Clés pour une expérience positive de l'accouchement

Laurent GAUCHER

PA - PTC

Haute Ecole de Santé de Genève – Suisse

GÉNÉRALE-BEAULIEU
Clinique

Journée Obstétrique de Beaulieu – Genève

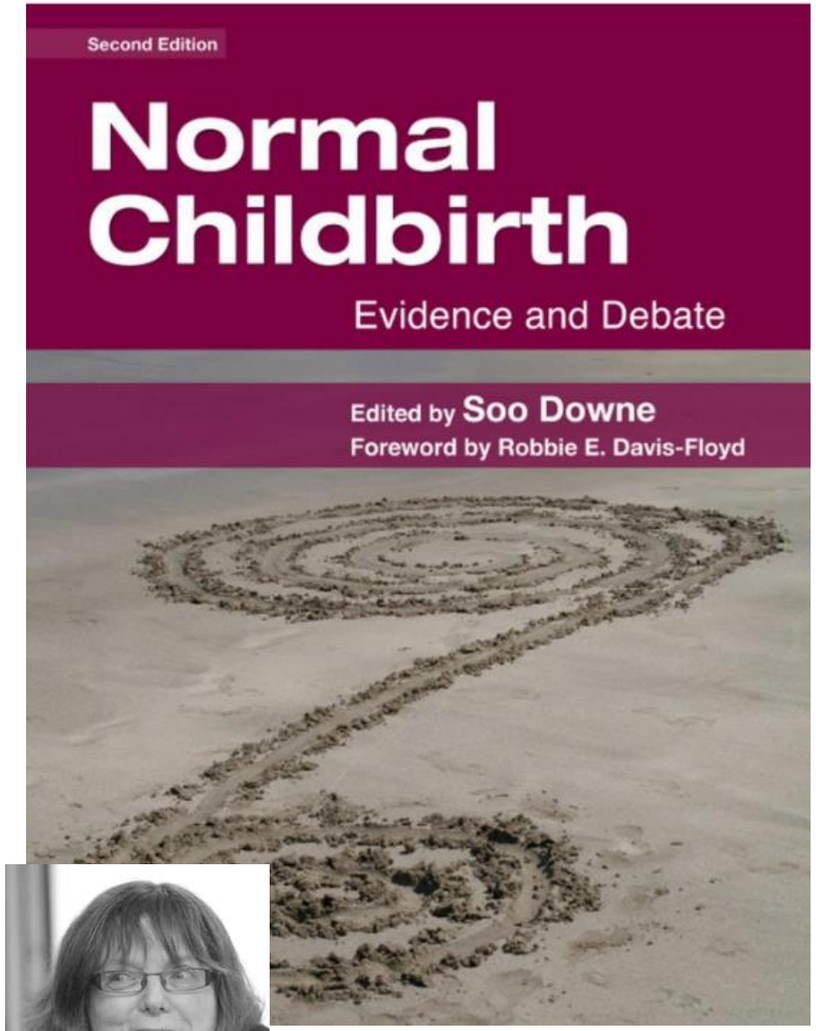
Liens d’intérêt

- Enseignant-chercheur HEdS-Genève - Suisse
- Chercheur associé - Inserm U1290 - Lyon - France
- Sage-Femme Hospices Civils de Lyon - France
- Trésorier Collège National des Sages-Femmes de France

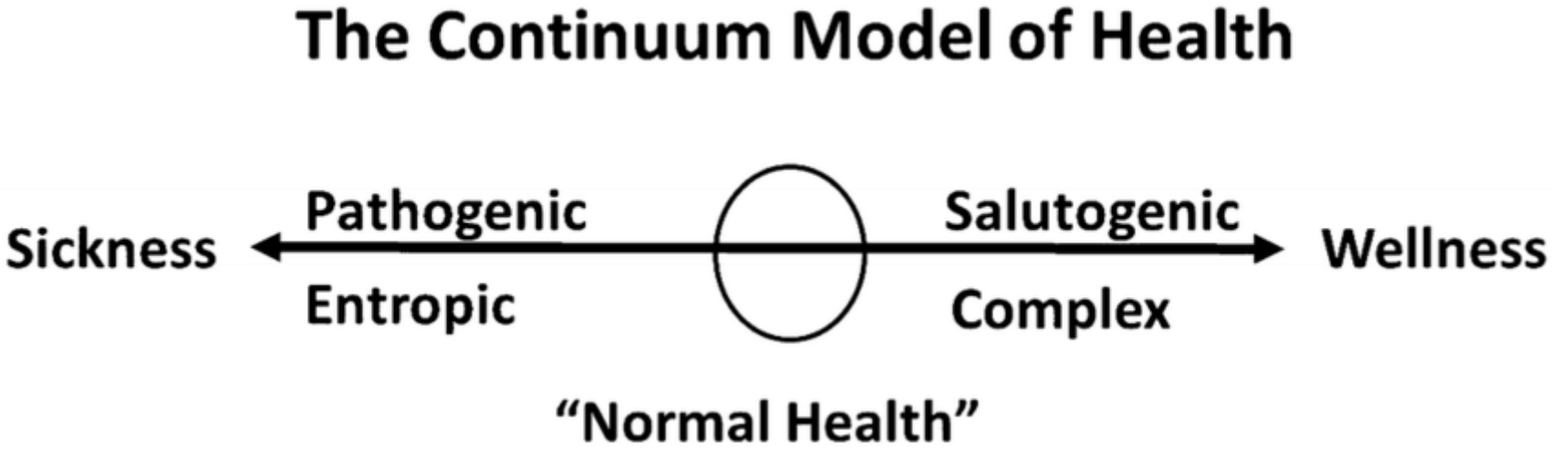
- Aucun lien avec les industriels

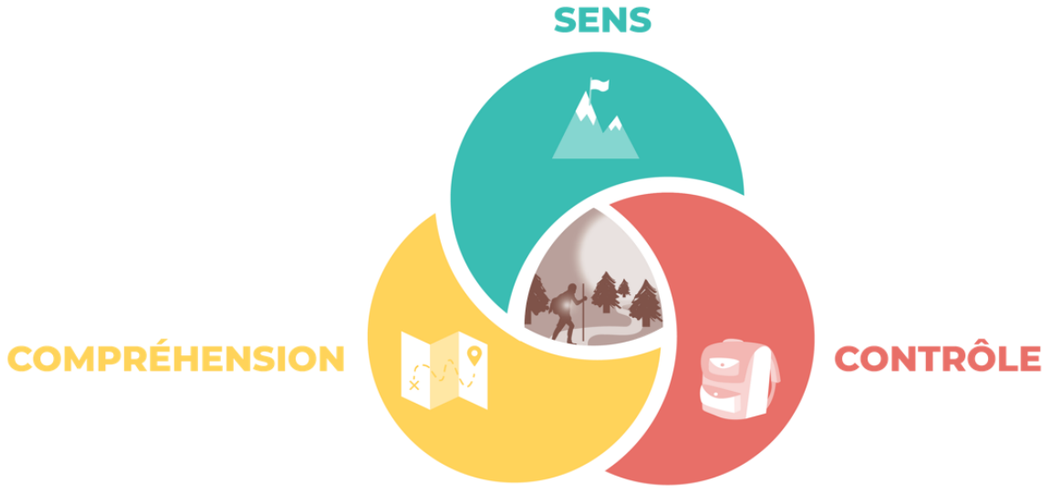
CONTEXTE

NAISSANCE NORMALE – S. DOWN, 2008

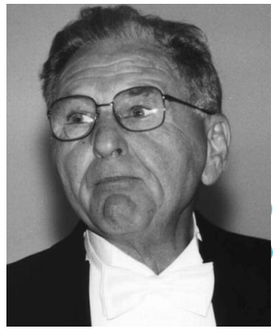


Soo Down





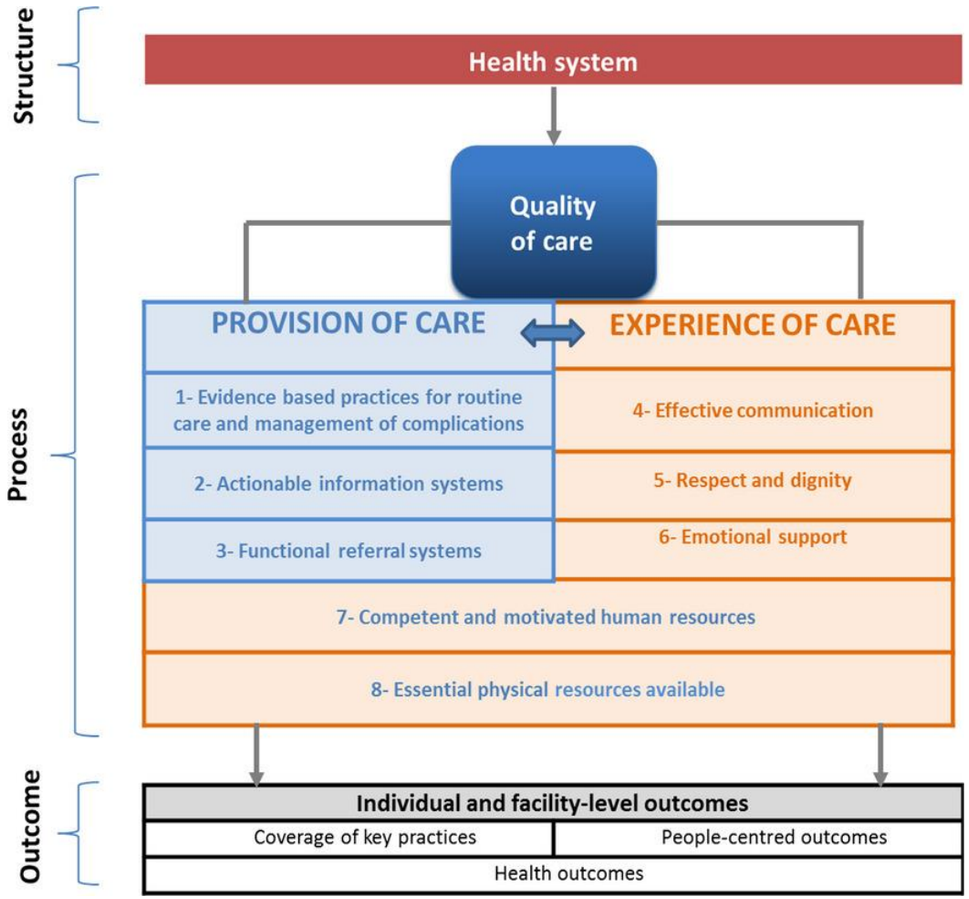
FAVORISER LA SANTÉ



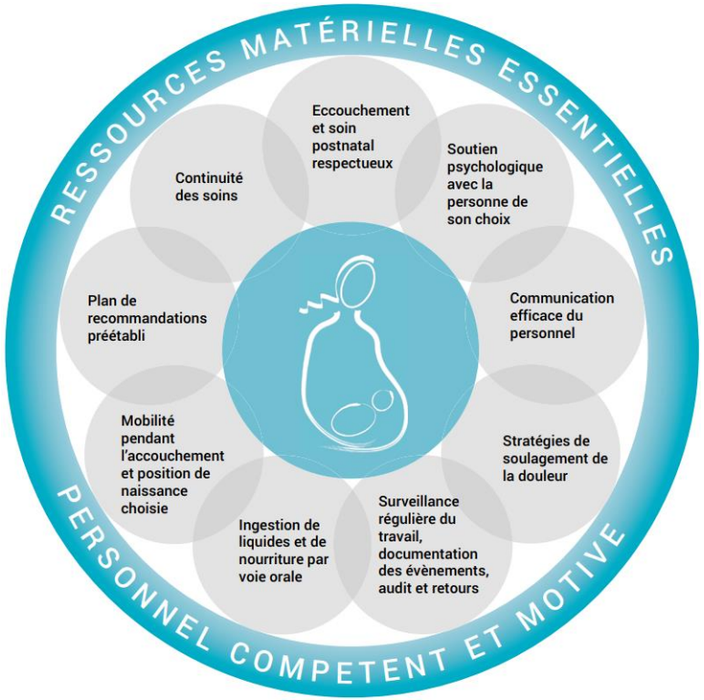
Aaron Antonovsky

L'EXPÉRIENCE DES SOINS – OMS, 2015

TUNÇALP – OMS, 2015



OMS, 2018



h e d s
Haute école de santé Genève
Filière Sage-femme
Hes·so GENÈVE
Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale

BJOG, Volume: 122, Issue: 8, Pages: 1045-1049, First published: 01 May 2015, DOI: (10.1111/1471-0528.13451)

U1290
Inserm

FIGO « mother and newborn-friendly », 2015

Table 1
Summary of criteria and indicators for qualifying a facility as mother and newborn friendly.

Criteria	Indicators
Adopt preferred positions for women in labor and provide food and beverages	Written policy and implementation as observed during care
Nondiscriminatory policy for HIV-positive women, family planning, youth services, ethnic minorities, etc.	Implementation of guidelines for HIV-positive women, family planning, and youth services
Privacy in labor/delivery	Curtains, walls, etc observed
Choice of birthing partner	Accommodation of partners, including traditional birth attendant observed
Culturally competent care	Trainings, posters, policies, direct observations of care
No physical, verbal, emotional, or financial abuse	Written policy, display Charter of Human Rights, no abuse observed, exit questionnaires for mothers/families/partners
Affordable or free maternity care	Costs clearly posted and in line with national guidelines
No routine practice	Evidence-based interventions in protocols and seen in direct observation
Nonpharmacological and pharmacological pain relief	Training on pain relief, direct observation of relief methods
Skin-to-skin mother–baby care and breastfeeding	Protocols/policies on combined care of mother and baby, immediate breastfeeding, observations of care

FIGO « abuse and disrespect during childbirth »

Table 1. Seven categories of disrespect ad abuse.

Abuse category	Example
Physical abuse	Hitting, roughly forcing legs apart, fundal pressure for normal delivery
Non-consented care	No informed consent for procedures, such as when provider elects to perform unnecessary episiotomy
Non-confidential care	No privacy (spatial, visual, or auditory)
Non-dignified care	Humiliation by shouting, blaming, or degrading
Discrimination based on specific patient attributes	HIV status, ethnicity, age, marital status, language, economic status, educational level, etc.
Abandonment of care	Facility closed despite being 24/7, or if open, no staff can or do attend delivery
Detention in facilities	Not releasing mother until bill is paid

Adapted from Bowser and Hill.

