

UNIVERSITE DE NANTES

ECOLE DE SAGES-FEMMES

UFR DE MEDECINE

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Années universitaires 2013-2021

LES VIOLENCES OBSTETRICALES

Etude qualitative interrogeant les sages-femmes et gynécologues-obstétriciens
exerçant en salle de naissance
au CHU de Nantes et au CHD Vendée de La Roche sur Yon.

Mémoire soutenu et présenté par :

CHAUVEAU Julie

Née le 17 février 1995

Directeur de mémoire : Mr DURAND Guillaume

Remerciements

Je voudrais dans un premier temps remercier l'ensemble des membres du jury pour l'intérêt qu'ils porteront à la lecture de ce mémoire.

Je tiens à remercier Mr Guillaume Durand, maître de conférences en philosophie à l'université de Nantes, pour ses relectures, ses remarques et conseils qui m'ont beaucoup aidée à écrire ce mémoire.

Je souhaite également remercier l'équipe de sages-femmes enseignantes de l'école de Nantes pour leur accompagnement durant ces quatre années d'études, et plus particulièrement Mme Pascale Garnier pour son aide tout au long de la réalisation de ce travail.

J'adresse mes remerciements aux gynécologues-obstétriciens et sages-femmes qui ont accepté de m'accorder un peu de leur temps afin de participer à cette étude.

Un grand merci à mes collègues de promotion et amies pour leurs encouragements, sourires et entraide. Merci à Clarisse, Laura et Flavie pour leurs conseils et leur bienveillance.

Enfin, je remercie ma famille pour leur présence, indispensable tout au long de ces années d'études. Merci à maman pour ses précieux conseils. Merci à Antoine pour sa patience et son soutien sans faille.

Liste des abréviations

AG : Anesthésie Générale

AFAR : Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté

APD : Analgésie Péridurale

ARCF : Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal

ASD : Accouchement Sans Douleur

CIANE : Collectif Inter Associatif autour de la Naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

DA/RU : Délivrance Artificielle / Révision Utérine

DPIO : Décollement du Pole Inférieur de l'Œuf

EE : Efforts Expulsifs

ERCF : Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes

IRASF : Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SIVO : Stop à l'Impunité contre les Violences Obstétricales

TV : Toucher Vaginal

Sommaire

Introduction.....	1
Première partie : Etat des lieux des violences obstétricales.....	3
1) Définitions.....	3
1.1) Violences.....	3
1.2) Obstétrique.....	3
1.3) Violences obstétricales.....	3
2) Quelques points historiques.....	5
2.1) Historique des violences obstétricales.....	5
2.2) Historique de l'obstétrique et évolution de la place des professionnels de santé.....	5
2.2.1) Antiquité.....	5
2.2.2) Moyen Age.....	6
2.2.3) Renaissance.....	6
2.2.4) 18 ^{ème} siècle.....	6
2.2.5) 19 ^{ème} siècle.....	7
2.2.6) 20 ^{ème} siècle.....	7
2.2.7) 21 ^{ème} siècle.....	7
2.3) L'épisiotomie : geste médical symbole des violences obstétricales.....	8
3) Contexte et médiatisation des violences obstétricale.....	8
4) Les recommandations.....	10
4.1) L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).....	10
4.2) Le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF).....	10
4.3) Le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF).....	11
5) Information et consentement.....	12
5.1) Information.....	12
5.2) Consentement.....	13
6) La salle de naissance.....	14
7) L'éthique clinique.....	15
8) Du modèle paternaliste au modèle autonomiste.....	16
9) Les pratiques obstétricales en salle de naissance et l'éthique clinique.....	17

Deuxième partie : présentation de l'étude.....19

1) Matériel et méthode.....	19
1.1) Objectifs.....	19
1.2) Hypothèses.....	19
1.3) Critères d'inclusion.....	20
1.4) Questionnaire.....	20
1.5) Recueil et traitement des données.....	21
2) Résultats.....	21
2.1) Description de la population étudiée.....	21
2.2) Concept de violences obstétricales.....	22
2.2.1) Positionnement par rapport aux violences obstétricales.....	22
2.2.2) Connaissance de la définition des violences obstétricales.....	25
2.3) Facteurs favorisant l'émergence des violences obstétricales.....	25
2.4) Confrontation aux violences obstétricales.....	27
2.4.1) Situations de violences obstétricales lors de l'exercice professionnel.....	27
2.4.2) Situations où le soignant est l'auteur de violences obstétricales.....	30
2.5) Méthodes barrières, limitant l'émergence des violences obstétricales.....	33
2.5.1) Enseignements théoriques lors des études de santé.....	34
2.5.2) Formation par simulation in situ pour les professionnels de l'obstétrique.....	35
2.6) L'impact de la polémique des violences obstétricales sur les professionnels.....	36
2.6.1) La médiatisation des violences obstétricales : une attaque envers les soignants ?.....	37
2.6.2) La médiatisation des violences obstétricales : vers une évolution des pratiques ?.....	37

