

ACCOUCHER EN BELGIQUE FRANCOPHONE AVANT ET PENDANT LE COVID

Éléments clés de l'enquête





**“ Le Covid a volé
mon accouchement !**



Table des matières

INTRODUCTION ET MÉTHODOLOGIE	4
ANALYSE DES RÉSULTATS	5
1 Les circonstances de la naissance intéressent les femmes	5
2 L'impact du Covid-19	6
A Peurs et angoisses.....	6
B Séparation du co-parent et soutien au cours de l'accouchement ...	7
C Réduction du séjour et changement de lieu	7
D Visites en néonatalogie.....	8
E Visites à domicile	8
F Dépistage et adaptation du protocole.....	8
3 Les violences obstétricales et gynécologiques ne sont pas un mythe	9
A Un premier constat sans appel.....	9
B Le déclenchement, vraiment pour une bonne raison ?.....	10
4 Écarts importants entre les pratiques des hôpitaux	12
5 Les recommandations scientifiques sont peu appliquées ou souffrent de la culture du service	14
A Manger et boire	14
B Utilisation d'instruments	15
C Violences obstétricales	15
6 Les femmes ne sont pas assez mises au centre	16
A L'application du droit du patient est une pratique marginale.....	16
B Les femmes n'ont pas la possibilité de changer de lieu d'accouchement.....	17
7 La naissance hors de l'hôpital	18
A Plus d'autonomie pour les femmes et choix de la position lors de l'accouchement	18
B Respect du projet de naissance.....	19
8 La préparation à la naissance	20
A La confiance des femmes en elles-mêmes est à renforcer.....	20
B Les préparations à la naissance ont une incidence	20
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	21

Introduction

À l'instar de plusieurs pays qui se sont préoccupés du vécu des femmes lors de leur suivi de grossesse, de leur accouchement et de la période du post-partum en lien avec le Covid, la Plateforme Citoyenne pour une Naissance Respectée a souhaité réaliser une recherche sur cette question en Belgique francophone.

Pour mener cette recherche, nous avons bénéficié d'un budget de la Fédération Wallonie-Bruxelles dans le cadre de l'appel à projets visant à lutter contre les violences faites aux femmes et aux filles dans un contexte post-Covid. Cela nous a permis de faire appel à l'expertise d'une chercheuse indépendante pour la préparation du questionnaire et l'analyse des données.

Méthodologie

L'ÉTUDE POURSUIVAIT TROIS OBJECTIFS :

- Analyser l'impact de la gestion sanitaire du Covid 19 sur le suivi de grossesse, les conditions d'accouchement et le post-partum ;
- Récueillir et analyser les données sur les conditions d'accouchement et notamment sur les violences obstétricales avant et après mars 2020 ;
- Formuler des recommandations.

Un questionnaire a été mis en ligne - après une phase de pré-test- entre le 4 juin et le 18 juillet 2021. Il a été diffusé via de nombreux relais : institutions partenaires, personnalités dans le domaine de la périnatalité, presse et sur les réseaux sociaux. Il donne la parole aux femmes sur leur vécu de la grossesse et de l'accouchement.

LES CRITÈRES D'INCLUSION ÉTAIENT LES SUIVANTS :

- Avoir plus de 18 ans
- Avoir accouché en Wallonie ou à Bruxelles entre le 1/1/2019 et le 18/7/2021

Le questionnaire pouvant réveiller un traumatisme lié à l'accouchement, un support psychologique était proposé aux femmes qui le souhaitaient grâce à un partenariat avec le service de santé mentale du Chien Vert.

Analyse des résultats

1

LES CIRCONSTANCES DE LA NAISSANCE INTÉRESSENT LES FEMMES

5.983

femmes ont
souhaité participer
au questionnaire.

4.226

participations
répondaient aux
critères de l'étude.

2.606

ont témoigné de leur
vécu par l'ajout d'un
texte lorsque l'occasion
leur en était donnée.

Ce chiffre est nettement supérieur à la moyenne
habituelle dans ce genre d'enquête.

2.199

femmes ont notifié
leur désir de connaître
les résultats de ce
rapport d'enquête.



Ces chiffres-clés montrent que les femmes ont besoin de
témoigner de leurs expériences. Cette enquête a permis de libérer
la parole et d'ouvrir un espace qui aujourd'hui n'existe pas.

NOTE

Notre échantillon est sur plusieurs aspects
représentatif des femmes qui accouchent en Belgique
francophone (âge, provinces, types d'accouchement,
etc.). Les femmes avec un niveau d'étude inférieur
sont toutefois sous-représentées dans l'échantillon.

