



La coercition obstétricale en Suisse

Une femme sur quatre a subi une coercition informelle pendant l'accouchement

Stephanie Meyer et Stephan Oelhafen

20 octobre 2020

etudeaccouchement@bfh.ch

Le projet « coercition obstétricale » est conduit par :

Dr. Stephan Oelhafen, Haute école spécialisée bernoise

Dr. Settimio Monteverde, Haute école spécialisée bernoise

PD Dr. Dr. Manuel Trachsel, Institut d'éthique biomédicale, Université de Zurich

Prof. Dr. Luigi Raio, Clinique universitaire de gynécologie et obstétrique, Hôpital universitaire de Berne

Prof. Dr. Eva Cignacco Müller, Haute école spécialisée bernoise

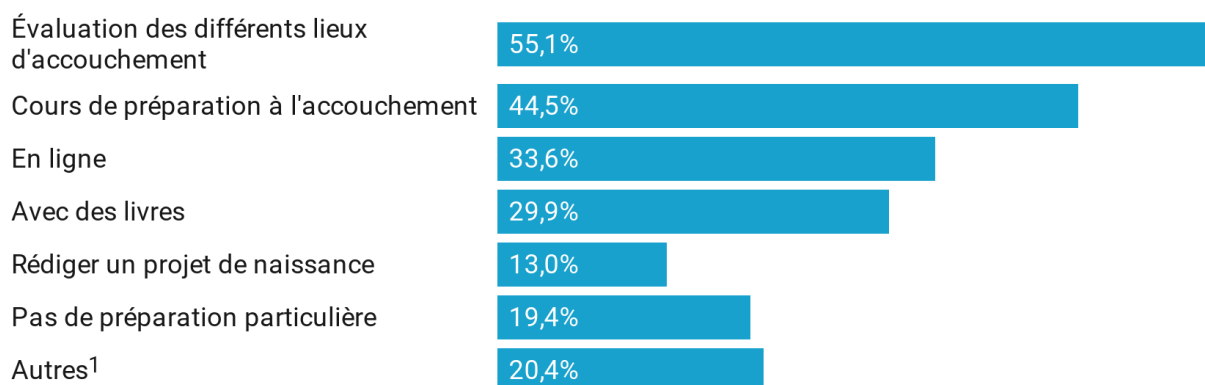
Le Fonds Käthe Zingg-Schwichtenberg de l'Académie Suisse des Sciences Médicales et le Fonds pour l'Enseignement et la Recherche de la Fondation Lindenhof Bern soutiennent ce projet financièrement.

Enquête sur l'expérience de l'accouchement

La Haute école spécialisée bernoise et des collaborateurs d'institutions partenaires ont mené une enquête sur l'expérience de l'accouchement de plus de 6'000 femmes qui ont mis au monde un enfant en Suisse entre 2018 et 2019. Les participantes ont répondu à des questions concernant différents aspects de la grossesse et de l'accouchement, les soins fournis par les professionnel·le·s de la santé et des éventuels traitements médicaux. Une question clé se rapportait à la fréquence de traitements contre la volonté des femmes ou la fréquence avec laquelle les femmes subissent des pressions en vue d'accepter des traitements pendant l'accouchement. Ce rapport présente les résultats les plus importants de l'enquête. Les résultats sont présentés ici en forme simplifiée. Vous trouvez des résultats détaillés et complémentaires dans la [prépublication scientifique](#).

Préparation à l'accouchement

Comment les femmes se sont-elles préparées à l'accouchement?



Plusieurs réponses étaient possibles.