Troisième partie : analyse et discussion.....41

1) Critique de l'étude.....	41
1.1) Points forts de l'étude.....	41
1.2) Limites et biais de l'étude.....	41
2) Retour sur nos hypothèses.....	42
3) Discussion.....	44
3.1) Maîtrise du concept de violences obstétricales.....	44

3.2)	Les violences obstétricales : une réalité lors de l'exercice en salle de naissance..	47
3.3)	Analyse des facteurs favorisant l'émergence des violences obstétricales.....	48
3.4)	Méthodes barrières pour lutter contre les violences obstétricales.....	52
3.4.1)	Renforcer et améliorer la communication avec les patientes.....	52
3.4.1.1)	La préparation à la naissance et à la parentalité.....	52
3.4.1.1.1)	Projet de naissance.....	52
3.4.1.2)	Délivrance d'informations à l'arrivée du couple et tout au long du travail.....	53
3.4.1.2.1)	Moyens professionnels suffisants dans les maternités.....	53
3.4.1.2.2)	Interprète et personne de confiance.....	53
3.4.1.3)	En cas de situations difficiles : réaliser un débriefing post-accouchement.....	54
3.4.2)	Améliorer les compétences des soignants.....	54
3.4.2.1)	Renforcer les enseignements théoriques au cours des études..	54
3.4.2.2)	Former les professionnels de l'obstétrique et les sensibiliser à la problématique des violences obstétricales.....	55
3.4.2.3)	Formation par simulation in situ pour les professionnels de l'obstétrique.....	55
3.5)	L'impact de la médiatisation des violences obstétricales pour les professionnels de santé.....	56
3.6)	Quelques pistes de réflexion.....	57

Conclusion.....	58
------------------------	-----------

Références bibliographiques.....	60
---	-----------

Index des figures

Annexe I – Questionnaire

Annexe II – Détails des réponses aux questions ouvertes

Résumé

Introduction

Depuis quelques années, nous assistons à une libération progressive de la parole des femmes. Elles revendiquent l'égalité des sexes et dénoncent davantage les propos ou actes sexistes dont elles sont victimes. Ces maltraitances se produisent également dans le domaine de la santé, notamment dans les spécialités que sont la gynécologie et l'obstétrique.

En Novembre 2014, des milliers de femmes témoignent sur les réseaux sociaux : des commentaires sexistes, des gestes brutaux, des examens pratiqués sans consentement lors de leur suivi gynécologique ou obstétrical. Ils sont regroupés par le hashtag #PayeTonUtérus. [1] Un an plus tard, une polémique voit le jour en France, lorsque sont rendus publics les faits suivants : des étudiants de la Faculté de médecine de Lyon devaient, dans le cadre de leur formation, réaliser des touchers vaginaux sur des patientes sous anesthésie générale. Ces patientes inconscientes ne peuvent donc ni être informées, ni consentir à cet examen. [2] [3] Ces révélations ont largement été relayées par les médias et de nombreuses femmes se sont ensuite exprimées, livrant à leur tour les maltraitances subies. Celles-ci sont nommées « violences gynécologiques et obstétricales ».

En 2017, Marlène Schiappa, la secrétaire d'État en charge de l'Égalité entre les femmes et les hommes, s'empare du sujet. Elle demande au Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes un rapport sur la question des violences gynécologiques et obstétricales, afin d'objectiver le phénomène et tenter de trouver des solutions. [4]

Au cours de leur vie, les femmes sont amenées à côtoyer de nombreux professionnels de santé. En effet, elles ont en général un suivi gynécologique et, en cas de grossesse, un suivi obstétrical. Lors des consultations, l'interrogatoire et les examens pratiqués entrent dans l'intimité des femmes, ce qui nécessite le respect de leur corps et leur consentement éclairé. Depuis quelques années, le patient gagne en autonomie et est placé au centre de sa prise en charge grâce à la loi du 4 mars 2002. Malgré ces textes législatifs, nous pouvons nous demander si une attitude paternaliste persiste chez certains professionnels de santé ?

Dans le cadre de ce mémoire de fin d'études de maïeutique, il est intéressant de se pencher davantage sur la question des violences obstétricales et plus précisément du point de vue des professionnels de santé.