“

***Tout devait aller très
vite et la seule chose qui
comptait était la volonté
de la gynéco et pas moi.***

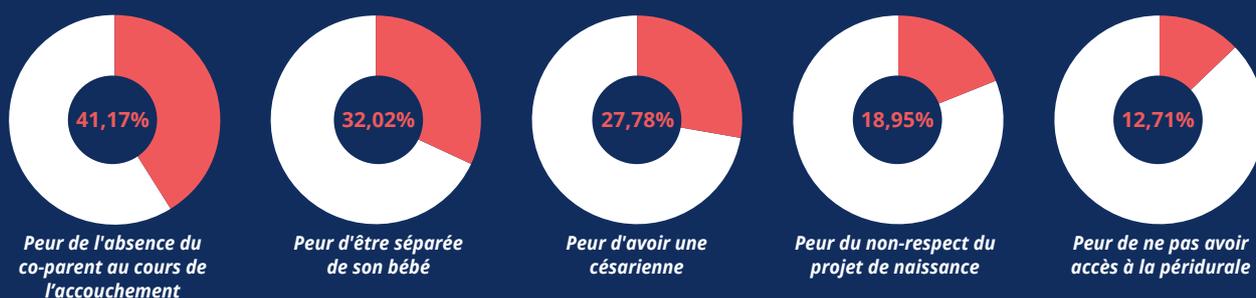
Analyse des résultats

2

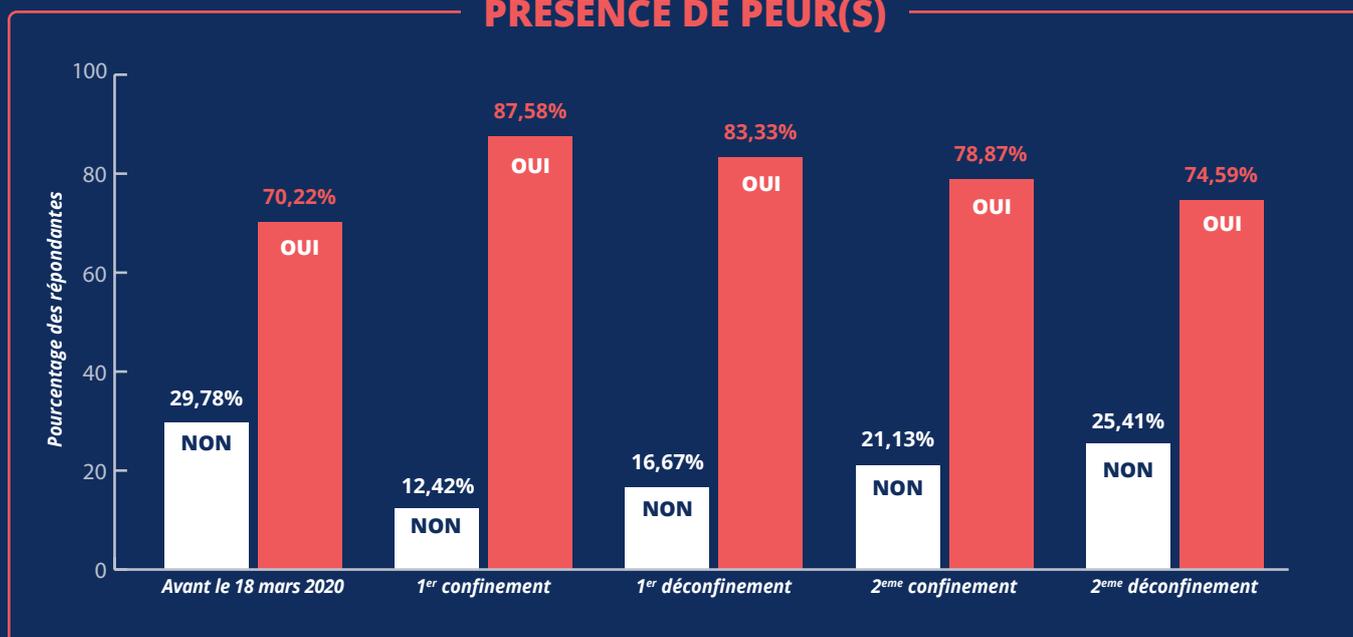
L'IMPACT DU COVID-19

A. PEURS ET ANGOISSE

De manière générale, nos données montrent que les femmes qui ont accouché après le 18 mars 2020 (1er confinement) ont ressenti plus de peurs* au cours de leur grossesse que les femmes qui ont accouché avant cette date. C'est pour les femmes ayant accouché dans les premières périodes de la crise sanitaire (1er confinement et 1er déconfinement) que les taux de femmes ayant ressenti des peurs (toutes peurs confondues) sont les plus élevés (87.6% et 83.3% contre 77.5% dans l'ensemble).



PRÉSENCE DE PEUR(S)



*

Une liste de peurs a été soumise aux répondantes dans le questionnaire. Exemples : peur d'avoir une épisiotomie, peur de ne pas avoir accès à la péridurale, peur que l'accompagnant-e soit absent-e, etc. Les peurs les plus fréquentes sont l'absence du co-parent au cours de l'accouchement (ressentie par 41.17% des femmes), la peur d'être séparée de son bébé (32.02%), la peur d'avoir une césarienne (27.78%), le non-respect du projet de naissance (18.95%) et la peur de ne pas avoir accès à la péridurale (12.71%).

“ J'avais peur de ne pas savoir respirer avec le masque, je me sentais très vulnérable et n'avais plus la force de me battre pour ce qui était important pour moi.

“ J'avais peur de ne pas savoir respirer correctement aux moments des contractions et des poussées avec un masque obligatoire.

B SÉPARATION DU CO-PARENT ET SOUTIEN AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

Les protocoles Covid annoncés par les maternités ont suscité un sentiment de peur chez les femmes. La différence la plus marquée sur les peurs entre les périodes se situe sur la peur d'être séparée du co-parent durant l'accouchement. Pourtant, dans les faits, cette séparation a été peu pratiquée. Les femmes qui ont accouché au début de la pandémie ont plus souvent déclaré avoir manqué de soutien au cours de leur accouchement que les autres répondantes.

“ Un jour le papa pouvait venir, le lendemain c'était fini car les règles changeaient tous les jours. Il ne savait pas s'il allait pouvoir voir sa fille, ni même venir me rendre visite.

“ Le papa ne pouvait venir que l'après-midi le lendemain de l'accouchement et le lendemain dès 8h il était accepté. Le protocole était différent en fonction de la sage-femme de service.

C. RÉDUCTION DU SÉJOUR ET CHANGEMENT DE LIEU

Les mères ont plus souvent voulu réduire le temps passé en maternité pour toutes les périodes « Covid ». Plusieurs hypothèses peuvent être faites : la peur d'être contaminée en milieu hospitalier, l'ambiance pesante dans les hôpitaux, la séparation du cercle familial en raison des interdictions de visite des proches à l'hôpital.

D'ailleurs, les mères ont plus souvent que d'ordinaire voulu changer de lieu d'accouchement au cours des périodes post-covid en faveur d'un accouchement à domicile accompagné d'une sage-femme.

D. VISITES EN NÉONATOLOGIE

Lors de séjours du bébé en néonatalogie, 13 femmes (3,5%) et 17 co-parents (4,5%)* n'ont pas pu rendre visite à leur bébé en raison du Covid.