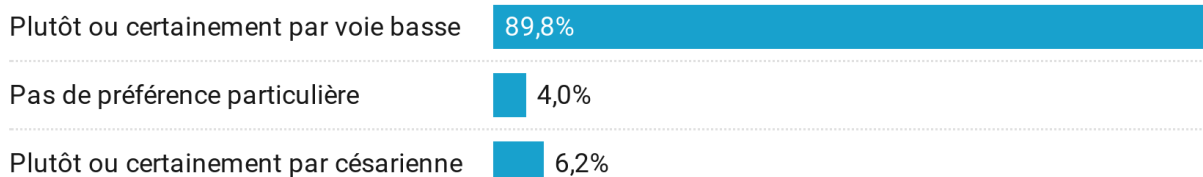
¹ Des réponses "autres" communes étaient: parler avec des sages-femmes, le, la partenaire ou des ami·e·s; hypnobirthing et autres techniques de respiration; thérapies alternatives, acupuncture, homéopathie, ostéopathie; yoga, pilates.

La plupart des femmes (81%) se sont préparées activement à leur accouchement.

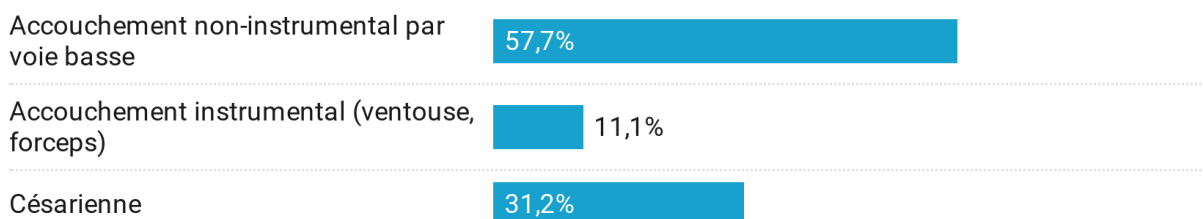
Plus de la moitié des femmes ont réfléchi au lieu d'accouchement et ont envisagé différentes options avant de décider où elles voulaient accoucher. Il existe des différences entre les femmes qui ont accouché la première fois et celles qui ont déjà des enfants : alors qu'elles n'étaient que quelques-unes (11%) pas du tout préparées à l'accouchement pour le premier enfant, elles étaient nettement plus préparées aux accouchements suivants (27%).

Type d'accouchement

Comment les femmes souhaitaient-elles accoucher?



Comment les femmes ont-elles accouché réellement?



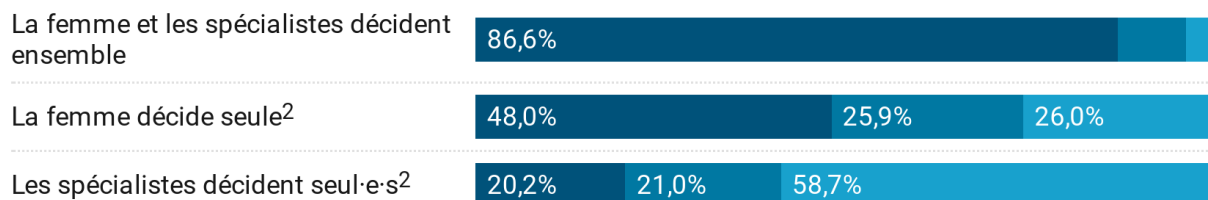
90% des femmes souhaitaient accoucher par voie basse.

La préparation à l'accouchement inclut généralement des réflexions sur le type d'accouchement préféré. Pendant la grossesse une majorité des femmes souhaitait accoucher par voie basse. Les autres étaient indécises ou souhaitaient une césarienne. Environ 2% des accouchements étaient des césariennes dites « de convenance », cela veut dire sans indication médicale. Les femmes ont donné le plus souvent comme raison différentes craintes vis-à-vis du recours à une césarienne de convenance : craintes pour la sécurité de l'enfant (50%), des douleurs ou de complications (38%) ou de blessures dans la région génitale (36%).