International Journal of Gynecology and Obstetrics

REPRODUCTIVE HEALTH

The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother–baby friendly birthing facilities initiative

Suellen Miller, Andre Lalonde

ARTICLE INFO

ABSTRACT

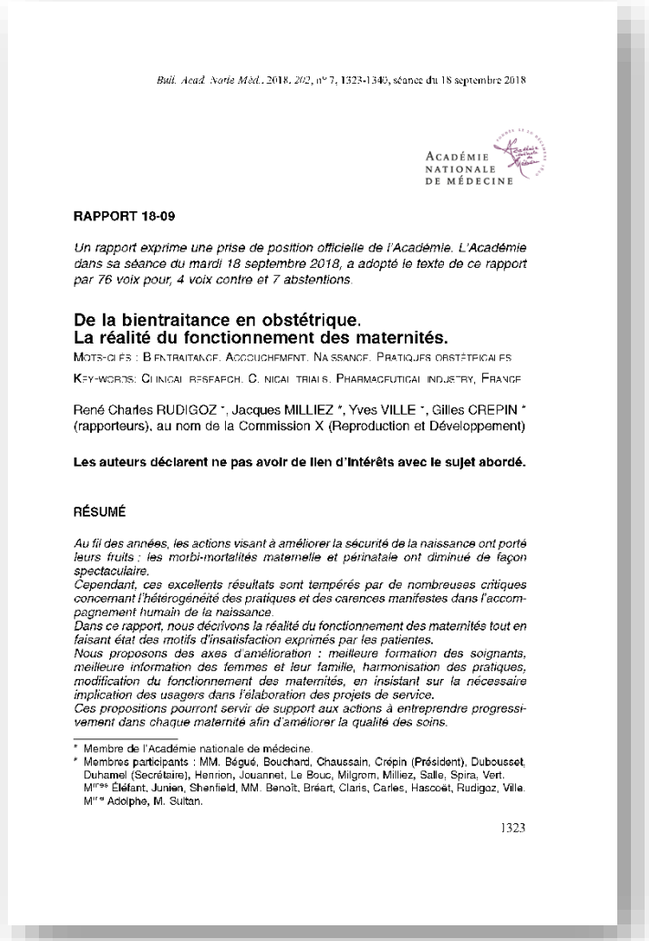
1. Introduction

2. Background

3. History of quality of care, patient–provider interaction, patient-centered care

swissuniversities

Bientraitance en obstétrique



Bull. Acad. Natle Méd., 2018, *202*, n° 7, 1323-1340, séance du 18 septembre 2018

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

RAPPORT 18-09

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie. L'Académie dans sa séance du mardi 18 septembre 2018, a adopté le texte de ce rapport par 76 voix pour, 4 voix contre et 7 abstentions.

De la bientraitance en obstétrique.
La réalité du fonctionnement des maternités.

MOTS-CLÉS : BIENTRAITANCE. ACCOUCHEMENT. NAISSANCE. PRATIQUES OBSTÉTRICALES

KEY-WORDS: CLINICAL RESEARCH. CLINICAL TRIALS. PHARMACEUTICAL INDUSTRY. FRANCE

René Charles RUDIGOZ *, Jacques MILLIEZ *, Yves VILLE *, Gilles CREPIN * (rapporteurs), au nom de la Commission X (Reproduction et Développement)

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts avec le sujet abordé.

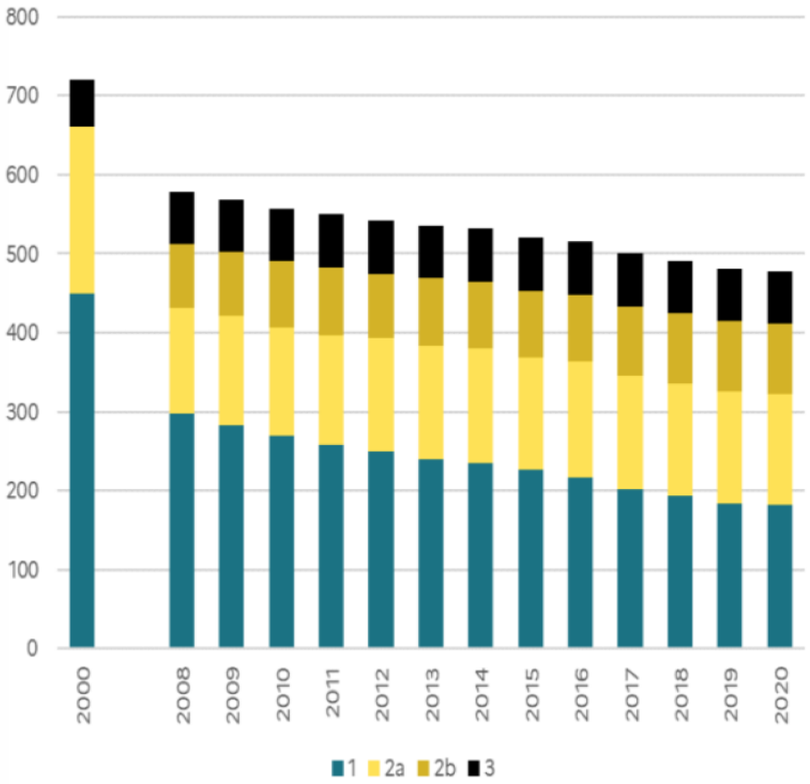
RÉSUMÉ

Au fil des années, les actions visant à améliorer la sécurité de la naissance ont porté leurs fruits : les morbi-mortalités maternelle et périnatale ont diminué de façon spectaculaire.
Cependant, ces excellents résultats sont tempérés par de nombreuses critiques concernant l'hétérogénéité des pratiques et des carences manifestes dans l'accompagnement humain de la naissance.
Dans ce rapport, nous décrivons la réalité du fonctionnement des maternités tout en faisant état des motifs d'insatisfaction exprimés par les patientes.
Nous proposons des axes d'amélioration : meilleure formation des soignants, meilleure information des femmes et leur famille, harmonisation des pratiques, modification du fonctionnement des maternités, en insistant sur la nécessaire implication des usagers dans l'élaboration des projets de service.
Ces propositions pourront servir de support aux actions à entreprendre progressivement dans chaque maternité afin d'améliorer la qualité des soins.

* Membre de l'Académie nationale de médecine.
* Membres participants : MM. Bégué, Bouchard, Chaussain, Crépin (Président), Dubousset, Duhamel (Secrétaire), Henrion, Jouannet, Le Bouc, Milgrom, Milliez, Salle, Spira, Vert. Mlles Elefant, Junien, Shenfield, MM. Benoît, Bréart, Claris, Carles, Hascoët, Rudigoz, Ville. Mlles Adolphe, M. Sultan.

1323

Nombre de maternités
en France de 2000 à 2020



RAPPORT

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine.
L'Académie dans sa séance du mardi 28 février 2023, a adopté le texte de ce rapport par 78 voix pour, 1 voix contre et 4 abstentions.

Planification d'une politique en matière de périnatalité en France :
Organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence.

Planning of perinatal care policy in France: Organize continuity of care is a necessity and an emergency

Y. VILLE (Rapporteur), RC. Rudigoz, JM Hascoët, au nom du groupe de travail * et de la Commission 9 **

Les rapporteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de ce rapport.

* Groupe de travail : Pr Bréart, Pr Carli, Pr Claris, Pr Cosson, Pr Crépin, Pr Dubousset Mr Durrlemann, Pr Goffinet, Mme Guillaume, Pr Hascoët, Mr Lajonchère, , Pr Mandelbrot , Pr Roze, Pr Rudigoz, Pr Salle, Pr Ville
** Commission 9 : Pr Bouchard, Pr Bégué, Pr Bujan, Pr Benoit, Pr Bréart, Pr Carles, Pr Claris, Pr Cognat, Pr Crépin, Pr Chaussain, Pr Dubousset, Pr Elefant, Pr Hascoët (Président), Pr Henrion, Pr Jouannet, Pr Junien, Pr Lebouc, Pr Mandelbrot, Pr Milgrom, Pr Milliez, Pr Pangalos, Pr Rethore, Pr Rives, Pr Rudigoz (Secrétaire), Pr Salle, Pr Shenfield, Pr Spira, Pr Vert, Pr Ville.

h e d s
Haute école de santé Genève
Filière Sage-femme

Hes·so GENÈVE
Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale

U1290

Inserm

CNGOF

FEMME ENCEINTE

	SUIVI GROSSESSE*	SAIGNEMENT OU DOULEUR T1	DOULEUR T2/T3	SAIGNEMENT T2/T3	SUSPICION DE PERTE DE LIQUIDE	CONSULTATION POST-NATALE
TOUCHER VAGINAL	NON RECOMMANDÉ À TITRE SYSTÉMATIQUE**	NON RECOMMANDÉ SAUF SI ÉCHOGRAPHIE IMPOSSIBLE OU NON CONTRIBUTIVE	RECOMMANDÉ	PAS DE RECOMMANDATION	NON RECOMMANDÉ À TITRE SYSTÉMATIQUE	NON RECOMMANDÉ À TITRE SYSTÉMATIQUE
SPÉCULUM	RECOMMANDÉ POUR FCU/HPV-HR	RECOMMANDÉ	RECOMMANDÉ	PAS DE RECOMMANDATION	RECOMMANDÉ	NON RECOMMANDÉ À TITRE SYTÉMATIQUE

* FEMME ASYMPTOMATIQUE ET N'AYANT PAS DE FACTEUR DE RISQUE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

** LA MESURE DE LA LONGUEUR CERVICALE A L'ÉCHOGRAPHIE N'EST EGALEMENT PAS RECOMMANDÉE

swissuniversities

ENQUÊTE DE SATISFACTION

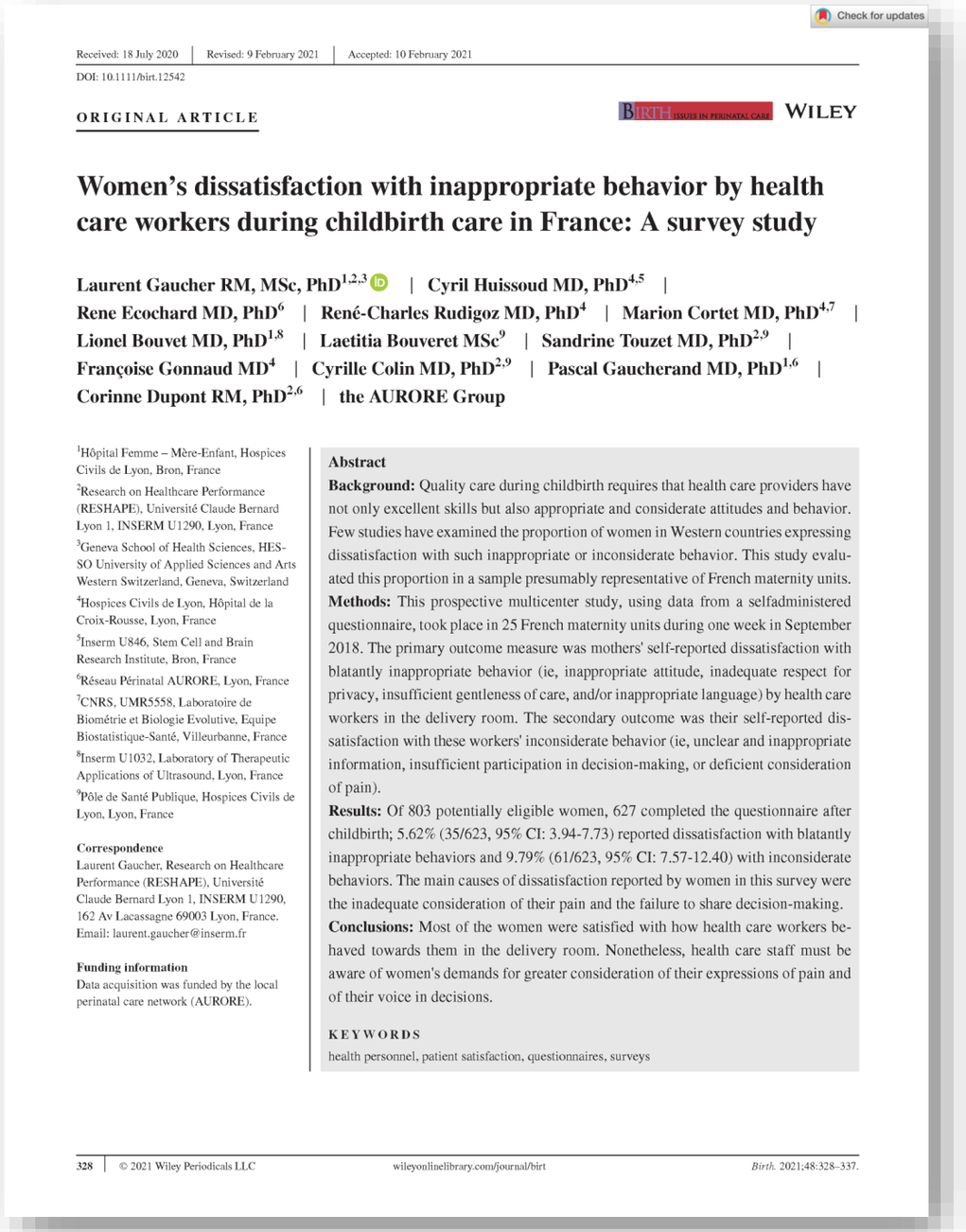
ETUDE QUANTITATIVE

Pr Dupont

Pr Huissoud

Pr Ecochard

Pr Rudigoz



Check for updates

Received: 18 July 2020 | Revised: 9 February 2021 | Accepted: 10 February 2021

DOI: 10.1111/birt.12542

ORIGINAL ARTICLE

BIRTH ISSUES IN PERINATAL CARE WILEY

Women's dissatisfaction with inappropriate behavior by health care workers during childbirth care in France: A survey study

Laurent Gaucher RM, MSc, PhD[1,2,3] | Cyril Huissoud MD, PhD[4,5] | Rene Ecochard MD, PhD[6] | René-Charles Rudigoz MD, PhD[4] | Marion Cortet MD, PhD[4,7] | Lionel Bouvet MD, PhD[1,8] | Laetitia Bouveret MSc[9] | Sandrine Touzet MD, PhD[2,9] | Françoise Gonnaud MD[4] | Cyrille Colin MD, PhD[2,9] | Pascal Gaucherand MD, PhD[1,6] | Corinne Dupont RM, PhD[2,6] | the AURORE Group

[1]Hôpital Femme – Mère-Enfant, Hospices Civils de Lyon, Bron, France

[2]Research on Healthcare Performance (RESHAPE), Université Claude Bernard Lyon 1, INSERM U1290, Lyon, France

[3]Geneva School of Health Sciences, HES-SO University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland, Geneva, Switzerland

[4]Hospices Civils de Lyon, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon, France

[5]Inserm U846, Stem Cell and Brain Research Institute, Bron, France

[6]Réseau Périnatal AURORE, Lyon, France

[7]CNRS, UMR5558, Laboratoire de Biométrie et Biologie Evolutive, Equipe Biostatistique-Santé, Villeurbanne, France

[8]Inserm U1032, Laboratory of Therapeutic Applications of Ultrasound, Lyon, France

[9]Pôle de Santé Publique, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France

Correspondence
Laurent Gaucher, Research on Healthcare Performance (RESHAPE), Université Claude Bernard Lyon 1, INSERM U1290, 162 Av Lacassagne 69003 Lyon, France.
Email: laurent.gaucher@inserm.fr

Funding information
Data acquisition was funded by the local perinatal care network (AURORE).