“ Nous avons dû rentrer sans notre bébé après 5 jours d'hospitalisation et à partir de ce moment, c'était un seul parent par jour auprès de notre enfant en néonatalogie.

* sur un total de 376 bébés en néonatalogie dans notre échantillon

E. VISITES À DOMICILE

Une visite à domicile est recommandée après l'accouchement. La majorité des femmes présentes dans notre échantillon ont eu la visite d'un·e professionnel·le à domicile après l'accouchement (99%). Toutefois, l'analyse des visites par périodes de temps pour chaque type de professionnel·le·s montre un gros bouleversement au cours du premier confinement. **Alors qu'avant le confinement près d'une femme sur deux recevait la visite de l'ONE (45.2%), ce taux a chuté à 6% pour les femmes ayant accouché lors du premier confinement.**

Ces femmes qui n'ont pas eu la visite de l'ONE ont néanmoins organisé la visite d'une sage-femme en grande majorité ou d'un·e autre professionnel·le. Les femmes les plus précarisées, moins représentées par notre échantillon et qui fréquentent davantage les services de l'ONE que des sages-femmes indépendantes, peuvent avoir été plus durement impactées par la crise Covid sur cet aspect. Si elles n'ont pas eu les ressources nécessaires pour faire appel à d'autres prestataires, il est possible qu'elles n'aient tout simplement pas eu de visite à domicile.

F. DÉPISTAGE ET ADAPTATION DU PROTOCOLE

Certaines femmes entrant dans les maternités pendant les périodes Covid ont dû faire un test à l'arrivée à l'hôpital. Dans la majeure partie des cas (98%), le test effectué était un test PCR. 26 femmes ont effectué un test salivaire (1.7%) et 18 femmes un scanner pulmonaire (0.6%). Parmi ces 18 femmes, 11 ont aussi effectué un test PCR. **Rappelons que le scanner pulmonaire lors d'une grossesse a un impact significatif sur la probabilité d'avoir un cancer du sein*.**

Le protocole a été adapté au résultat (négatif) du test dans seulement 40% des cas. Nous constatons que certaines pratiques instaurées pour le premier confinement se sont maintenues dans le temps malgré l'évolution des connaissances, la disponibilité des masques, des tests PCR et de la vaccination.

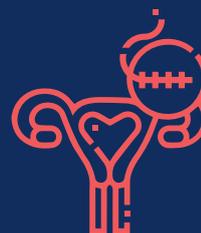
* Pahade et al. 2009. Imaging Pregnant Patients with Suspected Pulmonary Embolism: What the Radiologist Needs to Know. RadioGraphics 2009; 29:639-654. Disponible sur : <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rg.293085226>
Une simple dose de 10 mGy (=low dose scanner) augmente le risque à vie de cancer du sein chez une femme de 30-35 ans de 0,2 à 14% , risque plus élevé chez la femme enceinte en raison de la radiosensibilité plus grande de la glande mammaire.

Analyse des résultats

3

LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES ET GYNÉCOLOGIQUES NE SONT PAS UN MYTHE

“ Sans péridurale ou calmants on m'a fait une révision utérine à vif. Je me suis sentie violentée.



A. UN PREMIER CONSTAT SANS APPEL

Des actes délétères, tels que l'expression abdominale¹, les actes à vif² et le point du mari³, continuent à être pratiqués :

1 femme sur **5**
en est victime
dans l'échantillon

Si elle a une couleur de peau qui peut amener à une discrimination, le chiffre monte à **1** femme sur **3**

Si elle a un niveau d'étude du secondaire ou moins, le chiffre est **1** femme sur **4**

Si elle provient de la province de Liège, le chiffre est **1** femme sur **4**

“ Quand ils m'ont recousue, j'ai signalé avoir très mal et on m'a répondu "occupez-vous de votre bébé ça vous changera les idées".

“ Lors de ma kiné périnéale, il m'a été confirmé que c'était recousu trop serré.

¹ Expression abdominale consistant à appliquer une pression sur le fond de l'utérus pendant les efforts expulsifs afin d'accélérer la sortie du bébé.

² Actes pratiqués sans anesthésie ou avec une anesthésie inefficace.

³ Le fait de recoudre une épisiotomie plus serrée, pour soi-disant augmenter le plaisir du mari lors des rapports sexuels.

“ *Durant l'accouchement, la sage-femme a appuyé avec énormément de force sur mon ventre pour aider bébé à sortir. J'ai tellement eu mal que j'avais envie de vomir et ne savais plus pousser.*

“ *Sentiment persistant d'un rendez-vous manqué, surmédicalisé, sans plaisir, un gâchis alors que rencontrer et accueillir son enfant devrait être un moment tendre et harmonieux.*

En plus de ces actes délétères, **une femme sur quatre** rapporte avoir vécu de la violence psychologique au cours de son accouchement. De plus, 6 % rapportent avoir vécu de la violence verbale et presque 3% de la violence physique.

“ *Si vous ne vous calmez pas, je vous fais une [anesthésie] générale et vous ne verrez pas votre bébé aujourd'hui.*

“ *L'anesthésiste m'a dit d'arrêter mon cinéma que les contractions ne pouvaient pas être aussi douloureuses que ça, et que si j'ai fait le souhait d'avoir des enfants rapprochés je devais assumer et me taire.*

“ *Sortie de force de la voiture par 3 hommes qui me tiraient et me déshabillaient en tirant.*

“ *Celle-ci [La péridurale] m'a été posée de manière très brutale, on m'a pliée en deux, une sage-femme couchée sur mon dos.*

“ **7 personnes qui poussent sur mon ventre pendant la poussée**

Contre toute attente, 95% des femmes qui ont subi ces actes délétères n'ont pas conscience d'avoir subi une violence physique. Un indicateur global de violences obstétricales reprenant six formes de violences (violence physique, violence verbale, violence psychologique, point du mari, expression abdominale, acte à vif) a été créé. Il permet de savoir si une répondante a subi au moins une de ces six violences. **L'analyse de cet indicateur montre que 40% des répondantes ont subi au moins une de ces six violences.**

B. LE DÉCLENCHEMENT, VRAIMENT POUR UNE BONNE RAISON ?

40% pour dépassement de terme¹

6% pour convenances personnelles des parents

4% pour convenances du gynécologue ou du service



50% des déclenchements ont été déclarés "*réalisés pour des raisons médicales*"

DONT

12% pour poids présumé élevé du bébé parmi les raisons médicales les plus fréquemment évoquées

Or cet élément n'est pourtant pas une recommandation basée sur les preuves pour un déclenchement².