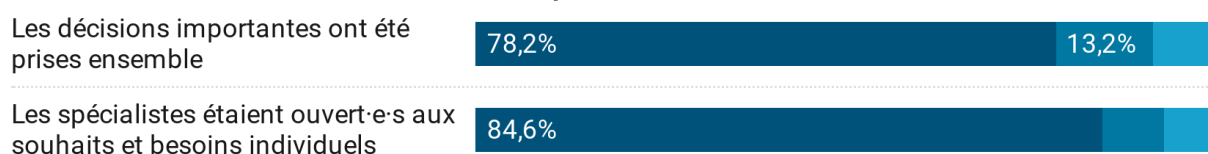
Prise de décision lors de l'accouchement

■ d'accord ■ ni d'accord, ni pas d'accord ■ pas d'accord

Qui devrait prendre les décisions pendant l'accouchement selon les femmes?¹



Comment les femmes ont-elles vécu les soins pendant l'accouchement?



¹ Les participantes ont dû évaluer les trois déclarations.

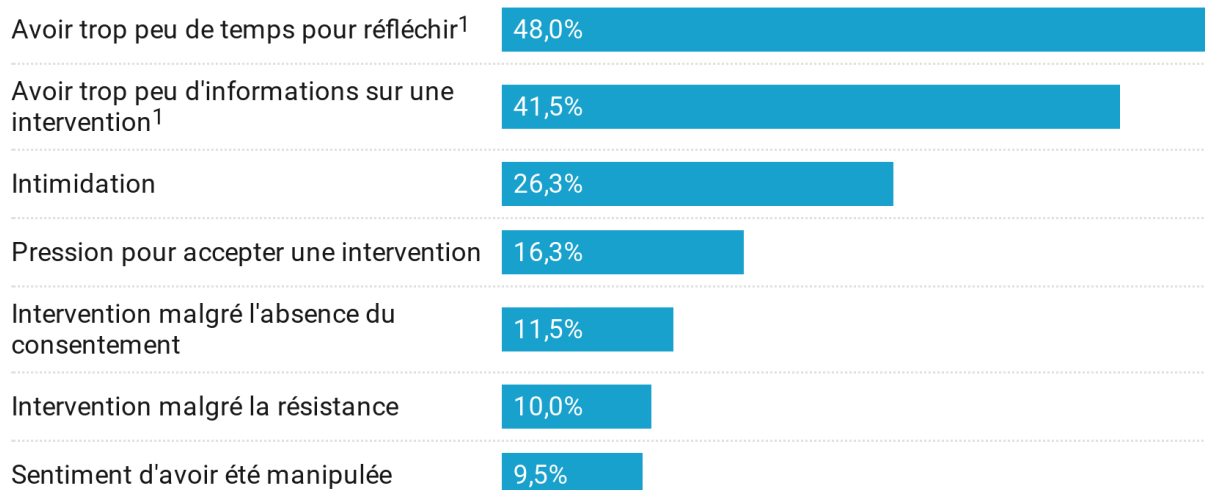
² après que la femme a reçu suffisamment d'informations.

La majorité des femmes (87%) préférait une prise de décision conjointe avec les spécialistes.

La plupart des femmes étaient de l'avis que les décisions importantes lors de l'accouchement devaient être prises en collaboration avec les spécialistes. Près de la moitié estimait que la femme devait décider seule après avoir reçu suffisamment d'informations. Seules quelques-unes pensaient que les spécialistes devaient décider seul·e·s. En tout, les femmes ont évalué positivement les soins fournis par les spécialistes : les décisions ont été prises ensemble et les spécialistes étaient ouvert·e·s aux souhaits et besoins individuels.

Coercition obstétricale

Quelles formes de coercition informelle les femmes ont-elles subies?



¹ S'il y a des contraintes de temps pour un traitement, il se peut que le temps manque pour des informations ou des réflexions suffisantes. C'est pourquoi des rapports de seulement l'une de ces formes ou de seulement ces deux expériences n'ont pas été comptés comme «coercition».