C'est donc une réflexion éthique, qui nous amène à nous questionner sur la problématique suivante :

Comment des professionnels de l'obstétrique, censés avoir une attitude empreinte de bienfaisance, peuvent-ils faire vivre des « violences » à leurs patientes ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous définirons dans un premier temps le terme de violences obstétricales. Puis, nous mettrons en évidence les causes de ces violences et nous poursuivrons en cherchant des solutions pour lutter contre celles-ci.

Pour cela, nous nous intéresserons tout d'abord au contexte et nous détaillerons ensuite l'étude réalisée auprès des praticiens. Enfin, ces résultats associés à une analyse de la littérature permettront un questionnement éthique autour de cette problématique sociétale.

Première partie : Etat des lieux des violences obstétricales

1) Définitions

1.1) Violences

Le terme violence est défini comme « une force exercée par une personne ou un groupe de personnes pour soumettre, contraindre quelqu'un ou obtenir quelque chose ». [5] Le droit pénal complète cette définition, c'est le « fait d'agir sans le consentement de la personne intéressée ». La notion de consentement a son importance dans la relation soignant-soigné.

Selon l'OMS, « la violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès ». [6] Le mot intentionnellement signifie que l'on exerce une violence de manière volontaire. Est-ce toujours le cas lorsque ces violences surviennent dans le cadre de soins ? Nous pouvons supposer que le soignant agit volontairement, selon lui, dans l'intérêt du patient. Cependant, lorsque le souhait du soignant diverge de celui du patient, ce dernier peut ressentir de la violence.

Cette définition précise l'impact des violences. En effet, elles créent un préjudice, portant atteinte à la personne qui en est victime. Dans le cas des violences obstétricales, les dommages sont parfois physiques, mais aussi psychologiques et donc plus difficiles à évaluer.

1.2) Obstétrique

Cette discipline est une spécialité de médecine dédiée à la grossesse et l'accouchement. Elle a également un versant chirurgical. Les principaux professionnels sont l'obstétricien et la sage-femme. Ils réalisent la surveillance du déroulement de la grossesse, de la naissance et des suites de couches. [7] Selon l'enquête nationale périnatalité de 2016, 6 accouchements sur 10 ont été réalisés par une sage-femme et donc 4 sur 10 par un gynécologue-obstétricien. [8]

1.3) Violences obstétricales

Le terme de violences obstétricales étant relativement récent, nous nous trouvons face à une multitude de définitions, qui reprennent les mêmes points principaux.

Voici la définition des violences obstétricales selon la juriste Marie-Hélène Lahaye : « tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente ». [9]

Le Haut Conseil à l'Égalité entre les hommes et les femmes donne la définition suivante: « les actes sexistes durant le suivi obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi obstétrical, et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes. Ils sont le fait de soignants de toutes spécialités, femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitants ». [10] Elle fait référence à l'histoire de la médecine, à l'évolution de la relation soignant-soigné.

Il arrive qu'on aille jusqu'à qualifier ces actes de maltraitances. Nous pouvons définir la maltraitance comme ceci: « c'est un mauvais traitement (occasionnel, durable ou répété) infligé à une personne (ou groupe) que l'on traite avec violence, mépris ou indignité. La maltraitance implique un rapport de pouvoir ou de domination entre l'auteur et la victime, qui est ainsi souvent dépendante et sans défense. Lié à l'abus de pouvoir, la maltraitance a fréquemment des conséquences durables sur la santé, non seulement physiologique mais aussi psychique des victimes, dues au traumatisme moral. » [11] Dans cette définition, on rappelle les conséquences des violences mais une nouvelle notion est mise en évidence. C'est le rapport de domination entre l'auteur et la victime. Dans le cas des violences obstétricales, les professionnels de santé détiennent le savoir et la relation avec la patiente n'est pas équilibrée. Cette dernière est dans une position de vulnérabilité et accorde sa confiance au soignant.

Le CIANE (Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance) énumère les différents types de violences : verbales (dénigrement, propos infantilisants, sexistes, homophobes, humiliants, menaçants, intimidations..), absence d'information et de recherche du consentement, non-respect du refus de soins, absence d'accompagnement et de bienveillance, absence de respect de l'intimité et de la pudeur, déni de la douleur exprimée et mauvaise prise en charge de la douleur, brutalité des gestes et des comportements. [12]

L'IRASF (Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes) aborde, quant à lui, ces violences de façon plus générale. Sans énumérer une liste exhaustive d'exemples, il explique que les violences s'exercent principalement sous 3 dimensions : physique, verbale, légale.

L'IRASF explique que « la violence obstétricale consiste en tout acte abusif sortant du cadre des intérêts de la patiente tels que : l'organisation du planning des équipes soignantes, le respect des protocoles hospitaliers parfois contraires à l'intérêt des patientes, le souci de protection médico-légale des soignants eux-mêmes et/ou de soumission aux impératifs des compagnies d'assurance, et toujours en dehors du consentement, des demandes et des besoins des femmes ».