Abstract

Background: Quality care during childbirth requires that health care providers have not only excellent skills but also appropriate and considerate attitudes and behavior. Few studies have examined the proportion of women in Western countries expressing dissatisfaction with such inappropriate or inconsiderate behavior. This study evaluated this proportion in a sample presumably representative of French maternity units.

Methods: This prospective multicenter study, using data from a selfadministered questionnaire, took place in 25 French maternity units during one week in September 2018. The primary outcome measure was mothers' self-reported dissatisfaction with blatantly inappropriate behavior (ie, inappropriate attitude, inadequate respect for privacy, insufficient gentleness of care, and/or inappropriate language) by health care workers in the delivery room. The secondary outcome was their self-reported dissatisfaction with these workers' inconsiderate behavior (ie, unclear and inappropriate information, insufficient participation in decision-making, or deficient consideration of pain).

Results: Of 803 potentially eligible women, 627 completed the questionnaire after childbirth; 5.62% (35/623, 95% CI: 3.94-7.73) reported dissatisfaction with blatantly inappropriate behaviors and 9.79% (61/623, 95% CI: 7.57-12.40) with inconsiderate behaviors. The main causes of dissatisfaction reported by women in this survey were the inadequate consideration of their pain and the failure to share decision-making.

Conclusions: Most of the women were satisfied with how health care workers behaved towards them in the delivery room. Nonetheless, health care staff must be aware of women's demands for greater consideration of their expressions of pain and of their voice in decisions.

KEYWORDS
health personnel, patient satisfaction, questionnaires, surveys

Pr Guacherand

Dr Cortet

Mme Evrard

h e d s
Haute école de santé Genève
Filière Sage-femme

Hes·so GENÈVE
Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale

U1290

Inserm

Etude E. V. A. : Evaluation du Vécu autour de l'Accouchement

Aurore

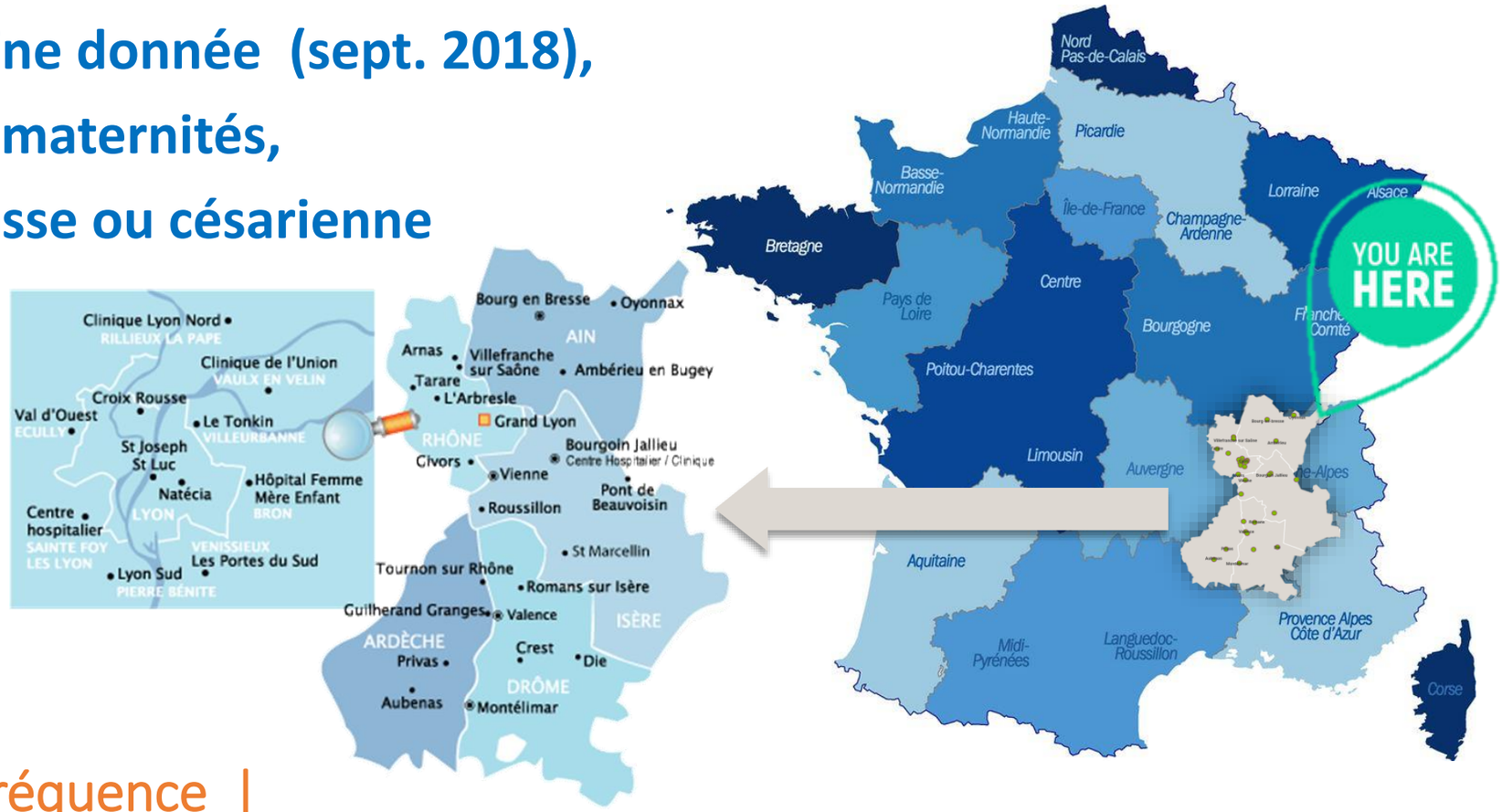
Groupe de travail pluridisciplinaire et représentants des usagers

Etude transversale, 1 semaine donnée (sept. 2018),

Toutes les patientes des 26 maternités,

Ayant accouché par voie basse ou césarienne

2 mesures : J3, M2



Objectifs : Estimer la fréquence | Caractériser | les comportements appropriés / inappropriés

Réseau périnatal Aurore (selon ANM), 2018

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

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

Réseau périnatal Aurore (selon ANM), 2018

TABLE 2 Women's assessments of obstetric health care workers' behavior during childbirth: Answers on Day 3 Behaviour of the Mother's Caregivers - Satisfaction Questionnaire

	Completely	Sufficiently	Insufficiently	Not at all
Appropriateness of behavior, n (%)				
Appropriate attitude or behavior (n = 625)	511 (81.76)	101 (16.16)	12 (1.92)	1 (0.16)
Respect for privacy (n = 626)	500 (79.87)	118 (18.85)	6 (0.96)	2 (0.32)
Appropriate language (n = 624)	496 (79.49)	115 (18.43)	12 (1.92)	1 (0.16)
Gentleness of care (n = 623)	473 (75.92)	136 (21.83)	13 (2.09)	1 (0.16)
Considerateness of behavior, n (%)				
Clear and appropriate information (n = 625)	478 (76.48)	121 (19.36)	22 (3.52)	4 (0.64)
Consideration of pain (n = 623)	454 (72.87)	137 (21.99)	29 (4.64)	3 (0.48)
Participation in decision-making (n = 625)	454 (72.64)	141 (22.56)	27 (4.32)	3 (0.48)

88.49%

11.51%

swissuniversities

ENQUÊTE DE SATISFACTION

ETUDE QUALITATIVE

Enquête qualitative

Méthode de ROSA
Evocations hiérarchisées

1. Comment avez-vous ressenti et vécu les gestes, actes, attitudes etc…

Vidéo présentée à la patiente / Méthode
=> Standardisée et « Neutralité »

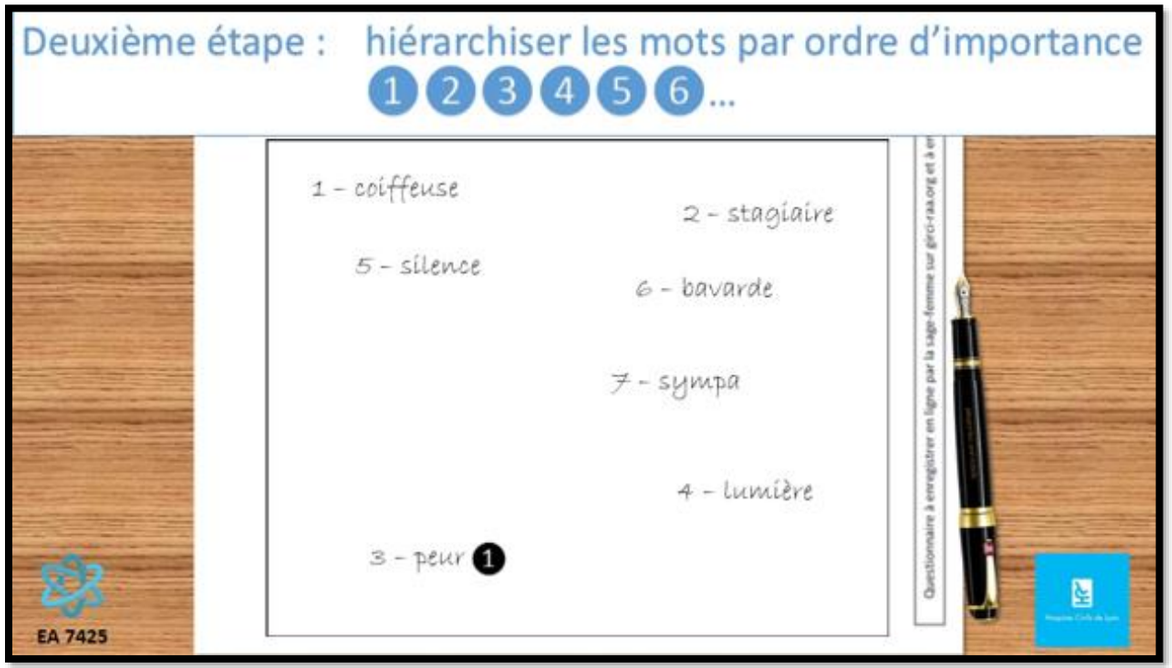
Ecrivez les mots

Numérotez 1 2 3 4

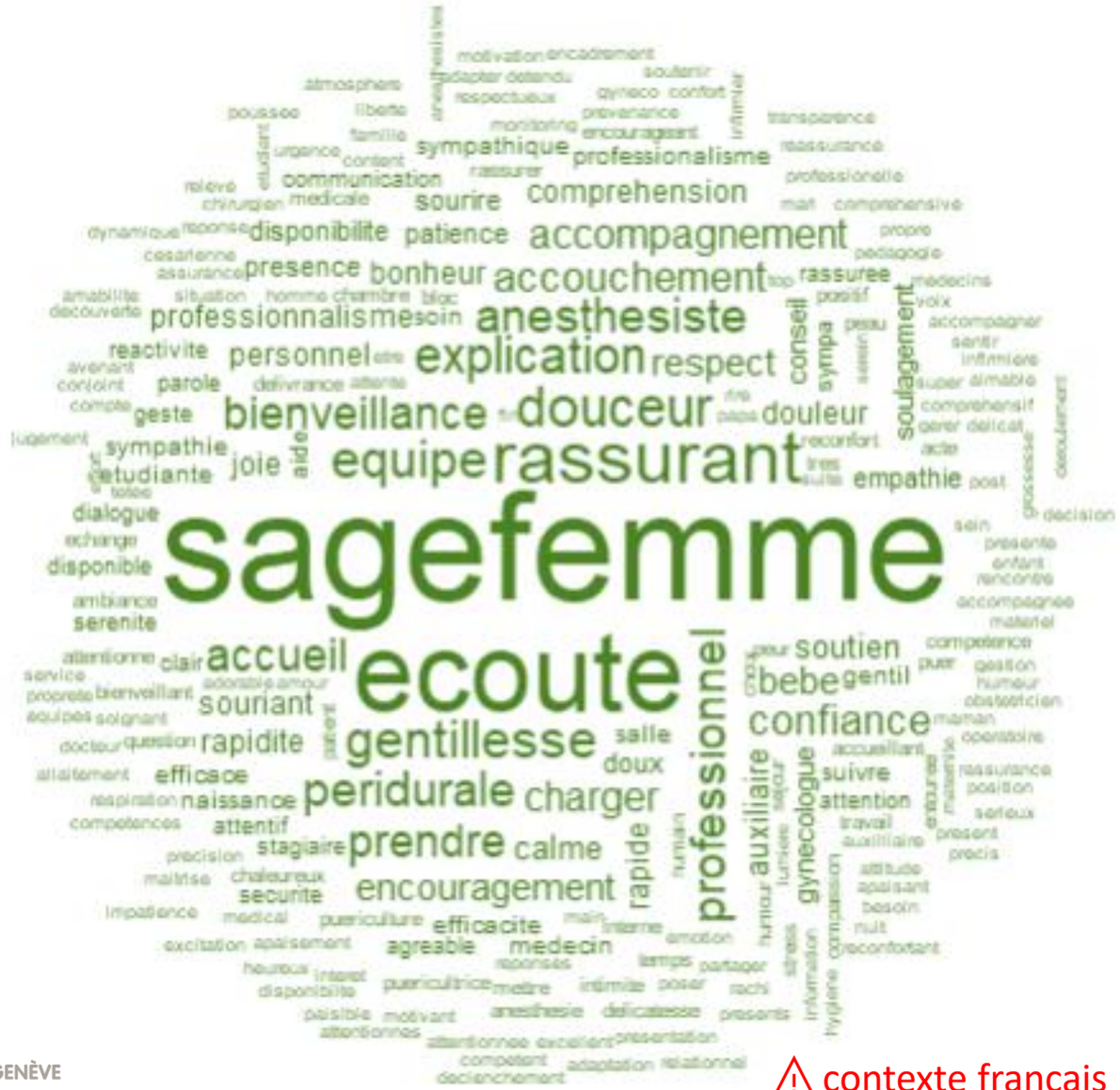
Qualifiez ⊕ ⊖

Mettez en lien ⟷

~ 6 000 mots



Enquête qualitative



⚠ contexte français

Enquête qualitative

Méthode de ROSA
Evocations hiérarchisées

1. Comment avez-vous ressenti et vécu les gestes, actes, attitudes etc…

Vidéo présentée à la patiente / Méthode
=> Standardisée et « Neutralité »