Plus d'**1** femme sur **3** avait une perfusion afin d'accélérer son travail.

L'usage de l'ocytocine³ est banalisé alors qu'une étude de l'INSERM montre que son utilisation pendant le travail augmente le risque d'hémorragie grave du post-partum (et ceci proportionnellement à la dose reçue)⁴.



¹ Le fait que le terme d'une grossesse en Belgique est calculé sur la base de 40 SA contrairement à d'autres pays comme la France où le terme est calculé à 41 SA induit plus d'induction du travail pour dépassement de terme.
² Mambourg F, Gailly J, Wei-Hong Z. Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).2010. KCE Reports 139B. D/2010/10.273/63. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_139B_recommandations_accouchement_%C3%A0_bas_risque.pdf
³ L'hormone artificielle mise dans la perfusion pour provoquer des contractions
⁴ Belghiti J, Kayem G, Dupont JFC, et al. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based cohort-nested case-control study. BMJ Open. 2011; 1(2): e000514. Disponible sur : <http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000514.full.pdf+html>

Analyse des résultats

4

ÉCARTS IMPORTANTS ENTRE LES PRATIQUES DES HÔPITAUX

Tableau reprenant les pourcentages des pratiques de certaines maternités (pour lesquelles plus de 50 femmes ont répondu et qui sont aux extrêmes de ces pratiques).

Chiffres en %	Nombre de femmes	Une des 6 formes de violence	Violence physique	Violence psychologique	Violence verbale	Point du mari	Ex ab
Référence maternité		41,87	2,80	27,53	6,23	6,29	
Mat. 1	373	32,44	1,07	24,13	2,68	4,21	
Mat. 2	71	38,03	1,41	16,90	4,23	6,56	
Mat. 3	53	45,28	1,89	24,53	9,43	13,04	
Mat. 4	87	40,23	2,30	32,18	8,05	2,78	
Mat. 5	89	35,96	1,12	22,47	7,87	6,41	
Mat. 6	97	28,87	2,06	18,56	5,15	1,23	
Mat. 7	56	33,93	0	7,14	1,79	9,52	
Mat. 8	177	50,85	2,82	27,68	6,78	7,35	
Mat. 9	161	36,65	1,24	22,36	5,59	4,80	
Mat. 10	62	41,94	6,45	27,42	9,68	6,38	
Mat. 11	113	48,67	4,42	32,74	4,42	10,71	
Mat. 12	54	48,15	1,85	29,63	18,52	0	
Mat. 13	105	45,71	4,76	25,71	3,81	9,64	
Mat. 14	76	53,95	2,63	36,84	13,16	6,56	
Mat. 15	131	39,69	3,05	28,24	6,11	8,08	

Notre enquête montre une grande disparité entre les maternités. Certaines interventions médicales sont toujours pratiquées malgré des données basées sur les preuves (Evidence-Based Medicine) mettant en évidence qu'elles ne sont ni nécessaires ni bénéfiques. Aux vues des résultats rapportés par les femmes, les maternités semblent donc maintenir des protocoles qui sont violents pour celles-ci, et cela sans fondement.

Sur base de ces données triées par maternité nous pouvons constater une culture institutionnelle qui sera plus ou moins bienveillante vis-à-vis des femmes. Avec comme critère un nombre suffisant de répondantes (plus de 50), nous avons retenu 26 maternités afin de dégager des tendances. Les données colorées en rouge indiquent des maternités où la proportion de certaines pratiques délétères est importante tandis qu'en vert, se trouvent les maternités avec des pratiques délétères moindres ou au contraire des pratiques bienveillantes élevées.

Expression dominante	Actes à vif	Instruments	Episiotomie	Droit de boire oui si voie basse	Droit de manger oui si voie basse	Choix position Oui
9,24	8,13	12,31	20,48	64,54	28,68	42,37
5,87	4,66	11,14	19,84	77,94	61,76	42,90
11,59	8,57	7,14	21,74	56,60	16,98	43,10
3,85	15,69	9,62	20,75	62,79	34,88	59,57
4,76	9,20	6,98	6,98	58,33	28,33	39,92
5,75	3,45	17,05	19,32	56,86	11,76	43,55
1,06	4,12	8,42	7,29	73,24	42,25	73,42
16,07	10,91	7,14	30,36	56,41	7,69	42,86
25,29	7,02	12,57	31,25	60,80	33,60	25,87
10,90	6,33	22,50	27,33	65,38	7,69	35,34
3,23	6,67	12,90	17,14	88	44	43,10
16,36	7,96	10,91	37,17	50	13,89	12,20
13,46	19,23	14,81	9,26	33,33	0	51,28
7,92	8,65	14,29	20,19	81,58	35,53	39,56
13,89	6,94	10,81	29,33	56,82	20,45	33,33
2,38	11,81	8,59	26,15	50,91	21,82	57,98