Les facteurs humains sont à prendre en compte dans l'exercice de ces violences, puisque « les équipes soignantes peuvent également être victimes de peurs, de croyances, de pressions budgétaires, de fatigue et de manque d'effectifs. Cet ensemble de paramètres requalifie une part de la médicalisation de l'accouchement et/ou la surmédicalisation, lorsqu'elle ne répond pas à une demande ou un besoin des femmes, en violence obstétricale ». [13]

La violence obstétricale est aussi l'absence de médicalisation quand les femmes expriment le besoin et/ou l'envie. L'exemple le plus fréquent illustrant cette idée est le non-respect du souhait de mise en place de l'analgésie péridurale.

2) Quelques points historiques

2.1) Historique des violences obstétricales

Il semblerait que la première dénonciation des violences obstétricales date de 1958, dans un article du « Ladies Home Journal », un magazine grand public américain. Cet article aurait eu un énorme impact sur les femmes et aurait initié le mouvement visant à autoriser la présence des pères en salle de naissance. [14]

Le terme de violences obstétricales apparaît en Amérique Latine au début des années 2000. Puis, en 2007, le Venezuela vote une loi sur « le droit des femmes à une vie sans violence » dans laquelle figure ce concept. La même année, le Mexique, puis l'Argentine en 2009 adoptent des lois similaires. Celles-ci restent peu efficaces et difficilement applicables. Elles signent la naissance de ce terme. [15]

2.2) Historique de l'obstétrique et évolution de la place des professionnels de santé

2.2.1) Antiquité

Chez les anciens Grecs, les sages-femmes étaient responsables des accouchements. La profession était réglementée : ces femmes devaient être ménopausées et devaient avoir des enfants. En cas de complications lors de la naissance, elles devaient faire appel à un médecin, qui était toujours un homme.

2.2.2) Moyen-Age

On assiste à un recul de la science et de la médecine en général, et donc également à un recul de l'obstétrique, qui s'accompagne par une augmentation importante de la mortalité maternelle et néonatale. L'accouchement se déroulait à domicile, avec l'aide d'une matrone et toute une assistance de femmes. Dans les classes aisées, les parturientes pouvaient donner naissance sur une chaise d'accouchement, pour davantage de pudeur.

2.2.3) Renaissance

Certaines institutions hospitalières, bien que réticentes, vont admettre des femmes en couches au XIII^{ème} siècle. Ce sont des femmes dites « nécessiteuses », voire prostituées sans domicile, ni aide. [16] Cependant, jusqu'au XVIII^{ème} siècle, les accouchements ont surtout lieu à domicile, avec un entourage exclusivement féminin et au centre, la matrone. Cette dernière est le plus souvent, âgée et connue de tout le village. Elle n'a pas étudié, ne sait en général ni lire ni écrire et apprend son métier en pratiquant. [17]

Au XVI^{ème} siècle, l'obstétrique devient une science. C'est en 1513 que le premier traité d'obstétrique, rédigé par le médecin allemand Eucharius Rösslín fut imprimé. Il s'intitule « Le jardin des roses de la femme enceinte et de la sage-femme ». On y trouve des explications sur la naissance, la présentation fœtale la plus favorable, etc. Il eut un grand succès en Europe occidentale. [16]

En 1668, le jeune médecin à l'Hôtel Dieu, François Mauriceau, publie un traité sur « Les maladies des femmes grosses et accouchées » qui fait de l'obstétrique une spécialité à part entière. Il décrit également, en cas d'accouchement en siège, la manœuvre qui porte son nom. Les chirurgiens accoucheurs entrent désormais dans la chambre des parturientes, aérant la pièce et réduisant l'entourage. C'est le début de la médicalisation des accouchements. [18]

2.2.4) 18^{ème} siècle

En 1759, de nombreuses femmes meurent des suites de leur accouchement. Pour remédier à cela, les ministres de Louis XV font appel à une sage-femme : Angélique du Coudray. Elle fera un voyage de 25 ans pour enseigner, à l'aide de mannequins, l'art de l'accouchement aux matrones des campagnes françaises. [19]

Au 18^{ème} siècle, Peter Chamberlen crée les Forceps : instrument dont l'utilisation est interdite aux sages-femmes. Ils permettent au médecin de mener à bien des accouchements difficiles. C'est également à cette époque qu'apparaissent les premiers centres d'accouchements ainsi que les écoles de sages-femmes et d'accoucheurs. [16]