La coercition obstétricale est commune en Suisse.

Pour la première fois en Suisse, cette enquête a enregistré la distribution de la coercition obstétricale informelle (cf. infobox). Plus d'un quart des femmes (27%) a subi la coercition informelle pendant l'accouchement. Cela veut dire qu'elles se sentaient mal informées, sous pression, intimidées ou qu'elles n'étaient pas d'accord avec une décision de traitement. Au-delà de la coercition informelle, 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 (39%) ont indiqué que leur liberté de mouvement était limitée pendant l'accouchement. Une femme sur six (17%) a vécu le CTG (surveillance de la fréquence cardiaque du bébé) comme gênant.

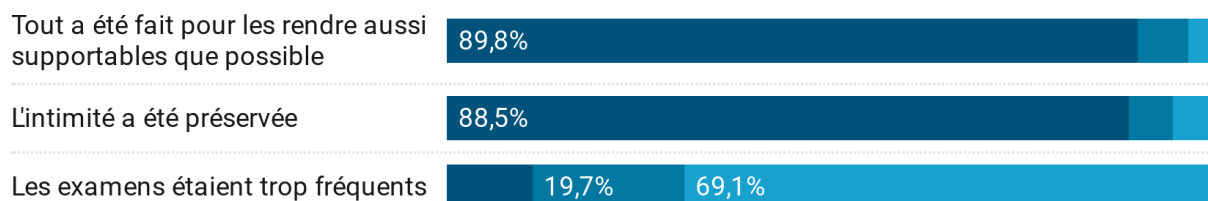


L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) définit la coercition dans le contexte médical comme toute mesure prise contre la volonté autodéterminée ou la résistance des patient·e·s. Contrairement à la coercition formelle, il n'existe pas de base juridique pour la restriction de l'autodétermination des patient·e·s en cas de coercition informelle.

Examens vaginaux

Comment les femmes ont-elles vécu les examens vaginaux?

■ d'accord ■ ni d'accord, ni pas d'accord ■ pas d'accord

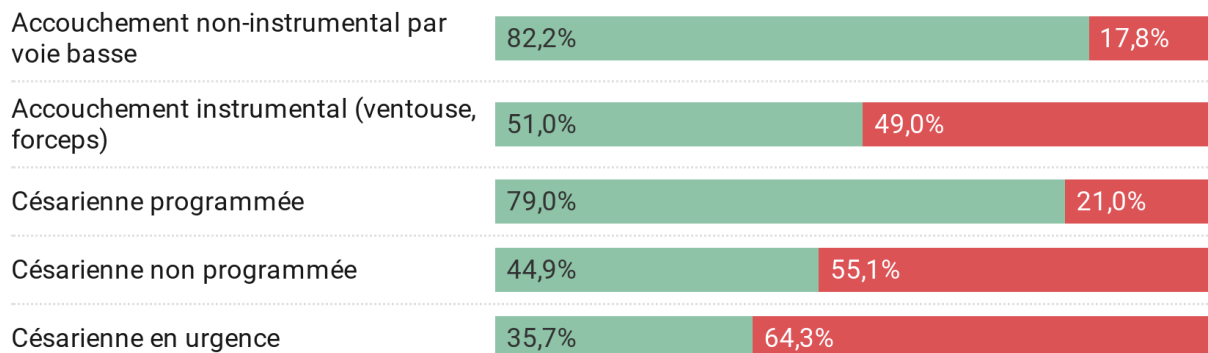


La majorité des femmes a évalué généralement positivement le comportement des spécialistes lors des examens vaginaux : elles ont indiqué que ceux-ci ont été effectués d'une manière aussi supportable que possible et que l'intimité a été préservée. Néanmoins, plus d'une femme sur dix souhaitait avoir moins d'exams.

Satisfaction de l'accouchement

Comment les femmes ont-elles évalué leur accouchement?