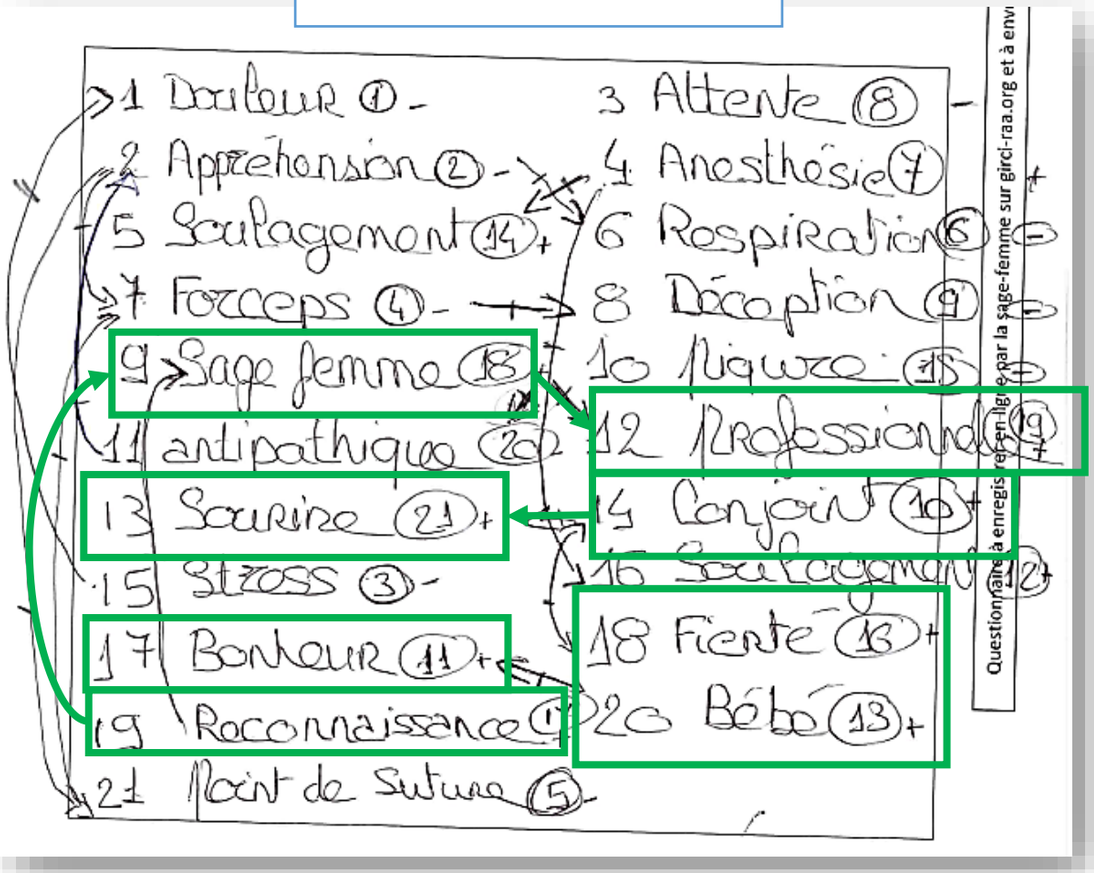
Ecrivez les mots

Numérotez 1 2 3 4

Qualifiez ⊕ ⊖

Mettez en lien ⟷

~ 6 000 mots



Enquête qualitative

Méthode de ROSA
Evocations hiérarchisées

1. Comment avez-vous ressenti et vécu les gestes, actes, attitudes etc…

Vidéo présentée à la patiente / Méthode
=> Standardisée et « Neutralité »

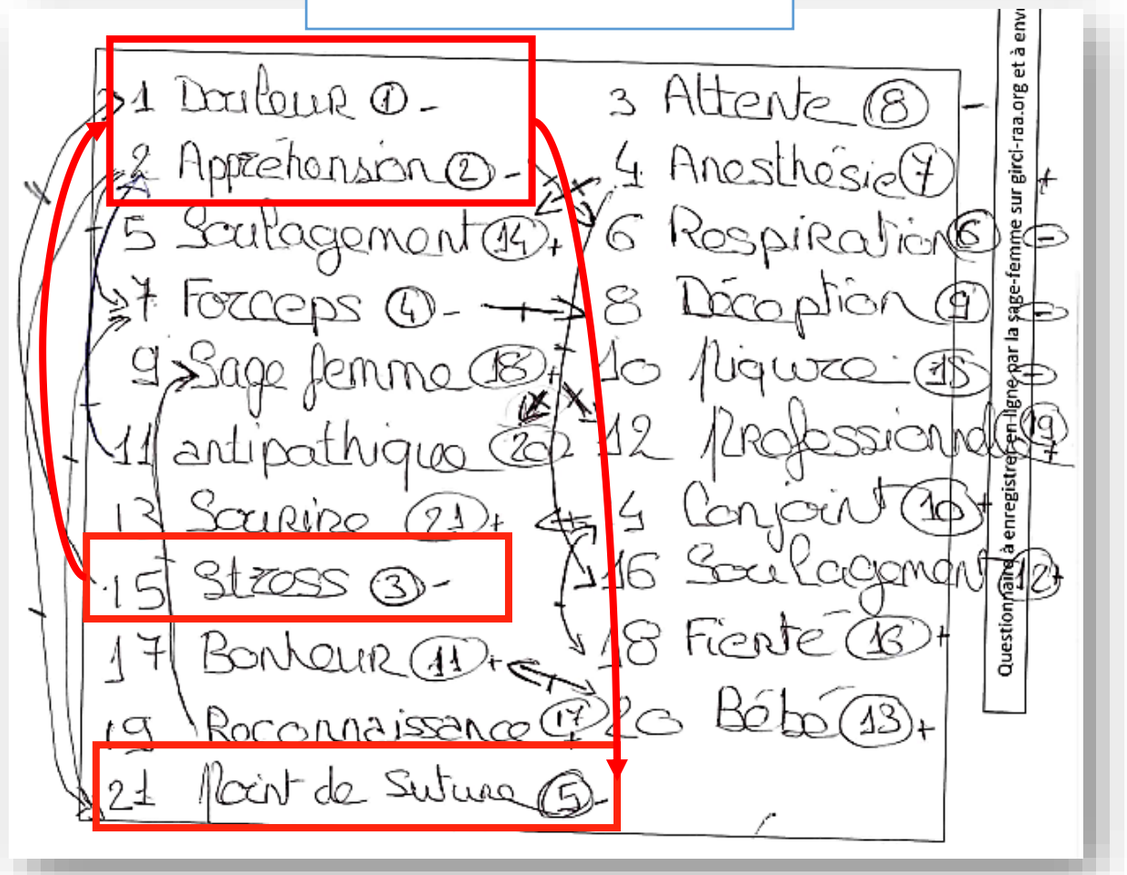
Ecrivez les mots

Numérotez 1 2 3 4

Qualifiez ⊕ ⊖

Mettez en lien ⟷

~ 6 000 mots



Périnat. (2020) 12:201-202
DOI 10.3166/rmp-2020-0104

LIBRES OPINIONS / *FREE OPINIONS*

Comportements inappropriés des soignants en salle de naissance : une étude qualitative comparative — résultats préliminaires

Inappropriate Behaviour by Healthcare Workers during Childbirth Care: a Qualitative and Comparative Study — Preliminary Results

C. Devos · L. Gaucher · C. Huissoud

© Lavoisier SAS 2020

Périnat. (2021) 13:142-149
DOI 10.3166/rmp-2021-0123

ARTICLE ORIGINAL / *ORIGINAL ARTICLE*

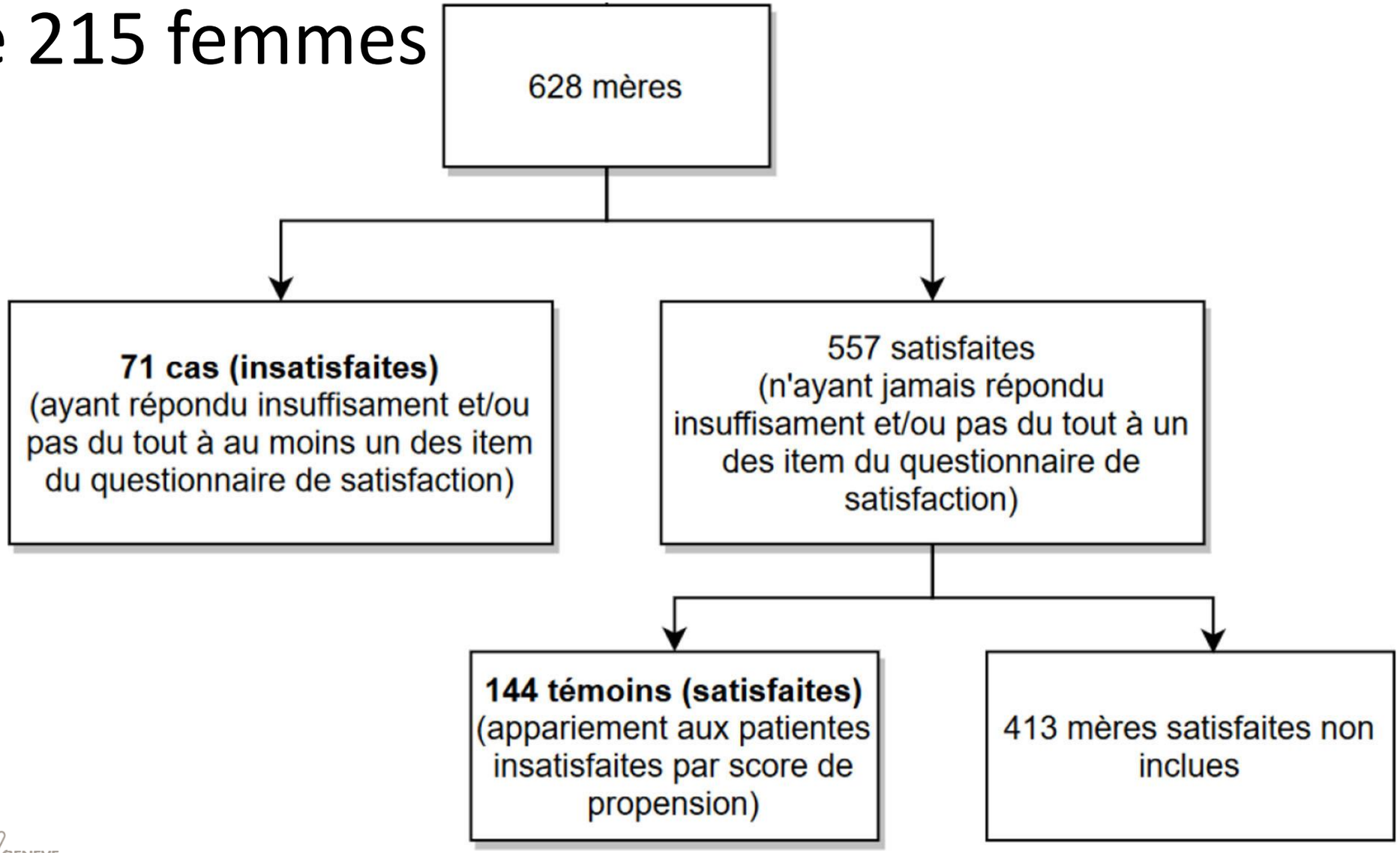
Le vécu de la prise en charge en salle de naissance : une étude qualitative comparative

Experience of Childbirth Care in Delivery Room: a Qualitative and Comparative Study

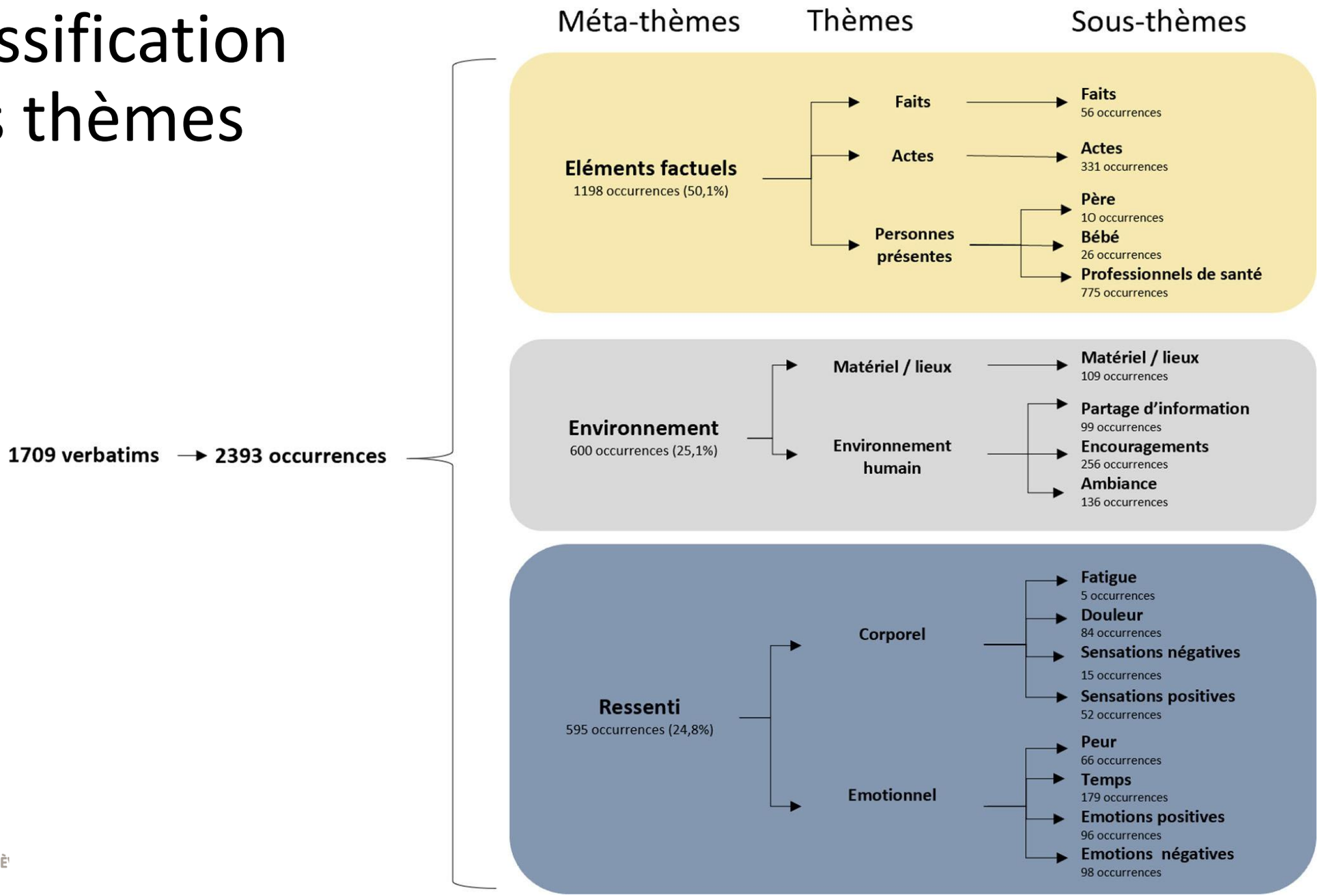
C. Devos · L. Gaucher · M. Cortet · F. Gonnaud · R. Ecochard · P. Gaucherand · C. Dupont · C. Huissoud