2.2.5) 19^{ème} siècle

Au 19^{ème} siècle, les parturientes décèdent fréquemment après la naissance de leur enfant, à cause des fièvres puerpérales. Les médecins ne comprennent pas comment se propagent ces épidémies. Elles sont dues à l'absence d'asepsie, puisque les étudiants en médecine passaient directement des salles de dissection aux salles de naissances, sans aucune mesure d'hygiène. C'est Ignace Semmelweis, à Vienne, qui a compris le danger de ces particules manuportées, sans pour autant en apporter les preuves. L'utilisation du phénol a permis de réduire la mortalité maternelle. Les travaux de Pasteur et la naissance de l'asepsie ont poursuivi cette avancée considérable. [20]

Les prémices de l'anesthésie apparaissent également. On tente alors de soulager les femmes avec des gaz à inhaler comme le chloroforme. [16]

2.2.6) 20^{ème} siècle

Au début du 20^{ème} siècle, la moitié des accouchements a encore lieu à domicile. En cas d'accouchement compliqué, il est difficile d'intervenir.

Au milieu du 20^{ème} siècle, différentes méthodes d'accouchement voient le jour, comme le concept de l'ASD (accouchement sans douleur) de Lamaze. [21]

L'utilisation de l'analgésie péridurale apparaît dans les pays anglo-saxons vers 1930. Elle se diffuse vers 1970 et devient courante à la fin du 20^{ème} siècle. Cette innovation a permis de soulager les femmes et donc d'améliorer leur vécu de l'accouchement. Elle nécessite cependant une surveillance rapprochée, qui impose d'accoucher dans une structure hospitalière disposant de monitoring etc. Les femmes qui bénéficient d'une analgésie péridurale accouchent davantage en position gynécologique, position idéale pour le praticien. A cette époque, la majorité des accouchements a lieu à l'hôpital. Le mode d'exercice des sages-femmes devient alors majoritairement salarié. Cette médicalisation peut donner une vision plus « pathologique » de la grossesse et de l'accouchement. [22]

2.2.7) 21^{ème} siècle

Depuis les années 2000, de nouveaux mouvements apparaissent et prônent plutôt une démedicalisation, le retour vers des accouchements plus naturels, sans intervention médicale, sans analgésie ni perfusion. Cependant, 82% des femmes ont recours à l'analgésie péridurale au cours du travail. [8]

Les femmes enceintes sont également mieux informées et souhaitent être davantage actrices lors de l'accouchement.

Elles suivent notamment des séances de préparation à la naissance et à la parentalité auprès de sages-femmes libérales, et rédigent parfois des projets de naissance.

Ces quelques points historiques nous rappellent la naissance et le développement de l'obstétrique ainsi que le rôle des soignants de cette discipline. Cette chronologie non exhaustive illustre les différentes étapes qui ont mené aux professions de sages-femmes et gynécologues obstétriciens et l'évolution de la place des parturientes.

2.3) L'épisiotomie : geste médical symbole des violences obstétricales

L'épisiotomie est l'incision de la peau, du vagin et des muscles du périnée, le plus souvent au niveau médio-latéral droit, réalisée au moment de la naissance par la sage-femme ou l'obstétricien. Depuis la médicalisation de l'accouchement, elle était fortement recommandée, et avait pour objectifs de diminuer la morbidité néonatale et maternelle, notamment en limitant les risques de lésions sévères du périnée et prévenant la survenue ultérieure de troubles de la statique pelvienne. « Cependant, l'intérêt de l'épisiotomie préventive a été remis en question par des publications, soulignant l'augmentation du risque de lésions rectales et du sphincter anal après épisiotomie. D'une pratique quasi-systématique, elle est devenue depuis les années 90, une pratique plus rare suivant rapidement les recommandations internationales et nationales. Une prévalence inférieure à 30% est recommandée. En fait depuis 2005, elle est devenue un acte individuel, réalisé en accord avec la patiente après informations nécessaires, conformément aux recommandations de la HAS et du CNGOF. Elle reste cependant une pratique redoutée par les femmes enceintes. » [23]

En effet, cet acte chirurgical est emblématique des violences obstétricales. Il est énoncé dans de nombreux témoignages, car parfois réalisé sans indication réelle, source de douleurs et de traumatismes pour les patientes. Les femmes militent pour la réduction du taux d'épisiotomie. Cette lutte inaugure le combat contre les violences obstétricales.