■ majoritairement positif ■ majoritairement négatif



La ligne de démarcation entre "majoritairement positif" et "majoritairement négatif" n'est pas claire. Le but ici est d'illustrer la différence de satisfaction de l'accouchement entre les différents types d'accouchement. Il faut également noter que les participantes n'ont évalué que leur satisfaction avec l'accouchement lui-même et non pas avec les heures suivantes.

Les interventions non programmées nuisent à la satisfaction de l'accouchement.

Lors de l'enquête, les femmes ont évalué également l'expérience de l'accouchement entière. Plus de deux tiers des femmes (71%) ont estimé que leur expérience de l'accouchement était majoritairement positive. Entre celles qui ont eu un accouchement non-instrumental par voie basse (sans vacuum ou forceps) ou une césarienne programmée, même quatre femmes sur cinq ont vécu leur accouchement comme positif en tout. Pour les femmes qui ont dû accoucher par césarienne en urgence, en revanche, une expérience positive était beaucoup plus rare (36%), tout comme pour les femmes qui ont subi la coercition informelle (48%).

L'assimilation de l'accouchement

Une discussion à la suite de l'accouchement peut aider à l'assimiler.

Les événements qui se produisent pendant l'accouchement peuvent être vécus comme traumatisants et peuvent ainsi accabler les femmes pendant longtemps. Pour les femmes qui ont eu une césarienne en urgence ou qui ont subi la coercition, le risque d'une dépression post-partum ou d'autres maladies psychologiques était élevé. Une relation causale n'est pourtant pas entièrement claire. Généralement, une discussion de l'accouchement paraît importante : à la suite de l'accouchement, près de la moitié des femmes (48%) a eu l'opportunité de le discuter avec les spécialistes. Quatre femmes sur cinq ont estimé que cette discussion a été utile – qu'elles aient vécu leur accouchement comme positif ou négatif.

Conclusions

Cette étude éclaire l'expérience de l'accouchement de plus de 6'000 femmes en Suisse et différents facteurs qui l'influencent. Trois femmes sur quatre ont évalué leur accouchement comme positif en tout. En revanche, une femme sur quatre a subi la coercition obstétricale informelle. Les femmes qui ont subi la coercition informelle pendant l'accouchement étaient moins satisfaites de l'accouchement et pourraient bien être plus en risque de développer une dépression post-partum.

La majorité des femmes souhaitait prendre des décisions concernant l'accouchement en collaboration avec les spécialistes. Une prise de décision conjointe garantit que l'expertise médicale des spécialistes ainsi que les attitudes et les besoins individuel-le-s des femmes sont prises en compte. Pour une expérience d'accouchement autodéterminée, il est donc fondamental que les femmes réfléchissent à leurs souhaits et leurs idées concernant l'accouchement et qu'elles les communiquent ouvertement aux spécialistes. Ceci révèle d'autant plus la nécessité de s'informer à temps s'il est possible de réaliser des souhaits particulièrement importants au lieu de naissance prévu.

Chaque femme a le droit de refuser des suggestions de traitement. Les femmes ne devraient pas accepter un traitement avant qu'elles n'aient pas compris les raisons qui le motive. Toute forme de coercition informelle viole les droits fondamentaux de la personnalité. Les femmes qui subissent la coercition obstétricale informelle devraient le signaler aux spécialistes.

Les spécialistes doivent se rendre compte que même des actions supposées insignifiantes peuvent perturber les femmes. Afin de prévenir des conséquences négatives de la coercition informelle, il est essentiel d'assurer un suivi de tels cas. Les spécialistes doivent également garder à l'esprit que les femmes ne peuvent souvent assimiler leur accouchement que quelques mois plus tard et ne doivent pas se laisser tromper si elles n'expriment pas de besoin de médiation immédiatement après l'accouchement. Au niveau de la société, un débat sur l'accouchement est nécessaire afin de rendre transparent-e-s la nécessité médicale ainsi que les avantages et les désavantages des traitements obstétricaux.