© Lavoisier SAS 2021

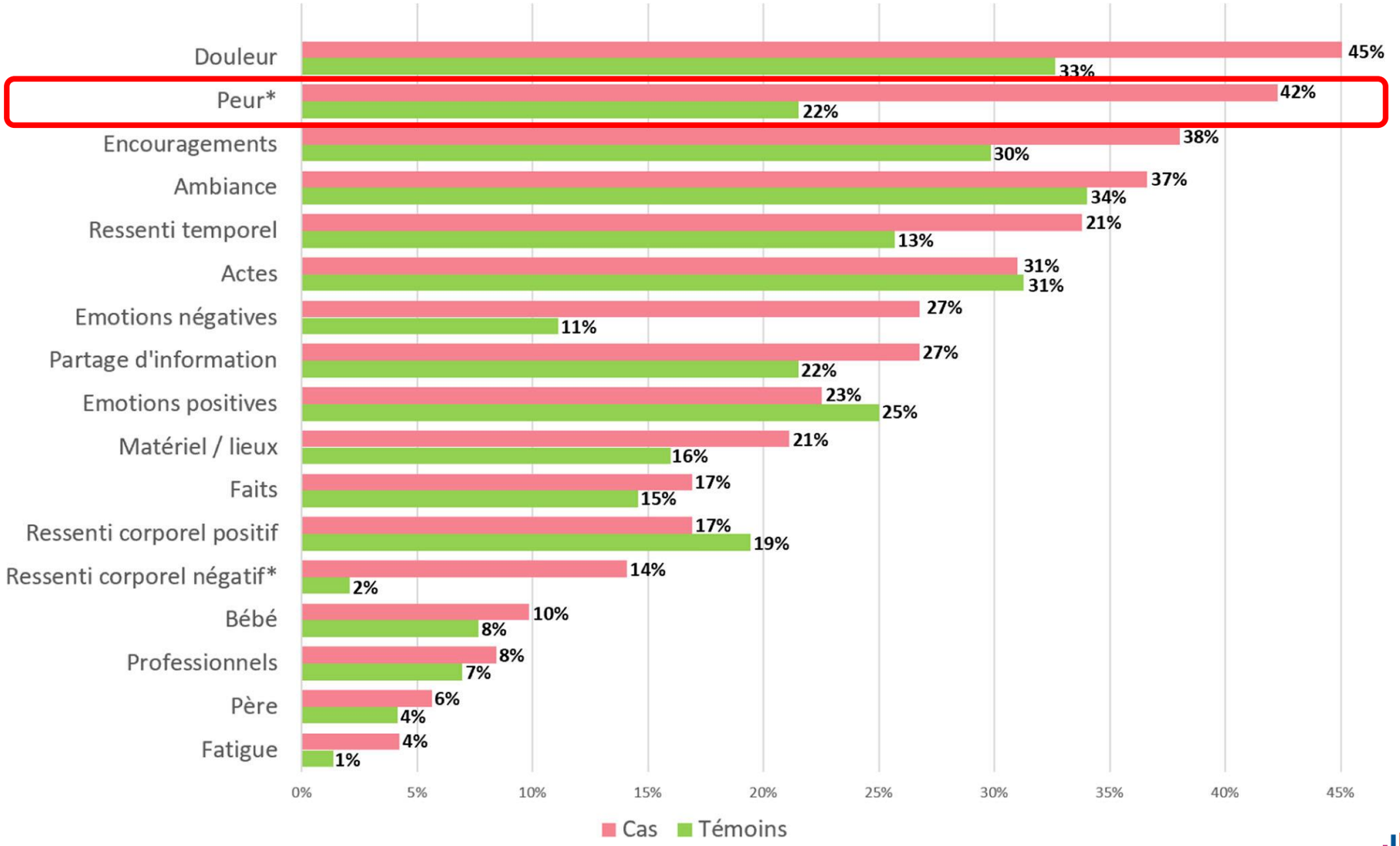
Analyse de 1709 verbatims sur échantillons appariés de 215 femmes



Classification des thèmes



Proportion de femmes ayant cité un thème



CONSÉQUENCES ET PERSPECTIVES DE SOUTIEN

Received: 18 July 2020 | Revised: 9 February 2021 | Accepted: 10 February 2021

DOI: 10.1111/birt.12542

ORIGINAL ARTICLE

BIRTH ISSUES IN PERINATAL CARE WILEY

Women's dissatisfaction with inappropriate behavior by health care workers during childbirth care in France: A survey study

Laurent Gaucher RM, MSc, PhD[1,2,3] | Cyril Huissoud MD, PhD[4,5] | Rene Ecochard MD, PhD[6] | René-Charles Rudigoz MD, PhD[4] | Marion Cortet MD, PhD[4,7] | Lionel Bouvet MD, PhD[1,8] | Laetitia Bouveret MSc[9] | Sandrine Touzet MD, PhD[2,9] | Françoise Gonnaud MD[4] | Cyrille Colin MD, PhD[2,9] | Pascal Gaucherand MD, PhD[1,6] | Corinne Dupont RM, PhD[2,6] | the AURORE Group

[1]Hôpital Femme – Mère-Enfant, Hospices Civils de Lyon, Bron, France

[2]Research on Healthcare Performance (RESHAPE), Université Claude Bernard Lyon 1, INSERM U1290, Lyon, France

[3]Geneva School of Health Sciences, HES-SO University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland, Geneva, Switzerland

[4]Hospices Civils de Lyon, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon, France

[5]Inserm U846, Stem Cell and Brain Research Institute, Bron, France

[6]Réseau Périnatal AURORE, Lyon, France

[7]CNRS, UMR5558, Laboratoire de Biométrie et Biologie Evolutive, Equipe Biostatistique-Santé, Villeurbanne, France

[8]Inserm U1032, Laboratory of Therapeutic Applications of Ultrasound, Lyon, France

[9]Pôle de Santé Publique, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France

Correspondence
Laurent Gaucher, Research on Healthcare Performance (RESHAPE), Université Claude Bernard Lyon 1, INSERM U1290, 162 Av Lacassagne 69003 Lyon, France.

Leavy *et al. BMC Pregnancy and Childbirth* (2023) 23:241
https://doi.org/10.1186/s12884-023-05551-3

BMC Pregnancy and Childbirth

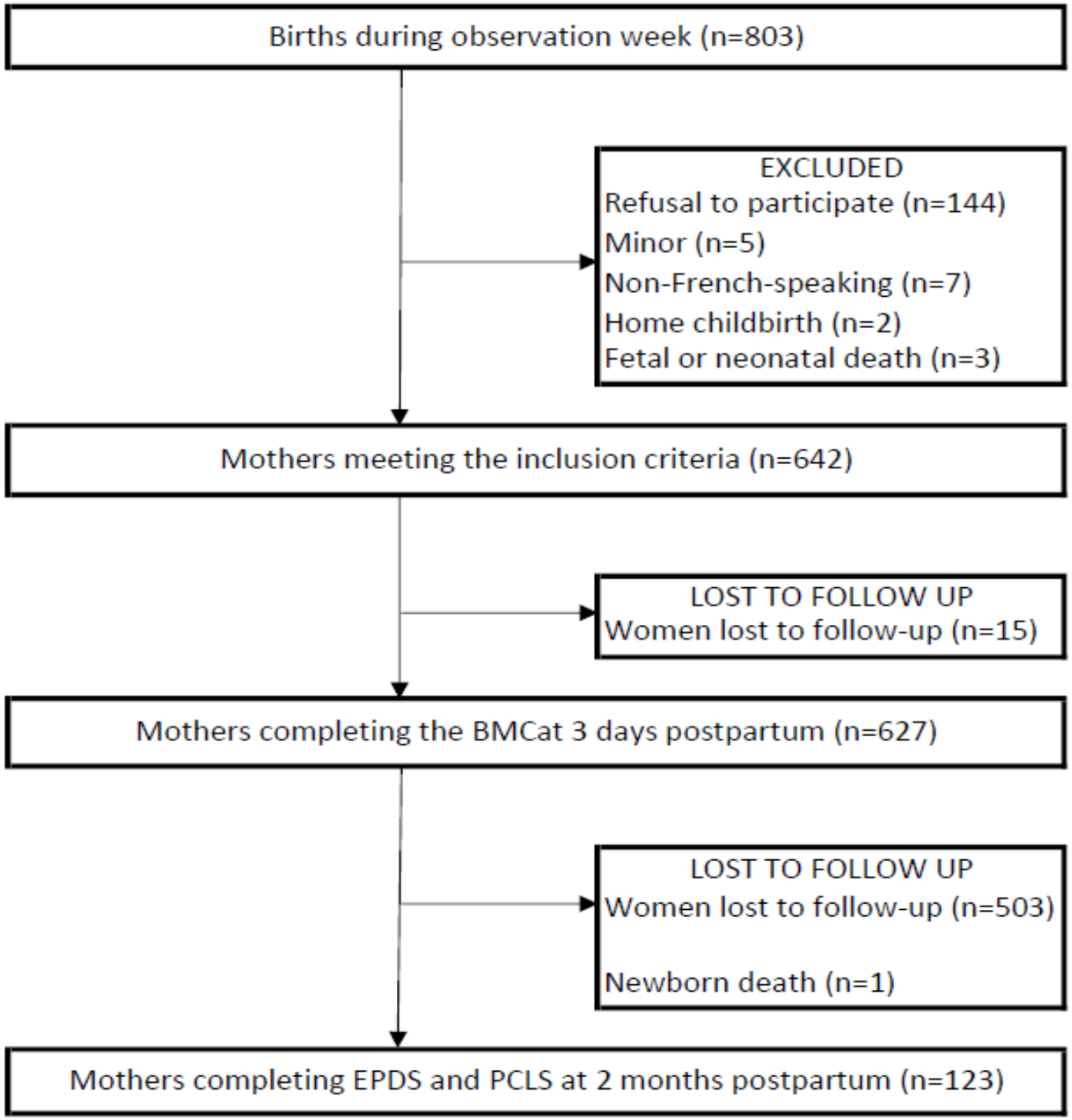
RESEARCH Open Access

Disrespect during childbirth and postpartum mental health: a French cohort study

Emma Leavy[1], Marion Cortet[2], Cyril Huissoud[3], Thomas Desplanches[1], Jessica Sormani[1], Sylvie Viaux-Savelon[2], Corinne Dupont[4], Swann Pichon[1†] and Laurent Gaucher[1,3,5*†]

Abstract

Background While the World Health Organisation (WHO) warned about mistreatment, disrespect and/or abuse during childbirth as early as 2014. This same year a social media movement with #payetonuterus brought to light the problematic of obstetrical violence in French speaking countries, and more specifically on issues of disrespect. The experience of care is an integral part of the quality of care, and perception on inadequate support during labour and loss of control in labour are some of the most frequently reported risk factors for childbirth-related post-traumatic


Births during observation week (n=803)
EXCLUDED
Refusal to participate (n=144)
Minor (n=5)
Non-French-speaking (n=7)
Home childbirth (n=2)
Fetal or neonatal death (n=3)
Mothers meeting the inclusion criteria (n=642)
LOST TO FOLLOW UP
Women lost to follow-up (n=15)
Mothers completing the BMCat 3 days postpartum (n=627)
LOST TO FOLLOW UP
Women lost to follow-up (n=503)
Newborn death (n=1)
Mothers completing EPDS and PCLS at 2 months postpartum (n=123)

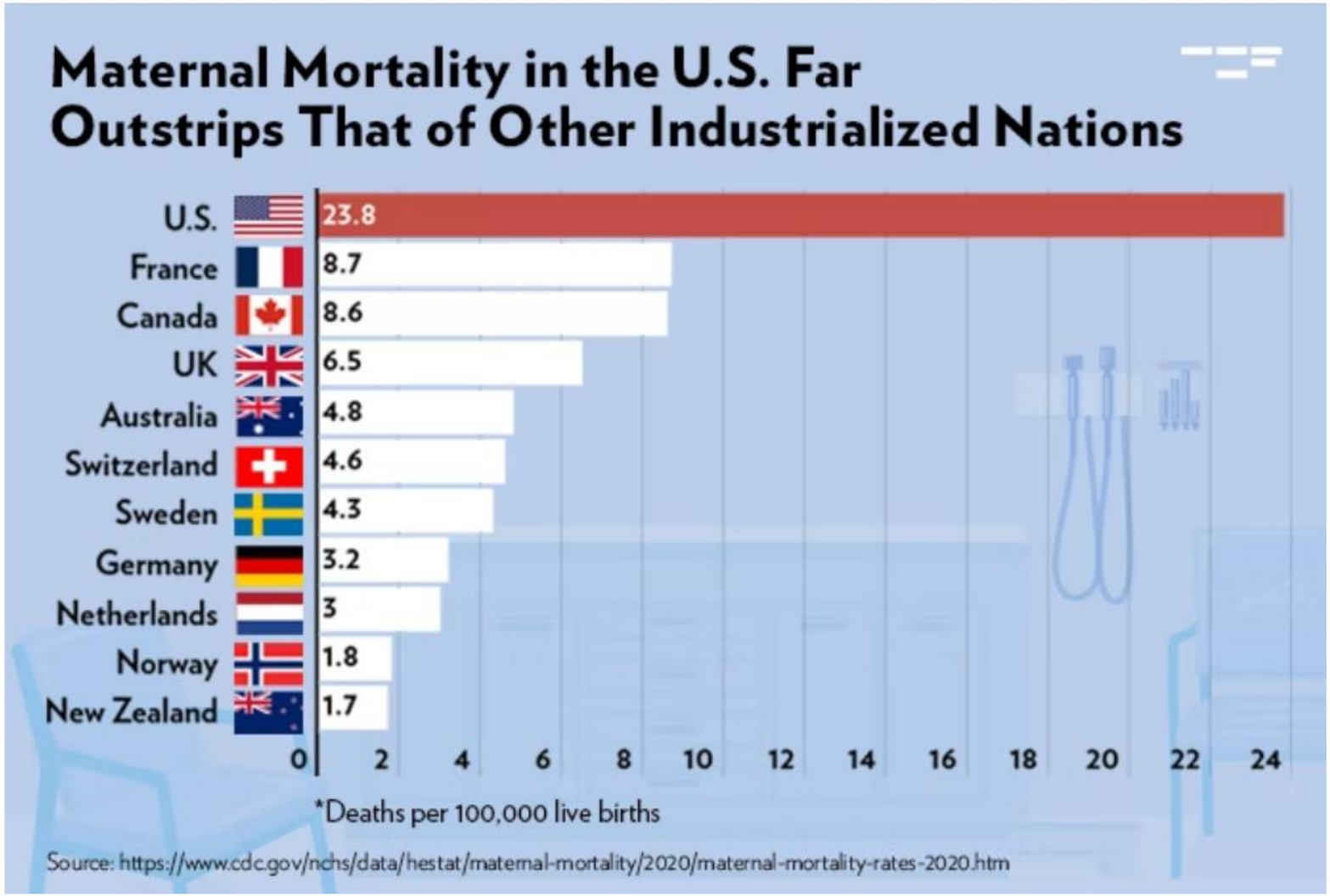
Characteristics	J3 n=627	M2 n=123
Age in years, mean (SD)	31.1 (4.8)	31.4 (3.9)
Body mass index, median [IQR]	24.5 [6.2]	24.1 [5.4]
Weight gain during pregnancy, mean (SD)	11.5 (5.6)	11.2 (6.0)
Country of birth		
France	548 (87.8)	118 (95.9)
Other European	10 (1.6)	1 (0.8)
Other non-European	66 (10.6)	4 (3.3)
History of hospitalization for depression	8 (1.3)	1 (0.8)
Preterm birth	59 (9.4)	6 (4.9)
Mode of delivery		
Non instrumental	430 (76.9)	90 (79.6)
Instrumental	77 (13.8)	13 (11.5)
Emergency caesarean	52 (9.3)	10 (8.8)
Beginning of labor		
Spontaneous	431 (69.0)	93 (75.6)
Cesarean	66 (10.6)	10 (8.1)
Labor induction	128 (20.5)	20 (16.3)
Perineal trauma		
None	270 (43.3)	49 (39.8)
Perineal tear	290 (46.5)	66 (53.7)
Episiotomy	64 (10.3)	8 (6.5)
Analgesia	561 (89.8)	100 (81.3)
Breastfeeding	475 (76.0)	101 (82.1)
Number of deliveries/years		
< 1000	87 (13.9)	16 (13.0)
1000 – 2000	257 (41.0)	55 (44.7)
2000 – 3000	126 (20.1)	29 (23.6)
> 3000	157 (25.0)	23 (18.7)
Victim of obstetrical violence	71 (11.5)	10 (8.1)