Analyse des résultats

5

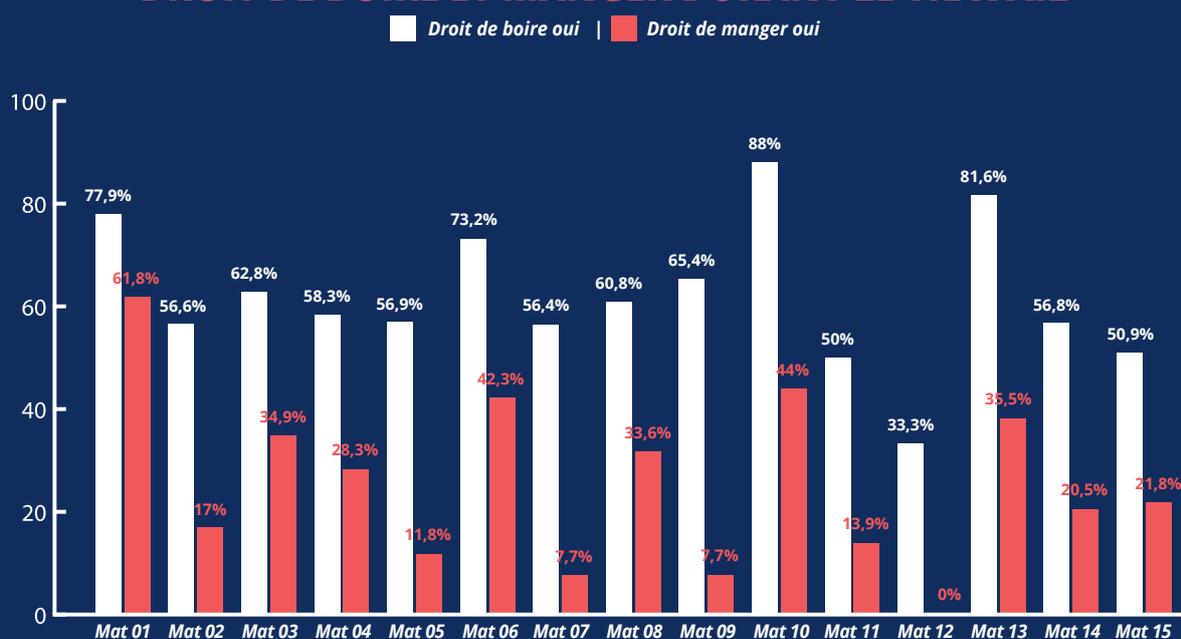
LES RECOMMANDATIONS SCIENTIFIQUES SONT PEU APPLIQUÉES OU SOUFFRENT DE LA CULTURE DU SERVICE

A. MANGER ET BOIRE

Il est prouvé aujourd'hui que l'interdiction de boire ou de manger ne relève plus d'un fondement scientifique*. En effet, les techniques d'anesthésie ne nécessitent plus que la femme soit à jeun. Or, certaines maternités maintiennent ces interdits.

Les écarts importants entre les établissements témoignent de la culture de certaines maternités. Pour un accouchement par voie basse, dans certaines maternités, plus d'une femme sur 3 a été privée de boire durant son accouchement alors que dans d'autres, 9 femmes sur 10 en ont eu le droit. Quant au droit de manger, cela pouvait aller de la privation totale de nourriture à 2/3 des femmes autorisées à se restaurer durant le travail (voir tableau page précédente).

DROIT DE BOIRE ET MANGER DURANT LE TRAVAIL



* WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World - Health Organization; 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO, disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?jsessionid=AC1511052E44AE24D1DF344957B6FC65?sequence=1>

“ Si ce n'est les 30h de contractions sans pouvoir manger, c'est ce qui m'a paru le plus difficile : la faim.

“ J'avais vraiment faim et soif. La sage-femme m'interdit de prendre l'ascenseur pour aller me chercher un truc à la machine et ne veut pas y aller car "elle n'a pas le temps".

B. UTILISATION D'INSTRUMENTS

Il en va de même pour certains actes médicaux qui sont pratiqués de manière routinière et/ou en surnombre. Pourtant, ils entraînent des conséquences pour la santé des femmes.

Dans certaines maternités :

7%
de femmes ont eu
une épisiotomie
contre
37%
de femmes dans
d'autres maternités.



7%
de femmes
ont accouché
avec l'utilisation
d'instruments*
contre
22,5%
de femmes dans
d'autres maternités.

* dont forceps, cuillères et ventouse.

C. VIOLENCES OBSTÉTRICALES

Dans la même mesure, la culture au sein de la maternité et la philosophie de prise en charge vont fortement influencer le taux de violence obstétricale rapporté par les femmes. On peut ainsi passer de 6 % de femmes qui rapportent une violence obstétricale contre 32,4% selon la maternité.

POINT DU MARI
variation de
0 à 13%

ACTE À VIF
variation de
3,4% à 19 %

VIOLENCE PSYCHOLOGIQUE
variation de
7% à 37%

EXPRESSION ABDOMINALE
variation de
2,4% à 25,3%

VIOLENCE PHYSIQUE
variation de
0 à 6,4%

VIOLENCE VERBALE
variation de
1,7% à 18,5%

Certaines maternités se retrouvent avec des taux extrêmes de maltraitance sur plusieurs aspects, quand d'autres sont exemplaires sur de nombreux aspects.



Pour plus d'informations sur le détail de variation par maternité consulter l'étude complète sur www.naissancerespectee.be

Analyse des résultats

6

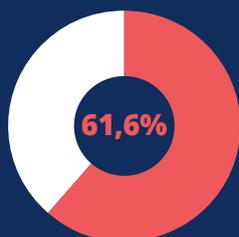
LES FEMMES NE SONT PAS ASSEZ MISES AU CENTRE

A. L'APPLICATION DU DROIT DU PATIENT EST UNE PRATIQUE MARGINALE

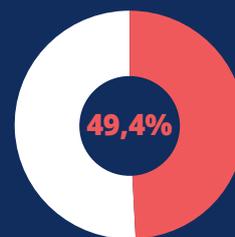
En considérant les césariennes, les épisiotomies et l'utilisation d'instruments, 2037 actes médicaux ont été posés dans notre échantillon sur 4226 femmes.

20

femmes ont refusé des actes, mais **leur choix n'a pas été respecté**



L'acte posé n'est pas expliqué **dans deux cas sur trois**



Le consentement n'est pas demandé **dans la moitié des actes** posés



“ J'ai eu des touchers vaginaux le jour du déclenchement. J'ai supplié d'arrêter et elles [sages-femmes] continuaient, elles se succédaient pour voir si elles avaient toutes les mêmes données et cela s'est fait dans une douleur atroce.

