement?urn=urn:rts:video:10923151>
- Violences obstétricales : Le tabou tombe... petit à petit – Play RTS.* (s. d.). Consulté 17 septembre 2020, à l'adresse <https://www.rts.ch/play/tv/lactu-en-video/video/violences-obstetricales-le-tabou-tombe----petit-a-petit?urn=urn:rts:video:10923035>
- Violences obstétricales : Trois Romandes témoignent. (2019, mai 28). *Le Temps*.
<https://www.letemps.ch/suisse/violences-obstetricales-trois-romandes-temoignent>

XI. Annexes

Article 4 - Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience (Rodríguez-Almagro et al., 2019)

Questions des entretiens semi-structurés

Annex 1. Semi-structured interview questions.

1. How was your childbirth experience?
2. How did you feel during childbirth and postpartum?
3. Have these feelings changed over time?
4. How do you feel now?
5. If there have been any changes, what helped you? What held you back?
6. Apart from this interview, have you had any other opportunities to express your feelings on the entire childbirth process and the postpartum period?
7. Can you suggest anything else you think would be useful for another woman in your situation?