3) Contexte et médiatisation des violences obstétricales

Depuis quelques années, grâce à l'émergence de mouvements féministes qui militent pour l'égalité des sexes, les femmes prennent davantage la parole. Certaines d'entre elles dénoncent les actes sexistes dont elles sont victimes. Grâce aux réseaux sociaux, elles révèlent les injustices qu'elles subissent et communiquent massivement sur le sujet. En novembre 2014, le #PayeTonUtérus regroupe plus de 7000 témoignages en 24 heures. Des femmes y racontent leurs « galères médicales » en gynécologie. [1]

En 2015, des documents disponibles en ligne sur le site de la faculté de médecine de l'Université de Lyon sont diffusés sur un célèbre réseau social. Ils révèlent que les étudiants en médecine doivent valider certains gestes au bloc opératoire sur des patientes endormies sous anesthésie générale ; notamment des touchers vaginaux. Le sujet déclenche une polémique en France. De nombreux témoignages et articles sont publiés. [2][3]

Le journal « Le Monde » publie un article intitulé « Une tribune dénonce les touchers vaginal ou rectal sur des patients endormis ».[24] Cette tribune intitulée « Le consentement, point aveugle de la formation des médecins » a été rédigée par la juriste et auteur du blog « Marie accouche là » Marie-Hélène Lahaye, la directrice d'hôpital Clara de Bort, et la journaliste fondatrice des Vendredis Intellos (plateforme d'échange et de diffusion des savoirs sur la parentalité et l'éducation) Béatrice Kammerer. Cet écrit reçoit le soutien de 72 signatures, parmi lesquelles figurent celles du CIANE, de la présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes et de Martin Winckler (médecin, auteur du roman « Les Brutes en blanc », sur la maltraitance médicale). [25] [26] Suite à cette tribune, une pétition « non aux touchers vaginaux non consentis » ayant recueilli plus de 7000 signatures, est adressée à Marisol Touraine, ministre de la santé. [27]

Au cours de cette année 2015, les articles, les blogs et les reportages sur ce sujet sont nombreux. Basma Boubakri crée un groupe Facebook : le SIVO (Stop à l'impunité contre les Violences Obstétricales). Ce dernier a permis de partager des témoignages, informations et conseils. Il a ensuite donné naissance à l'association IRASF (Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes) en 2017, qui lutte contre les violences obstétricales et gynécologiques. [28]

En octobre 2017, la journaliste Mélanie Déchalotte publie « Le livre noir de la gynécologie ». Il contient les témoignages de patientes victimes de violences médicales en gynécologie et en obstétrique. [29] Cette même année, Marlène Schiappa, la secrétaire d'État en charge de l'Égalité entre les femmes et les hommes, aborde le sujet de l'épisiotomie. Elle déclare que le taux d'épisiotomies réalisées lors des accouchements est trop élevé en France. Ceci suscite de vives réactions de la part des gynécologues obstétriciens qui se sentent accusés. La secrétaire d'État commande alors au Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, un rapport sur la question des violences gynécologiques et obstétricales, dans le but d'objectiver le phénomène et de tenter de trouver des solutions. [4] Ce rapport intitulé « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical » paraît en juin 2018. Il en ressort que ces actes sexistes ne sont pas des « faits isolés » mais « relativement répandus ». Le rapport s'appuyant sur des témoignages et des auditions, ils n'y sont pas chiffrés. [10]

En 2019, différents organismes ont débuté des enquêtes sur le sujet des violences obstétricales : l'IRASF, sur son site internet, interroge les femmes françaises sur leur accouchement. Au niveau de la région Pays de la Loire, c'est le Réseau Sécurité Naissance qui s'intéresse au « vécu de l'accouchement ». [30]

En novembre 2020, Anna Roy, sage-femme, rédige une publication sur un réseau social où elle explique avoir été maltraitée, lors de sa journée en salle de naissance. Elle décrit l'importante charge de travail ce jour-là, qui l'a amenée à « poser des actes maltraitants ». [31] Suite à cela, elle a lancé une pétition pour une naissance respectée, qui réclame « une femme pour une sage-femme ». [32]

En 2021, une autre histoire bouscule l'actualité. Une jeune maman témoigne via un podcast, après son accouchement. [33] Elle a été victime d'une expression abdominale lors de la naissance, qui a provoqué une hémorragie interne dû à un traumatisme de la rate. Elle a donc été opérée en urgence et est restée dans le coma pendant plusieurs jours. Cette pratique, pourtant interdite, a relancé le sujet des violences obstétricales dans les médias. [34]

4) Les recommandations

4.1) L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

L'Organisation Mondiale de la Santé, dans son communiqué de presse du 15 février 2018, annonce la publication de nouvelles recommandations, visant à définir des normes mondiales de soins à l'intention des femmes enceintes en bonne santé, et à limiter les interventions médicales inutiles. [35]

L'OMS a également produit une infographie. On y lit que « toutes les femmes ont le droit de vivre positivement la naissance de leur enfant ; ce qui suppose: le respect de la dignité, la compagnie de la personne de leur choix, une communication claire avec le personnel de la maternité, des options pour soulager la douleur, la possibilité de bouger pendant le travail et de choisir la position d'accouchement ». [36]

4.2) Le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes (CNOSF)

Le CNOSF commente le code de déontologie, qui précise les droits et devoirs qui s'imposent aux sages-femmes dans le cadre de leur exercice professionnel : « Article R.4127-302 du code de la santé publique : « La sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine ». Ce principe déontologique prend particulièrement tout son sens dans la profession de sage-femme. L'art de la sage-femme s'inscrit naturellement dans l'intimité de la femme.