“ Le fils de la gynéco (il est médecin) était présent (pour voir une césarienne), c'était l'occasion de voir comment ça se passe... En aucun cas, on ne m'a demandé mon accord !

“ J'ai refusé la perfusion, mais on me l'a mise de force.

“ J'ai répondu plusieurs fois non, mais on m'a forcée.

Afin de remettre tout cela en contexte, rappelons les différents principes repris dans la loi belge du 22 août 2002 relative aux droits du patient¹ :

UNE PRESTATION DE SERVICES DE QUALITÉ : "Chaque patient reçoit au vu de ses besoins, les meilleurs soins possibles en fonction des connaissances médicales et de la technologie disponible. Les prestations sont dispensées dans le respect de la dignité humaine et de l'autonomie du patient, sans la moindre discrimination fondée sur la classe sociale, l'orientation sexuelle ou la conviction philosophique."

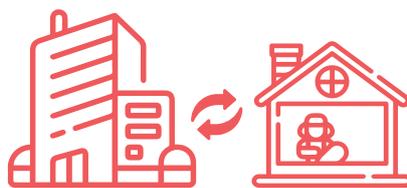
LE CONSENTEMENT À TOUTE INTERVENTION : tout acte médical doit recueillir le consentement du patient. Ce qui veut dire : informer de la situation médicale, des dangers qu'elle représente, expliquer la/les solutions proposées (avantages et inconvénients), laisser le choix, envisager des alternatives éventuelles... Dans le cas où la patiente n'est plus en capacité de décider ou en cas d'urgence extrême, la personne de confiance qu'elle aura désignée (parent, ami...) est informée du suivi.

LA PATIENTE A LE DROIT DE RETIRER SON CONSENTEMENT À TOUT MOMENT.

B. LES FEMMES N'ONT PAS LA POSSIBILITÉ DE CHANGER DE LIEU D'ACCOUCHEMENT²

Parfois, les femmes souhaitent changer de lieux de naissance. Quel que soit le type de lieu d'accouchement souhaité en second lieu, 58% des femmes qui ont voulu changer de lieu de naissance au cours de leur grossesse ont pu le faire et 42% n'ont pas pu accéder à leur second choix que ce soit avant ou pendant le Covid. Toutefois, il semble plus facile de changer de choix initial en faveur d'une maternité que pour les autres lieux de naissance. Sur toutes les périodes considérées :

Près de **7** femmes sur **10** qui ont souhaité changer de lieu pour une maternité ont pu voir leur souhait se réaliser.



Seule **1** femme sur **2** qui a souhaité changer de lieu pour la maison de naissance ou le gîte hospitalier a pu voir son souhait se réaliser.

Seulement **4** femmes sur **10** qui ont souhaité changer de lieu pour le domicile avec une sage-femme ont pu voir leur souhait se réaliser.

¹ <https://www.health.belgium.be/fr/loi-du-22-aout-2002-relative-aux-droits-du-patient>

² Mise en contexte : Les femmes ont le droit de choisir leur lieu d'accouchement. Cfr Cour Européenne des Droits de L'homme 2010 - Ternovsky v. Hungary
Disponible sur : <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22002-683%22%7D>

Analyse des résultats

7

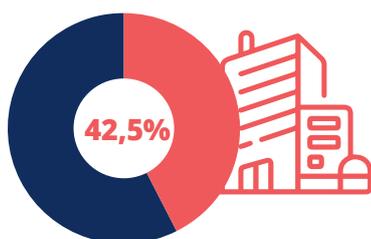
LA NAISSANCE HORS DE L'HÔPITAL

A. PLUS D'AUTONOMIE POUR LES FEMMES ET CHOIX DE LA POSITION LORS DE L'ACCOUCHEMENT

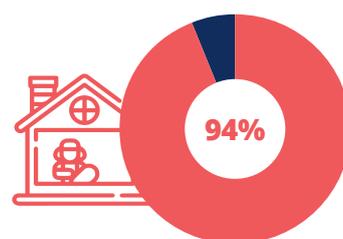
Sur base de plusieurs critères (choix de position, boire et manger, type d'accompagnement...), nous pouvons constater que les femmes qui donnent naissance en gîte intra hospitalier, à la maison de naissance ou à domicile avec une sage-femme ont un plus grand sentiment d'autonomie. Dans ces structures, il y a une nette diminution de la médicalisation lors de l'accouchement.

Tableau reprenant les pourcentages par type de lieux d'accouchement

Chiffres en %	Nombre de femmes	Une des 6 formes de violence	Violence physique	Violence psychologique	Violence verbale	Poin du r
Ouverture plateau technique	56	21,43	1,79	16,07	5,36	
Maison de naissance ou gîte intra hospitalier	143	14,69	2,10	9,79	1,40	
À domicile avec sage-femme	92	5,43	1,09	2,17	1,09	
Maternité	3919	41,87	2,80	27,53	6,23	



Par exemple, pour le choix de la position pour accoucher, **dans les maternités hospitalières 42,5% des femmes ont pu choisir leur position contre 94% en dehors de l'hôpital.**



Cet élément est à remettre en lien avec le constat de la culture propre à chaque maternité. Le pourcentage de femmes ayant pu choisir la position au cours de l'accouchement varie entre 12,2% et 73,4% selon les maternités.

B. RESPECT DU PROJET DE NAISSANCE

Dans le cadre du respect du projet de naissance, seulement une femme sur deux (54,4%) qui a accouché en maternité estime que les professionnel-le-s l'ont toujours respecté. La presque totalité des femmes qui ont accouché dans les maisons de naissance ou les gîtes intra hospitalier (88,7%) et à domicile (92,3%) trouvent que leur projet de naissance a été respecté.

“ J'ai été mise sur le dos d'autorité alors que j'étais plus confortable en latéral.

“ Je me suis très peu sentie soutenue dans mon choix de départ de faire sans péridurale. Personne n'a tenté de me soulager autrement ou de m'accompagner pendant mes moments de doute et de peur.