Linear regression for total PCLS and EPDS Scores of pregnant women (n=123)

		PCLS Scores			EPDS Scores		
Predictors		Estimated β	CI	P	Estimated β	CI	P
Age in years	[18-25]	Reference (0.00)			Reference (0.00)		
	[26-35]	-1.49	-8.89 to 5.89	0.687	-2.06	-6.16 to 2.49	0.369
	[36-45]	0.05	-8.58 to 8.69	0.990	-1.58	6.90 to 3.73	0.554
BMI before pregnancy	< or equal to 25	Reference (0.00)			Reference (0.00)		
	> 25	1.88	-2.34 to 6.11	0.378	1.16	-1.43 to 3.77	0.375
Weight gain during pregnancy	< or equal to 16 kg	Reference (0.00)			Reference (0.00)		
	> 16 kg	2.91	-3.05 to 8.87	0.334	1.85	-1.82 to 5.52	0.318
Country of birth	France	Reference (0.00)			Reference (0.00)		
	Other european countries	-8.16	-27.14 to 10.83	0.394	1.72	-9.96 to 13.42	0.769
	Non european countries	-0.53	-10.63 to 9.57	0.918	3.57	-2.64 to 9.80	0.255
Postsecondary education	< 2 years	Reference (0.00)			Reference (0.00)		
	> 2 years	-1.16	-6.07 to 3.74	0.637	0.19	-2.82 to 3.21	0.898
History of hospitalisation for depression	No	Reference (0.00)			Reference (0.00)		
	Yes	11.14	-7.01 to 29.29	0.225	4.70	-6.47 to 15.87	0.404
Birth term	> 37 WG	Reference (0.00)			Reference (0.00)		
	< or equal to 37 WG	5.16	-5.89 to 16.22	0.355	0.41	-6.40 to 7.22	0.905
Mode of delivery	Non instrumental	Reference (0.00)			Reference (0.00)		
	Instrumental	0.66	-6.73 to 8.06	0.859	1.22	-3.33 to 5.78	0.593
	Emergency caesarean	-2.68	-9.92 to 4.57	0.464	0.49	-3.97 to 4.95	0.826
Beginning of labor	Spontaneous	Reference (0.00)			Reference (0.00)		
	Labor induction	-4.57	-10.69 to 1.55	0.141	-0.17	-3.94 to 3.59	0.926
Perineal trauma	None	Reference (0.00)			Reference (0.00)		
	Perineal tear	-6.56	-10.91 to -2.22	0.003**	-1.85	-4.52 to 0.81	0.171
	Episiotomy	-11.44	-19.18 to -3.69	0.004**	-3.09	-7.86 to 1.67	0.201
Analgesia	Yes	Reference (0.00)			Reference (0.00)		
	No	-3.18	-7.82 to 1.46	0.175	0.02	-2.83 to 2.88	0.987
Outcome for newborns	Stay with mother	Reference (0.00)			Reference (0.00)		
	Hospitalization	7.22	-5.24 to 19.71	0.252	1.95	-5.72 to 9.64	0.613
Breast feeding	Exclusive	Reference (0.00)			Reference (0.00)		
	Artificial	-2.63	-7.98 to 2.70	0.328	-1.33	-4.62 to 1.95	0.422
	Mixed	-2.49	-14.87 to 9.88	0.689	-2.31	-9.93 to 5.31	0.547
Healthcare facility	Private not-for-profit	Reference (0.00)			Reference (0.00)		
	Public university	-4.81	-20.86 to 11.23	0.552	-2.29	-12.17 to 7.59	0.645
	Public non-university	4.87	-1.53 to 11.29	0.134	1.81	-2.13 to 5.76	0.363
	Private hospital	4.71	-2.60 to 12.02	0.203	3.12	-1.37 to 7.63	0.170
Number of deliveries/year	< 1000	Reference (0.00)			Reference (0.00)		
	1000 - 2000	-2.49	-9.05 to 4.07	0.453	-0.83	-4.87 to 3.21	0.681
	2000 - 3000	-2.12	-8.55 to 4.31	0.513	-1.14	-5.10 to 2.81	0.566
	> 3000	7.16	-8.04 to 22.36	0.351	3.23	-6.12 to 12.59	0.493
Victim of disrespect	No	Reference (0.00)			Reference (0.00)		
	Yes	9.11	2.66 to 15.56	0.006**	3.36	-0.61 to 7.34	0.096

Maternal death, the special case of the US

Centers for Disease Control and Prevention
CDC 24/7: Saving Lives, Protecting People™



Pregnancy Mortality Surveillance System

MBRRACE-UK
Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across the UK

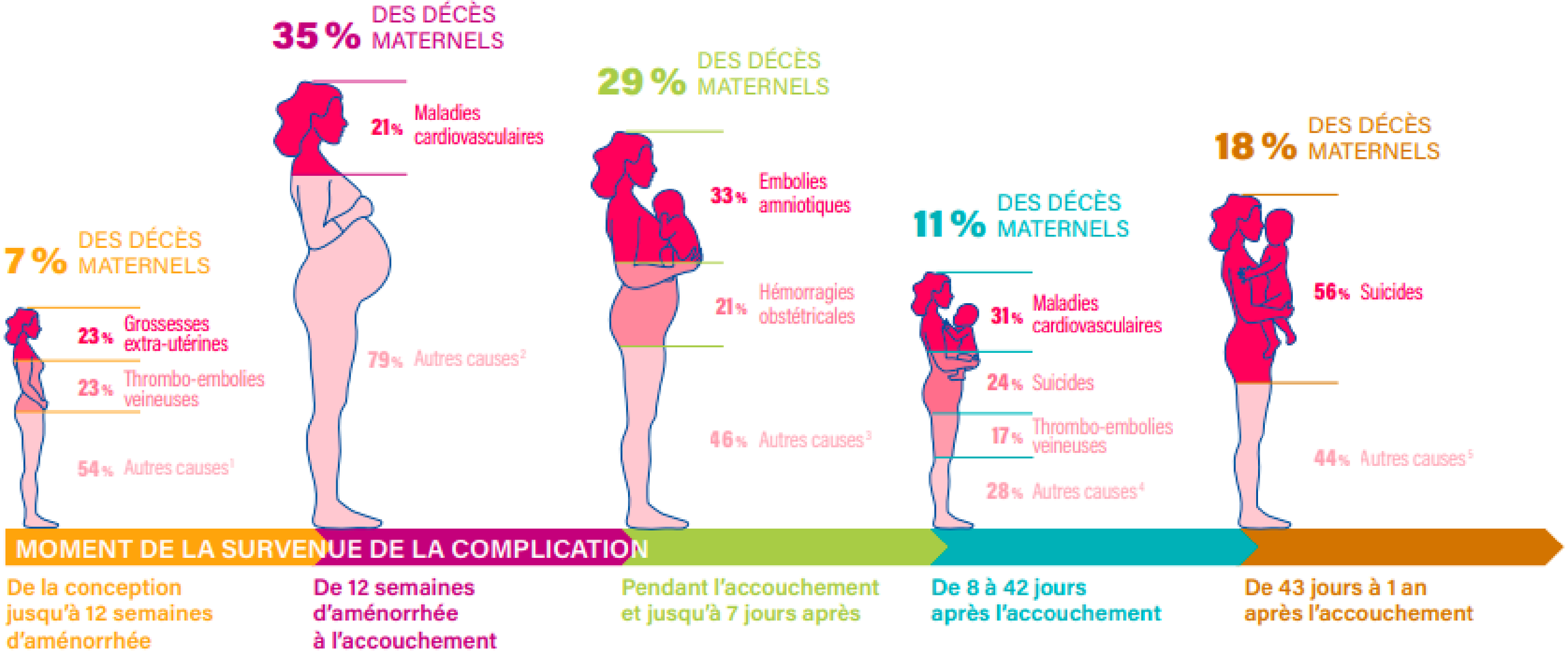
Suicide

- 10 women died by suicide during or up to six weeks after pregnancy out of 2,173,810 maternities in 2017-19
  - 0.46 per 100,000
- compared with 10 out of 674,377 in 2020
  - 1.48 per 100,000
  - RR **3.22**, 95% CI 1.20-8.63, p=0.012

MORTS MATERNELLES EN FRANCE :
LES DONNÉES CLÉS DE L'ENQUÊTE 2013-2015

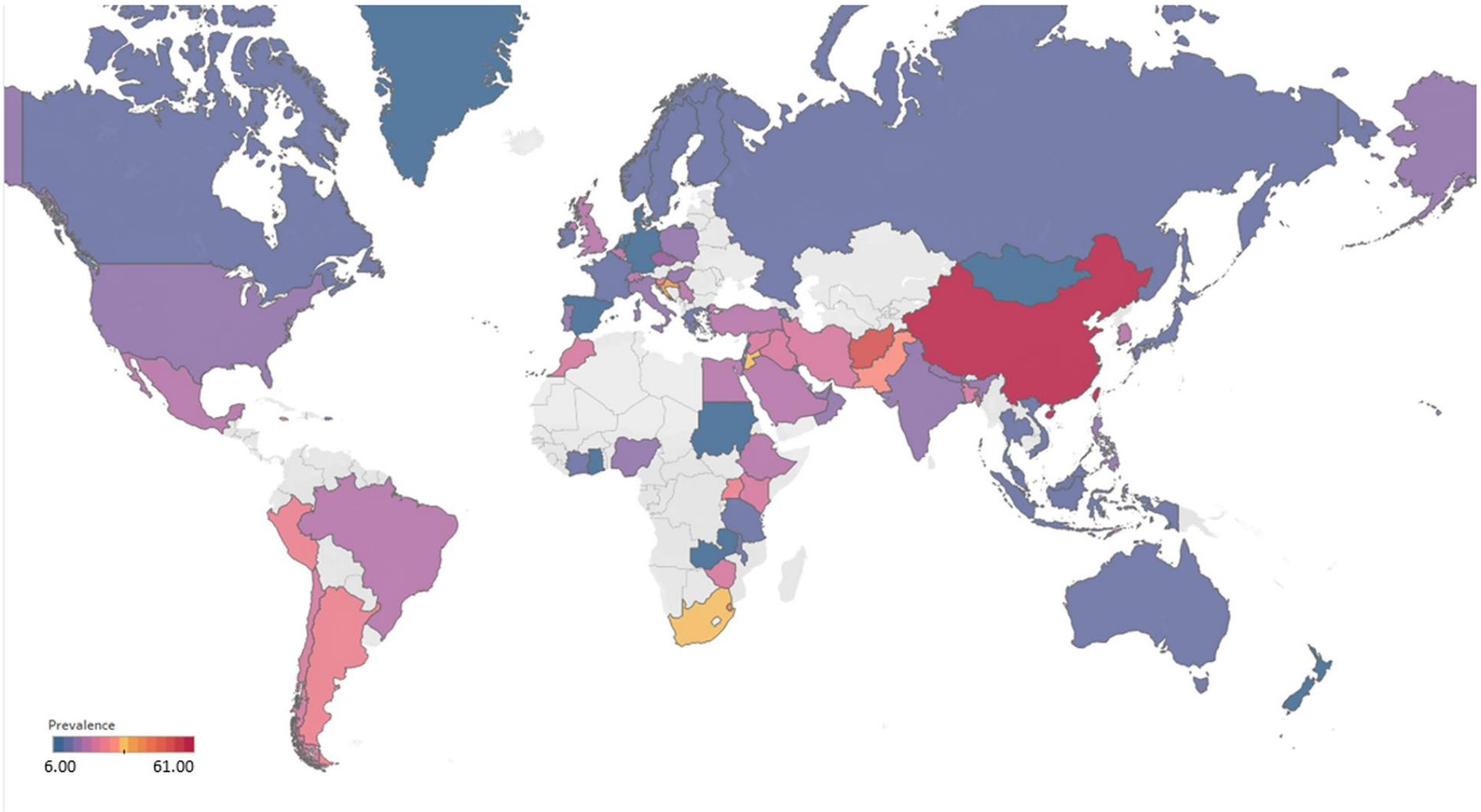
6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015.
En ligne sur : www.santepubliquefrance.fr / www.epopé-inserm.fr