Liens et contacts pour soutien

[Consultation parents-enfants](#) (en français)

[Eltern Notruf, 24/7 conseil](#) (page Web en allemand, conseil en français)

[appella Telefon- und Online-Beratung](#) (en allemand)

[Geburtsverarbeitung](#) (en allemand)

[L'Association Dépression Postnatale Suisse](#) (en allemand et français)

Bases techniques de l'étude

Plus de 7'000 femmes ont participé à notre enquête en ligne entre août et décembre 2019. En tout, 6'054 ensembles de données ont pu être considérés pour l'investigation présente. Les participantes ont été recrutées en ligne par une publicité sur Facebook ainsi que hors ligne par différents canaux : des dépliants dans des cabinets de pédiatrie et gynécologie et des annonces dans des magazines pour parents et le bulletin de la Fédération suisse des sages-femmes. Le questionnaire était disponible en quatre langues (allemand, français, italien et anglais) et le langage utilisé était à la fois précis sur le plan médical ainsi que compréhensible pour des personnes sans expertise médicale.

Les femmes de nationalité Suisse qui n'ont pas accouché à l'hôpital et les accouchements non-instrumentaux par voie basse étaient surreprésenté-e-s dans l'échantillon. C'est pourquoi l'échantillon a été pondéré pour les analyses de manière représentative pour toutes les nouvelles mères en Suisse d'après le recensement. En ce sens, tous les résultats présentés ci-dessus doivent donc être considérés comme des estimations pour toute la Suisse. Vous trouvez des détails de la méthode d'investigation dans [prépublication scientifique](#) (en anglais).

Détails des participantes à notre étude

	Sondage BFH (N=6'054)	OFS 2019 (N=86'132) ¹
Âge en années		
18-23	195	3 130
24-27	707	10 498
28-31	1 682	22 940
32-35	1 950	26 984
36-39	1 179	16 573
40+	332	6 007
État civil		
mariée	4 440	63 359
non mariée ²	1 601	22 813
Origine		
Suisse	4 927	51 772
Pays voisin	607	9 810
Autre	504	24 550
Régions		
Espace Mittelland	1 666	18 392
Suisse du Nord-Ouest	757	11 643
Suisse orientale	706	11 645
Région lémanique	1 203	17 085
Suisse centrale	539	8 290
Ticino	285	2 493
Zurich	879	16 584
Accouchement par césarienne³	1 409	27 211
Primipare (1er accouchement)	3 505	41 773
Naissance multiple	79	1 448

¹ Données de l'Office fédéral de la statistique (OFS) de toutes les mères ≥ 18 ans.² Célibataire, veuve, divorcée ou "autre".³ Estimation basée sur les données de 2018.

Plus d'informations sur les accouchements dans notre étude

Lieu de naissance	
Hôpital	5457 (90.6%)
Maison de naissance	338 (5.6%)
À la maison	228 (3.8%)
Duration de l'accouchement	
Primipare (1er accouchement)	13.5h
Multipare (pas le 1er accouchement)	6.7h
Fréquence d'interventions / examens¹	
Induction du travail	1533 (28.0%)
Épisiotomie	693 (12.6%)
Amniotomie	1359 (24.8%)
Pression fundique	371 (6.77%)
Examens vaginaux	3710 (67.7%)
CTG	4348 (79.3%)
Médicaments¹	
Péridurale ou épidurale	2311 (42.2%)
ACP	399 (7.29%)
Gaz hilarant	781 (14.3%)
Autres antidouleurs	500 (9.13%)
Médicament pour stimuler les contractions	1654 (30.2%)
Médicament pour inhibiter les contractions	590 (10.8%)
Antibiotiques	702 (12.8%)

¹ Pourcentage relatif à toutes les femmes qui n'ont pas eu une césarienne programmée.