“ Le regard bienveillant de la sage-femme qui m'a reçu et qui après un touché (3cm) et un monito m'a dit "tout indique que le travail n'a pas encore commencé, mais je vous fais confiance en voyant votre visage j'ai le pressentiment que c'est pour bientôt. On va en chambre de nature, prenez un bain on ne risque rien d'essayer". Je me suis sentie comprise et soutenue, ça m'a aidé à accueillir la douleur sans gêne.

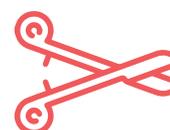
nt mari	Expression abdominale	Actes à vif	Instruments	Épisiotomie	Droit de boire oui si voie basse	Droit de manger oui si voie basse	Choix position Oui
0	0	11,32	7,14	5,36	90	70	88,89
0,75	0,70	3,55	3,52	2,10	93,43	70,80	92,31
0	0	4,35	0	1,09	94,57	78,26	100
6,29	9,24	8,13	12,31	20,48	64,54	28,68	42,37

20,3%
maternité

2,1%
maison de naissance ou
gîte intra hospitalier

5,4%
plateau technique

En ce qui concerne l'épisiotomie, 20,3% des répondantes ont déclaré avoir eu une épisiotomie lors de leur accouchement dans les maternités, 5,4% en plateau technique et 2,1% en maison ou gîte intra hospitalier.



Analyse des résultats

8

LA PRÉPARATION À LA NAISSANCE

A. LA CONFIANCE DES FEMMES EN ELLES-MÊMES EST À RENFORCER

De manière surprenante, la dernière personne en qui les femmes ont confiance, pour l'accouchement, c'est en elle-même et en leurs capacités (à 76%). La femme accorde le plus de confiance en son ou sa partenaire (96%) puis, suivent les professionnel·le·s de la santé (sage-femme 86,5% et gynécologue 85,7%). Même si cette dernière est une donnée très encourageante dans la relation de soin qui s'établit tout au long du suivi de la grossesse et de l'accouchement, il y a du travail à faire pour que les femmes aient plus de confiance en elles et en leur corps.

“ Les mots et gestes de l'équipe de sage-femme lors de la (longue) poussée. Je me suis sentie entourée et coachée jusqu'au bout.



“ Le gynéco et les sages-femmes qui me disent que ce que je fais est très bien (lors de la poussée).

B. LES PRÉPARATIONS À LA NAISSANCE ONT UNE INCIDENCE

Dans notre échantillon, plus de la moitié des femmes ont participé à des séances de préparation à la naissance (66.3%). Nous pouvons constater que ces séances sont associées positivement au sentiment de préparation des répondantes lors de l'accouchement. La réorganisation des séances en raison des restrictions sanitaires a donc naturellement impacté ce résultat.

Avant le covid, 7% des femmes avaient le sentiment d'être insuffisamment préparées à l'accouchement. Pendant la période covid, les femmes ayant eu certaines séances de préparation annulées sont celles qui ont exprimé le plus fort sentiment d'être insuffisamment préparées à la naissance (21%), suivies par les femmes ayant eu ces séances en distanciel (11%). Les femmes dont les séances ont été maintenues en présentiel ou de façon hybride sont celles qui ont rapporté le meilleur sentiment de préparation.

Conclusions et recommandations

Les données que la Plateforme Citoyenne pour une Naissance Respectée a pu collecter et les informations qui ressortent de cette étude démontrent la nécessité de telles enquêtes auprès des femmes et du co-parent. **Suite à cette première étude sur les conditions d'accouchement, la Plateforme veut avancer les recommandations suivantes :**

1

Assurer une meilleure transparence des données et informations aux patientes :

- La transparence des pratiques selon les structures (hôpital, maison de naissance, accouchement à domicile) est une condition indispensable pour permettre aux femmes et aux couples de choisir de façon éclairée leur lieu d'accouchement. Elle est aussi nécessaire en démocratie pour un débat public éclairé. Il est notamment demandé d'avoir accès aux statistiques de chaque structure en ce qui concerne notamment : le taux de césariennes pratiquées, le taux d'épisiotomies, et le taux de recours à l'anesthésie péridurale, le taux d'inductions et le taux d'optimisations (accélération du travail par différentes méthodes), le taux d'accouchements physiologiques (sans aucune médicalisation), taux de positions d'accouchement autre que décubitus dorsal, le respect du peau à peau, le fait de ne pas laver le bébé immédiatement, les résultats des enquêtes de satisfaction, etc. ;
- Une information complète des mères sur les conséquences du déclenchement ;
- Une information systématique donnée aux femmes sur le droit du patient et sur les actes qu'elles peuvent vivre pendant l'accouchement.

2

Prendre mieux en charge les conséquences qu'une crise sanitaire a sur l'accouchement :

- La mise en place de groupes de parole et des formations pour les professionnel.les de la périnatalité sur le vécu de ces femmes. Durant cette période sensible, beaucoup de modifications ont impacté les mères et les bébés. Il faut veiller à l'impact psychologique que cela a pu avoir sur ces mères et sur le développement de l'enfant. Notamment le fait qu'elles ont vécu plus de peurs, qu'elles se sont senties plus isolées, etc. ;
- Une meilleure transparence et communication sur les protocoles instaurés ;
- Une attention à la prise en compte des aspects psychologiques autour de l'accouchement par les professionnel.les lors de la mise en place d'un protocole ;
- Une évolution des protocoles en fonction de la situation sanitaire pour ne pas maintenir des règles inutilement strictes ayant un impact sur le vécu de l'accouchement ;
- La création de recommandations claires et de qualité qui prennent en compte le bien-être de la femme et basées sur les données médicales (avec revue de littérature) ;
- L'importance d'évaluer l'impact du vécu des femmes durant la pandémie sur leur bien-être et sur le développement de leurs bébés. Il est nécessaire d'étudier l'impact de tous ces bouleversements sur base de données nationales ;
- Une attention particulière aux conséquences que la période Covid a eue sur les femmes d'un niveau socio-économique défavorisé.