Les principales **causes de décès** en fonction du stade de la grossesse



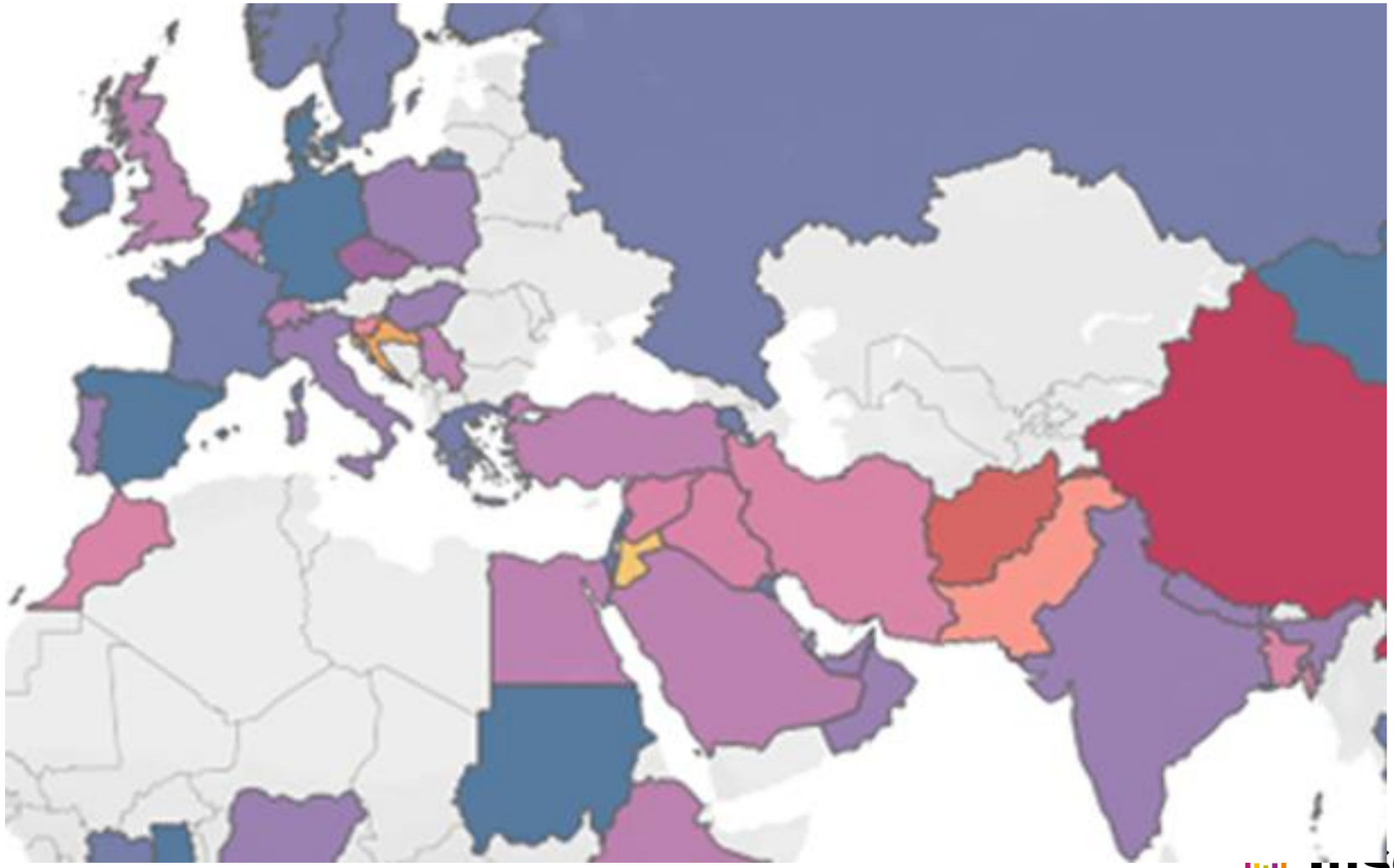
1. Maladies cardiovasculaires, infections indirectes, suicide, causes inconnues - 2. Cancers, accidents vasculaires cérébraux, thrombo-embolies veineuses, causes inconnues - 3. Infections à porte d'entrée génitale, thrombo-embolies veineuses, maladies cardiovasculaires, causes inconnues - 4. Accidents vasculaires cérébraux, infections indirectes, complications hyperytensives, causes inconnues - 5. Cancers, thrombo-embolies veineuses, infections indirectes, causes inconnues

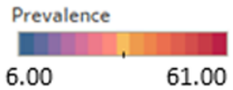
Global prevalence of postpartum depression



https://doi.org/10.1038/s41398-021-01692-1

Global prevalence of postpartum depression





https://doi.org/10.1038/s41398-021-01692-1

Global prevalence of postpartum depression

Table 1. Subgroup analysis for PPD prevalence among women.

Subgroup	Studies	Prevalence	PPD	Participants	*P* value	I^2
Country					<0.01	
South Africa	6	38.79 (25.71–53.72)	1076	3144		98.00%
Malawi	3	13.57 (8.94–20.07)	116	830		77.50%
Zambia	1	9.71 (6.74–13.79)	27	278		
Ghana	4	8.00 (1.90–28.13)	606	4294		99.30%
Cote d'Ivoire	1	14.13 (10.90–18.11)	51	361		
Egypt	6	22.99 (12.99–37.38)	472	2218		97.50%
Sudan	2	7.56 (5.47–10.34)	35	467		0.00%
Zimbabwe	2	27.22 (16.52–41.41)	281	1137		94.80%
Ethiopia	13	22.79 (18.07–28.33)	2666	11534		97.50%
Tanzania	3	12.30 (11.22–13.49)	407	3310		98.00%
Nigeria	7	17.93 (10.19–29.59)	1008	10659		0.00%
Israel	12	12.90 (9.38–17.50)	1188	9158		96.60%
Japan	27	13.30 (12.25–14.41)	25035	199089		96.20%
India	14	18.81 (13.59–25.44)	1817	10554		97.60%
Turkey	26	21.87 (18.12–26.15)	3038	12370		96.30%
Malaysia	6	12.64 (6.97–21.86)	1021	10402		98.80%
China	42	17.98 (15.32–20.99)	5946	31517		97.10%
Taiwan	17	21.65 (17.56–26.38)	661	3141		88.00%
Vietnam	8	13.77 (8.54–21.47)	1009	7314		98.20%
Pakistan	3	35.45 (18.47–57.10)	440	1326		97.60%
United Arab Emirates	1	18.31 (10.94–29.03)	13	71		—
Nepal	11	16.41 (12.07–21.91)	538	2443		92.80%
Thailand	8	12.52 (8.02–19.01)	514	4547		96.10%
Singapore	6	14.24 (10.10–19.71)	402	2602		98.40%
Bangladesh	10	26.65 (20.00–34.56)	1329	4423		98.80%
Qatar	3	18.00 (16.90–19.16)	795	4417		91.70%
USA	66	18.56 (16.91–20.34)	34380	242105		96.70%
Canada	25	13.89 (11.43–16.79)	13421	118968		98.60%
Australia	23	11.22 (9.23–13.56)	6928	82680		0.00%
Argentina	2	29.88 (19.30–43.14)	165	625		83.00%
France	8	14.63 (10.01–20.89)	493	3203		93.80%
Oman	2	16.38 (9.15–27.58)	160	874		90.60%
Brazil	31	20.51 (18.53–22.65)	19960	88955		98.00%
Poland	5	17.91 (9.19–31.97)	365	2013		97.60%
Spain	5	9.09 (6.97–11.78)	360	3704		84.10%
UK	13	21.50 (17.63–25.94)	25786	219769		98.40%
Sweden	14	12.18 (9.41–15.63)	2057	18189		97.20%
Kuwait	1	11.72 (10.11–13.55)	158	1348		—
Norway	12	11.24 (8.31–15.03)	1711	12557		97.00%
Iran	18	24.41 (17.18–33.43)	5834	15753		99.20%
Kenya	3	25.20 (11.50–46.63)	70	391		90.50%
Jordan	4	39.78 (21.43–61.54)	539	1333		98.20%
Uganda	1	32.67 (27.60–38.18)	98	300		—
Indonesia	2	11.76 (3.73–31.43)	51	440		93.90%
Eswatini	1	47.37 (38.39–56.52)	54	114		—
Syria	1	28.24 (25.66–30.96)	312	1105		—
Saudi Arabia	7	20.08 (14.17–27.65)	457	2305		93.40%
New Zealand	5	10.58 (5.62–19.01)	681	8057		98.30%
Multi	3	20.21 (10.16–36.19)	233	1474		96.60%
Morocco	1	27.00 (19.22–36.51)	27	100		—

Table 1 continued

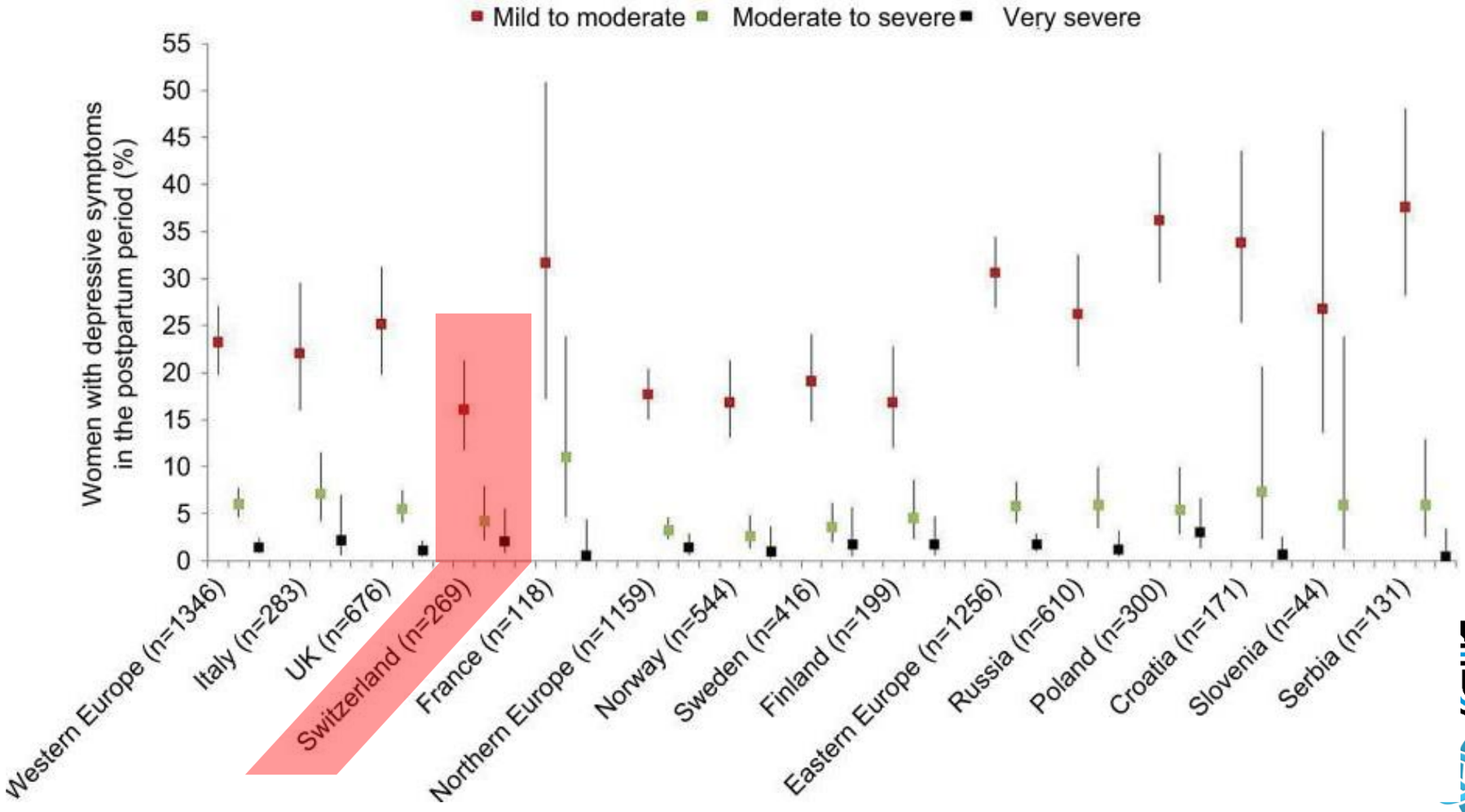
Subgroup	Studies	Prevalence	PPD	Participants	*P* value	I^2
Portugal	4	18.28 (12.57–25.81)	115	663		77.90%
Italy	14	16.79 (11.63–23.64)	1283	10800		97.70%
Netherlands	7	10.69 (5.76–18.98)	1222	13069		99.10%
Ireland	3	11.14 (10.13–12.25)	1275	11694		19.10%
Iraq	1	28.40 (25.69–31.28)	284	1000		—
Greece	4	12.26 (8.02–18.30)	155	1259		83.40%
Hungary	1	16.54 (12.54–21.50)	44	266		—
Lebanon	1	12.75 (8.28–19.13)	19	149		—
Korea	4	22.50 (12.01–38.17)	246	1263		96.10%
Finland	3	14.62 (9.83–21.20)	320	2513		92.20%
Denmark	2	6.48 (5.70–7.36)	219	3381		0.00%
Czech Republic	2	15.82 (7.08–31.66)	59	408		90.30%
Belgium	1	23.94 (15.44–35.19)	17	71		—
Philippines	1	16.36 (11.47–22.81)	27	165		—
Mexico	1	20.00 (15.13–25.96)	42	210		—
Hong Kong	4	16.96 (13.77–20.70)	321	1860		71.90%
Greenland	1	8.62 (5.26–13.81)	15	174		—
Germany	3	9.76 (5.26–17.40)	161	1760		92.90%
Bahrain	1	37.13 (31.21–43.46)	88	237		—
Serbia	3	23.66 (10.41–45.27)	134	573		95.60%
Peru	1	29.97 (28.00–32.02)	597	1992		—
Armenia	2	14.08 (11.48–17.14)	82	583		0.00%
Mongolia	1	9.10 (7.50–11.00)	95	1044		—
Russia	2	13.54 (1.71–58.45)	205	820		97.80%
Switzerland	1	21.93 (17.39–27.27)	59	269		—
Croatia	1	45.03 (37.74–52.54)	77	171		—
Slovenia	1	31.82 (19.84–46.81)	14	44		—
Afghanistan	1	60.93 (54.25–67.22)	131	215		—
Chile	3	28.27 (14.87–47.08)	177	629		95.10%
Timor-Leste	1	25.29 (19.33–32.36)	43	170		—
Jamaica	1	34.25 (24.31–45.79)	25	73		—
Continent					<0.01	
Southern Africa	7	39.96 (27.81–53.48)	1130	3258		97.70%
Eastern Africa	26	20.21 (16.86–24.04)	3665	17780		97.00%
Western Africa	12	13.62 (8.27–21.62)	1665	25314		99.00%
Northern Africa	9	18.75 (11.40–29.26)	534	2785		96.90%
Western Asia	62	19.83 (17.33–22.58)	7133	34950		97.20%
Eastern Asia	96	17.39 (16.09–18.77)	32429	238273		97.70%
Southern Asia	56	22.32 (18.48–26.70)	9964	35227		98.80%
South-eastern Asia	33	13.53 (11.00–16.52)	3208	26677		97.30%
Northern America	92	17.01 (15.68–18.44)	47816	361247		98.70%
Oceania	28	11.11 (9.27–13.25)	7609	90737		98.30%
South America	37	21.71 (19.78–23.76)	20899	92201		97.80%
Western Europe	20	12.91 (9.44–17.40)	1952	18372		97.90%
Eastern Europe	10	16.62 (10.95–24.43)	673	3507		96.50%
Northern Europe	47	13.78 (12.47–15.21)	31368	268103		97.20%
Southern Europe	31	16.34 (12.90–20.48)	1997	16177		96.60%
Central America	1	20.00 (15.13–25.96)	42	210		96.70%
Caribbean	1	34.25 (24.31–45.79)	25	73		—
Multiple	3	20.21 (10.16–36.19)	233	1474		—

https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6

Global prevalence of postpartum depression

Interpretation

>10 : no depression
10-12 : Low risk
13-16 : mild to modarate
17-21 : modate to severe
>21 : very severe