A ce titre, il doit être porté un regard particulier, quant au respect de la dignité de la patiente. L'accouchement constitue le moment durant lequel la vulnérabilité et l'intimité de la parturiente sont mises à nu. ». Grâce à cet extrait, on comprend que les actes médicaux entourant l'accouchement doivent être expliqués par les professionnels et consentis par les patientes avant leur réalisation. Cette idée est primordiale pour éviter un mauvais ressenti et de ce fait des violences.

Le CNOSF ajoute : « Ce respect de la personne se poursuit au-delà des gestes médicaux envisagés, prescrits ou pratiqués. En effet, le respect de la dignité envers autrui se manifeste de manière encore plus subtile : « le verbal, le gestuel, l'intonation de la voix, tout ce qui n'est pas codifiable parce que trop évanescent, en apparence trop personnel et trop spontané mais qui, dans la réalité pratique, se révèle d'une grande importance. » Ainsi, le respect de la personne humaine ne peut être pleinement effectif sans l'appréhension et le respect d'autres principes déontologiques que sont : le principe du secret professionnel, l'obligation légale d'information du patient, l'obligation légale de recueillir le consentement libre et éclairé du patient, ou encore le principe du libre choix du praticien par le patient. ». Ce passage nous rappelle que le vécu de l'accouchement par les patientes dépend fortement de la relation soignant-soigné mais que celle-ci est encadrée par des principes législatifs indérogeables. [37]

4.3) Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

En lien avec la HAS, le CNGOF élabore en 2017 des recommandations de bonnes pratiques sur l'accouchement physiologique. Ils rappellent alors dans le préambule les notions de bientraitance et de droit des patients : « L'équipe veille au respect des droits des patients et promeut la bientraitance, en lien avec la commission des usagers des établissements de santé. La bientraitance se traduit par la qualité de la relation avec la femme et l'accompagnant, la prise en compte des préférences et des attentes exprimées dans le projet de naissance [...] Outre les droits du patient (personne de confiance, confidentialité, information sur son état de santé, etc.) , la bientraitance dans le secteur de naissance inclut : le respect du choix fait par la femme et l'accompagnant, le soutien attentif de la femme et de l'accompagnant durant l'accouchement, le respect de l'intimité et de la dignité sur le lieu de l'accouchement, l'information sur la prise en charge de la douleur, la proposition d'un contact en peau à peau et de la mise au sein, les facteurs de risque éventuellement identifiés et les modalités de leur prise en charge sur place ou dans le cadre d'une orientation ou d'un transfert,

des supports d'information type à destination des femmes et des couples sont proposés sur les sites des sociétés savantes, des associations d'usagers et des réseaux de santé périnatale, la prise en compte de la demande des femmes accouchant sous le secret ». Cette liste de recommandations vise à prévenir et ainsi réduire les violences obstétricales. La mise en place de ces mesures amènera les professionnels à tendre vers le concept de bientraitance. [38]

En 2017, suite à la polémique sur les violences obstétricales, le CNGOF a mis en place une commission de la promotion de la bientraitance en gynécologie-obstétrique nommée ProBité. Celle-ci a pour but de renouer le dialogue entre les professionnels de la périnatalité et les associations d'usagers et de lutter contre les violences obstétricales et gynécologiques. Pour cela, elle travaille sur plusieurs axes d'amélioration visant à faire de la prévention en prenant en compte la sécurité émotionnelle des patientes ainsi que les femmes les plus vulnérables.

En 2019, le CNGOF lance une labellisation des maternités bien traitantes : « les maternités qui s'engagent à mettre la bienveillance au centre de toutes leurs activités et qui acceptent la transparence, peuvent aujourd'hui bénéficier d'une labellisation innovante mise au point par le CNGOF. Cette labellisation valide la démarche d'information et d'écoute des femmes et l'amélioration de la qualité des soins. ». Cette labellisation est soutenue par Maternys, une plateforme interactive d'information, de conseil et d'évaluation de la prise en charge. [39]

5) Information et consentement

5.1) Information

La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a pour objectif de rééquilibrer la relation entre le patient et le soignant. En effet, ce dernier possède les connaissances médicales, à l'inverse du patient, qui se trouve en position d'infériorité en ne détenant pas ce savoir. En recevant des informations claires et complètes, le patient devient acteur de sa prise en charge médicale. Il se replace au centre de son processus de soins.