3

Etablir un observatoire de la naissance :

- La création d'un observatoire national sur les conditions d'accouchement et sur les violences gynécologiques et obstétricales s'appuyant, entre autres, sur le vécu des femmes dans les différents lieux d'accouchement. Cet observatoire aurait quatre missions principales :
 1. collecter les données, notamment par la mise en œuvre d'une enquête quantitative indépendante à un intervalle de temps régulier sur un échantillon représentatif et incluant des questions sur les violences obstétricales ;
 2. informer le grand public, les femmes et les professionnel·le·s ;
 3. soutenir les professionnels·le·s dans le changement (audit par maternité, formations...);
 4. prévenir les violences gynécologiques et obstétricales et soutenir les victimes.
- Par ailleurs, il permettrait la reconnaissance de l'existence de la violence gynécologique et obstétricale et serait un lieu de signalement.

4

Garantir que les femmes aient des choix :

- Un accompagnement centré sur la femme qui la remet en position d'actrice capable de décider pour elle et son enfant : c'est la femme qui accouche avec ses ressources et celles de son enfant ;
- L'information des femmes sur leurs droits, sur la question du consentement libre et éclairé ;
- L'information des femmes sur leurs choix de lieux et de professionnel·le·s qui les accompagnent ;
- La possibilité de choisir parmi une diversité de lieux d'accouchement et de structures d'accouchement. Soutien à la création et à l'existence de structures alternatives à l'hôpital telles que : maison de naissance, gîte intra hospitalier, l'accès à des plateaux techniques aux sage-femmes libérales ainsi que le soutien aux accouchements à domicile. Tout en levant les freins liés à la création de tels lieux ;
- Un remboursement équivalent pour les femmes qui choisissent une de ces alternatives au remboursement qu'elles peuvent avoir si elles vont à l'hôpital. Le remboursement doit être lié à la prise en charge plutôt qu'à l'acte ou au praticien.

5

Repenser le cursus de formation des professionnel·le·s en intégrant :

- La physiologie de l'accouchement comme angle fondamental. Le renforcement des compétences des professionnels dans le domaine de la physiologie de la naissance (intégration dans le curriculum de base et stages dans des structures qui préservent la physiologie de la naissance). Avec la reconnaissance du terme de la grossesse à 41 semaines d'aménorrhée (à l'instar de la France) au lieu de 40 SA afin d'éviter les déclenchements inutiles sur des grossesses non menées à terme ;
- Une refonte des syllabus d'enseignement selon l'actualisation des données médicales ;
- L'introduction à l'interculturalité et à une approche intersectionnelle dans la formation de base et la formation continue ;
- La mise en œuvre pratique du consentement éclairé et du droit du patient ;
- La formation continue afin de garantir une médecine basée sur les preuves dans sa définition la plus inclusive (Evidence-Based Medicine) ;
- Le développement de la bienveillance obstétricale ;
- L'inclusion du principe des patientes partenaires.

Encourager la bienveillance obstétricale :

- La mise en place d'un label ami des bébés ET des mamans promouvant la bienveillance obstétricale et les meilleures pratiques en la matière ;
- La promotion des professionnel.les qui ont des pratiques exemplaires (ex. qu'ils soient responsables de la formation de leurs pairs) ;
- La création de codes INAMI qui valorisent la physiologie notamment par la mise en place d'une enveloppe unique par accouchement à bas risque quel que soit le lieu, le professionnel qui l'accompagne ;
- La prise en compte par les instances hospitalières des données scientifiques qui valident le respect de la physiologie et leur mise en œuvre comme la recommandation de l'OMS pour un accompagnement optimal des femmes en travail : « une sage-femme pour chaque femme en travail » ;
- L'information sur les effets bénéfiques de participer à un parcours de préparation de naissance.
- La généralisation de l'accompagnement global ou de soin intégré et centré sur le patient ;
- La possibilité pour les femmes qui accouchent de choisir la compagnie de la personne de leur choix, et ce malgré le contexte (césarienne, pandémie...), comme le recommande l'OMS* ;
- Le renforcement de l'autonomie des femmes dans les maternités hospitalières (choix de la position, manger, boire, etc.) avec une charte à respecter ou des protocoles ;
- La réplication de cette étude en communauté flamande ;
- Des protocoles unifiés pour la Belgique pour homogénéiser les pratiques.

SELON L'OMS

POUR UNE EXPÉRIENCE POSITIVE ET SANS RISQUE DE L'ACCOUCHEMENT, IL FAUT:

- 1 Être traitée avec respect et dignité**
- 2 Être accompagnée par la personne de son choix pendant l'accouchement**
- 3 Une communication claire de la part du personnel de la maternité**
- 4 Des solutions adaptées pour soulager la douleur**

* <https://www.who.int/news/item/09-09-2020-every-woman-s-right-to-a-companion-of-choice-during-childbirth>



Plateforme citoyenne pour une naissance respectée



L'étude complète est disponible sur
www.naissancerespectee.be

La Plateforme citoyenne pour une naissance respectée est un collectif qui rappelle le droit des femmes à choisir les circonstances de leur accouchement dans l'intérêt des nouveau-nés, des mères et de leur partenaire.

NOUS POURSUIVONS 4 REVENDICATIONS

1. Une information systématique et complète sur l'accouchement.
2. Une transparence des pratiques hospitalières
3. et extra-hospitalières
4. Une prévention des interventions médicales non justifiées
5. Un renforcement des compétences et de la complémentarité des différents professionnel·le-s de la naissance.

Editeur responsable : ASBL Plateforme citoyenne pour une naissance respectée
Florence Guiot, Avenue Jef Lambeaux 18, 1060 Saint-Gilles

www.naissancerespectee.be | info@naissancerespectee.be



Une initiative de l'asbl PLATEFORME CITOYENNE POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE,
réalisée avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles
Novembre 2021 - Creative Commons de type CC BY-NC-ND 3.0 FR
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/0.3/fr/>)