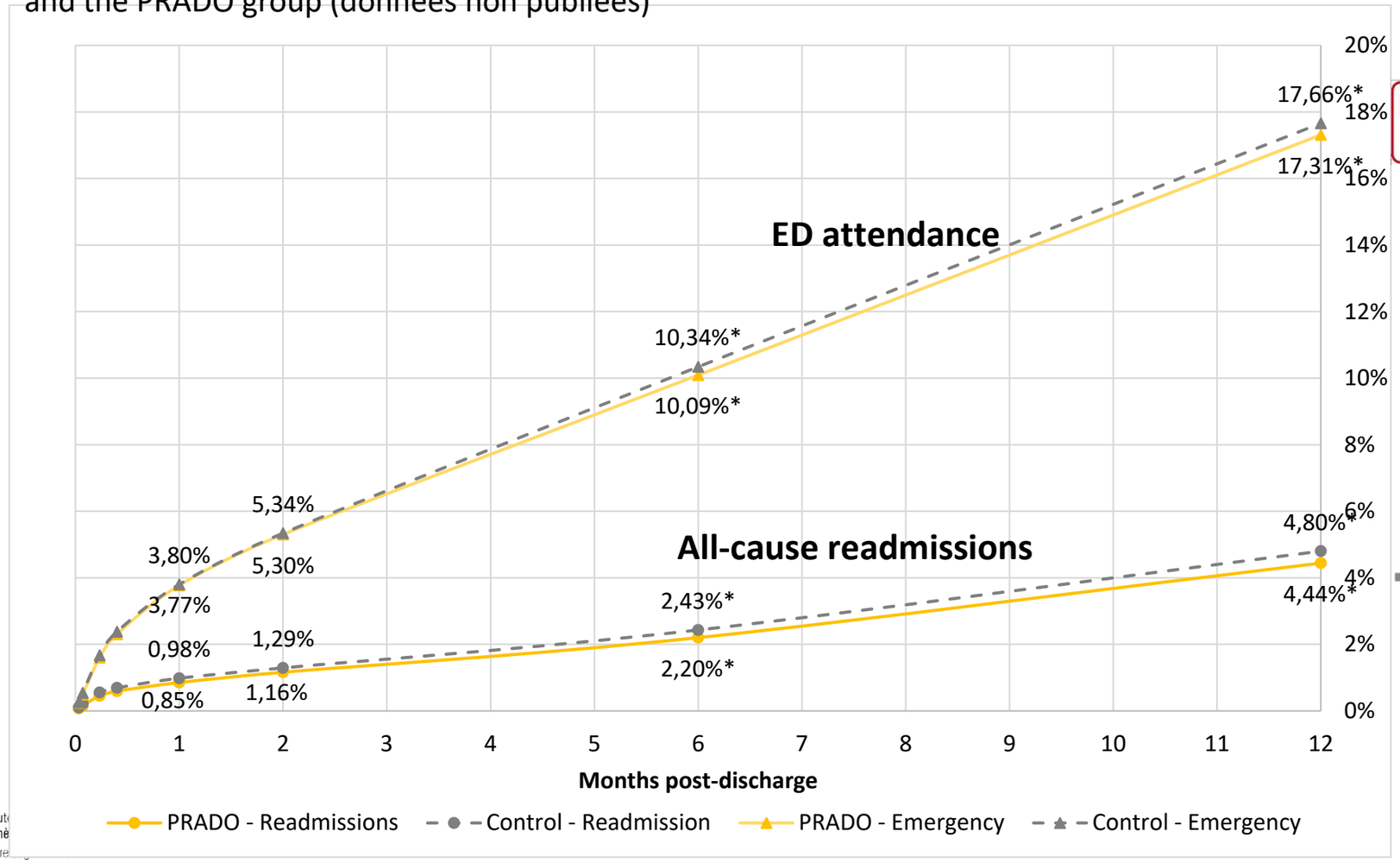


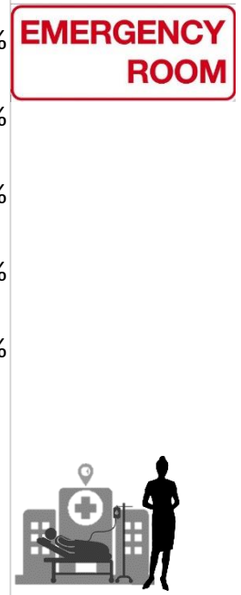
http://dx.doi.org/10.2147/CLEP.S156210

swissuniversities

Taux de ré-hospitalisations maternelles / 12 mois

Alexandre Caron, Anne Rousseau, Anne-Claire Brisacier, Laurène Courouve, Laurent Gaucher, and the PRADO group (données non publiées)





↘1.2%

↘ 7.5% toutes causes

↘51.3% psychiatrie

U1290

Hes·SO GENÈVE
Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale

Inserm

swissuniversities

Frise chronologique du suivi des mères

NAISSANCE

Bilan prénatal

dès la déclaration de grossesse

Entretien prénatal précoce

Généralement 4ème mois

Préparation à la Naissance et à la Parentalité

7 séances

Visites à domicile post-accouchement

Naissance - 12e j post-accouchement

Consultation postnatale

4 à 8 semaines post-accouchement

Entretien postnatal précoce

4 à 8 semaines post-accouchement

si nécessaire

2 ème entretien postnatal

10 à 14 semaines post-accouchement

0 jr — Naissance

CONSULTATIONS PRÉNATALES MENSUELLES
+ 3 ÉCHOGRAPHIES TRIMESTRIELLES

8 jours — 14 semaines

SÉANCES POSTNATALES (2 séances)

h e d s
Haute école de santé Genève
Filière Sage-femme

Hes·so GENÈVE
Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale

U1290

Inserm

Edinburgh Postpartum Depression Scale ⚠ ≥ 11

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté
   0 Aussi souvent que d'habitude
   1 Pas tout à fait autant
   2 Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
   3 Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir
   0 Autant que d'habitude
   1 Plutôt moins que d'habitude
   2 Vraiment moins que d'habitude
   3 Pratiquement pas

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal
   0 Non, pas du tout
   1 Presque jamais
   2 Oui, parfois
   3 Oui, très souvent

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif
   0 Non, pas du tout
   1 Presque jamais
   2 Oui, parfois
   3 Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison
   3 Oui, vraiment souvent
   2 Oui, parfois
   1 Non, pas très souvent
   0 Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements
   3 Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
   2 Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
   1 Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
   0 Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil
   3 Oui, la plupart du temps
   2 Oui, parfois
   1 Pas très souvent
   0 Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse
   3 Oui, la plupart du temps
   2 Oui, très souvent
   1 Pas très souvent
   0 Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré
   3 Oui, la plupart du temps
   2 Oui, très souvent
   1 Seulement de temps en temps
   0 Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire mal
    3 Oui, très souvent
    2 Parfois
    1 Presque jamais
    0 Jamais

Blues 1000 PREMIERS JOURS

swissuniversities

POST-PARTUM

CNSF
Collège National des Sages-Femmes de France

L'ENTRETIEN POSTNATAL PRÉCOCE

ENTRETIEN COMPLÉMENTAIRE AU SUIVI MÉDICAL POSTNATAL

Avec le soutien de : Maman Blues

L'Entretien Postnatal Précoce (EPNP) est un temps d'échanges avec un.e professionnel.le de santé (sage-femme ou médecin).

POUR QUI ET QUAND ?

Tous les couples / femmes qui viennent d'accueillir un enfant vivant ou décédé, peuvent en bénéficier. Nul besoin de prescription médicale pour en bénéficier, il peut être réalisé **entre la 4ème jusqu'à la 8ème semaine après l'accouchement**. Selon vos besoins et questionnements, un deuxième entretien postnatal peut être réalisé entre la 10ème et 14ème semaine post-accouchement.
L'EPNP doit vous être proposé dès votre grossesse et systématiquement après votre accouchement. Si ce n'est pas le cas : demandez le.

A QUOI SERT-IL ?

Le.la professionnel.le de santé adaptera le contenu de l'entretien à vos attentes et besoins. Vous pourrez par exemple aborder les points suivants :

- Parler de votre vécu de la grossesse, de la Naissance et des suites immédiates ;
- Parler de vos attentes, de vos besoins, mais aussi de vos craintes, vos difficultés et de vos émotions depuis la naissance de votre (vos) enfant(s) ;
- Aborder les besoins (dont l'alimentation) et le développement de votre (vos) enfant(s) ;
- Informer sur les mesures de prévention vis-à-vis de la sécurité de votre (vos) enfant(s) ;
- Vous informer sur le suivi médical postnatal ;
- Aborder l'organisation de vos congés, le mode de garde ;
- Échanger sur la reprise envisagée du travail ;
- Vous mettre en lien avec les professionnels du réseau si besoin le plus tôt possible.

QUI LE PRATIQUE ? QUELLE PRISE EN CHARGE ?

Il est préférable que ce soit la sage-femme (hospitalière, libérale ou de PMI) ou le médecin qui a réalisé l'Entretien Prénatal Précoce pendant la grossesse qui réalise cet EPNP.
Il est pris en charge à 70% par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Votre mutuelle peut prendre en charge les 30% restants.

FRISE CHRONOLOGIQUE DE VOTRE SUIVI

• SUIVI MÉDICAL | • TEMPS D'ÉCHANGES PRIVILÉGIÉS

NAISSANCE

Bilan prénatal — *dès la déclaration de grossesse*
Entretien prénatal précoce — *Généralement 4ème mois*
Préparation à la Naissance et à la Parentalité — *7 séances*
0 jr — Naissance

CONSULTATIONS PRÉNATALES MENSUELLES + 3 ÉCHOGRAPHIES TRIMESTRIELLES

Visites à domicile post-accouchement — *Naissance - 12e j post-accouchement*
Consultation postnatale — *4 à 8 semaines post-accouchement*
Entretien postnatal précoce — *6 à 8 semaines post-accouchement*
si nécessaire — *2ème entretien postnatal* — *10 à 14 semaines post-accouchement*
8 jours — 14 semaines

SÉANCES POSTNATALES (2 séances)

swissuniversities

LAURENT.GAUCHER@HESGE.CH

GÉNÉRALE-BEAULIEU
Clinique

2ème Journée de l'Obstétrique de Beaulieu

par 2

La Journée Obstétrique de Beaulieu fait son grand retour avec sa deuxième édition !

Chères et Chers Collègues,

Nous avons le plaisir de vous convier à la Journée d'Obstétrique de Beaulieu qui portera sur le thème de **l'accouchement pratique**. Comme l'année dernière, ce symposium réunit un panel d'experts et aura lieu le **jeudi 11 mai 2023 de 13h00 à 17h30** à la Clinique Générale-Beaulieu, Chemin de Beau-Soleil 20, 1206 Genève.

Au programme :

13h00-13h10	**Introduction** Dr Ahmad Haydar *Modérateur*
13h10-13h40	**Études des modifications anatomiques et fonctionnelles, liées à l'état gravide et de leur retentissement sur la mécanique obstétricale** Dr Jean-Paul Renner [Fr] *Ancien Attaché d'enseignement (Université de Versailles ST Quentin en Yvelines)*
13h40-14h00	**Le partogramme, encore utile ?** Dr Caroline Daelemans [Fr] *Obstétricienne-gynécologue, Responsable de la salle d'accouchement aux HUG*
14h00-14h30	**60 years of active management of labour – quo vadis?** Dr Declan Keane [Engl] *Professeur en obstétrique, Ancien Master du NMH, Dublin*
14h30-14h40	**Discussion**
14h40-15h00	**Pause café**
15h00-15h20	**The use of intrapartum ultrasound for labour progress and fetal head asynclitism** Dr Murat Yassa [Engl] *Professeur associé, Bahcesehir University, Faculty of Medicine, Istanbul*
15h20-15h40	**Extractions instrumentales des variétés postérieures** Dr Ahmad Haydar [Fr] *Obstétricien-gynécologue, Clinique Générale-Beaulieu, Ancien responsable de salle d'accouchement (Dublin)*
15h40-16h00	**Amélioration technique des césariennes** Dr Alexandre Farin [Fr] *Obstétricien-gynécologue, Médecin-chef d'obstétrique, Hôpital Riviera-Chablais*
16h00-16h20	**L'obstétrique : cette controverse par essence** Dr Eric Antonelli [Fr] *Obstétricien-gynécologue, Clinique Générale-Beaulieu, Ancien médecin adjoint aux HUG*
16h20-16h30	**Discussion**
16h30-16h50	**Acupuncture in Obstetric : trend or Evidence-Based ?** Dr Hongguang Dong [Engl] *Thérapeute en médecine traditionnelle chinoise, Acupuncture*
16h50-17h10	**Plan de naissance** Madame Blandine Castella [Fr] *Sage-femme responsable*
17h10-17h30	**Clés pour une expérience positive de l'accouchement** Dr Laurent Gaucher [Fr] *Sage-femme, Professeur Assistant, Haute Ecole de Santé, Genève*
17h30-17h40	**Clôture**
17h40	**Apéritif au restaurant Café-Brasserie Beau-Soleil**

Téléchargez le programme en appuyant sur le bouton ci-dessous :

Programme

Comité organisateur et contacts

- **Dr Ahmad Haydar**, gyneco@haydar.ch
- **Elena Margarone**, emargarone@beaulieu.ch