L'article L. 1111-2. précise que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. ».

Cet article poursuit : « Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. »

L'information délivrée doit être claire, loyale, compréhensible et adaptée à la situation.

Elle est une obligation déontologique pour le médecin, ici dans le serment d'Hippocrate : « J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. » [40]

L'information délivrée au patient doit être adaptée à son degré de compréhension, avec un vocabulaire accessible. [41] En ayant connaissance des bénéfices et risques liés aux soins, il peut alors prendre part aux décisions qui le concernent, être consulté et donner son avis. Tout cela s'inscrit dans le processus d'autonomisation des malades.

Cependant, il existe parfois des freins à l'information. Par exemple, la barrière de la langue lorsqu'une patiente ne parle pas le français ou certaines situations d'urgences durant lesquelles les explications risquent d'être données seulement partiellement.

De plus, en médecine, il est difficile de faire une liste exhaustive et complète des risques et effets secondaires liés à un soin. Cela serait très anxiogène pour le patient et inadapté à ses connaissances.

On sait que la qualité de l'information est primordiale dans le soin. En pratique, il n'est pas toujours évident de la délivrer de manière appropriée. C'est au professionnel de santé de trouver l'équilibre entre excès ou manque d'informations.

5.2) Consentement

C'est l'acquiescement à quelque chose. C'est le fait de donner son accord, son approbation à une action ou un projet. Le patient approuve la proposition faite par le soignant, après qu'il lui ait délivré une information claire et loyale. Le consentement doit être libre et éclairé, c'est-à-dire donné en l'absence de contrainte. Le patient est libre d'accepter ou de refuser.

Le code de la santé public précise le cadre du consentement avec l'article L. 1111-4. : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

Si le patient exprime son refus, « Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ». [42]

Il existe des situations particulières : « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté ». [43]

Ce devoir de recueillir le consentement incombe également aux étudiants : « L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable ».

En salle de naissance, il est donc indispensable que les différents professionnels de santé obtiennent le consentement des patients avant d'effectuer les soins. La demande doit être renouvelée autant de fois que l'acte sera réalisé, car un patient peut retirer son consentement à tout moment. Il peut consentir à un geste maintenant et refuser le même geste une heure après.

6) La salle de naissance

Le service de salle de naissance, parfois aussi appelé bloc obstétrical est un lieu qui regroupe les différentes salles d'accouchement, ainsi que des chambres ou salles de pré-travail et parfois les salles de consultations d'urgence. C'est dans ces lieux que les femmes en travail, ayant rompu la poche des eaux, pour lesquelles l'accouchement est déclenché ou qui se présentent pour l'accouchement, se trouvent. Le plus souvent, elles sont accompagnées par un proche, dans la majorité des cas leur conjoint, mais parfois aussi une mère ou une amie.

Les acteurs qui gravitent dans cet environnement sont les sages-femmes, les gynécologues obstétriciens, les auxiliaires de puériculture ou aides-soignantes, les anesthésistes et infirmiers-anesthésistes, parfois les cadres, plus fréquemment des étudiants sages-femmes ou externes étudiants en médecine et internes en gynécologie et obstétrique.

Dans ces murs se jouent des moments clés qui marqueront la vie des femmes et qui sont de l'ordre de l'intime. Les différents actes réalisés vont de l'accueil en consultation avec un interrogatoire, la prise de constantes, un monitoring, un examen gynécologique, une échographie, la ponction d'un bilan sanguin, à la réalisation d'un accouchement, voire d'une césarienne.

La plupart des accouchements se déroulent de manière physiologique, mais restent un « chamboulement » pour les couples et un moment intense en émotions. Chaque femme, selon son histoire et sa personnalité ressentira les choses différemment. La place du soignant est alors primordiale. Il doit être rassurant sans être infantilisant, informer des risques sans dramatiser la situation. La communication est très importante, tant verbale que non verbale, pour accompagner les couples.

Bien souvent, l'urgence s'invite dans la prise en charge, que ce soit lorsqu'une femme arrive sur le point d'accoucher, lorsque le rythme cardiaque du fœtus présente des anomalies, lorsque que les saignements en post-partum ne se tarissent pas et que l'on atteint le seuil de 500 millilitres, qui signifie une hémorragie. Ce sont autant de situations qui nécessitent une action rapide et efficace de la part des soignants. Elles peuvent engendrer stress et nervosité chez les professionnels et accroître la vulnérabilité des femmes.

La communication peut parfois être mise à mal, le soignant étant concentré sur la gestion de l'urgence. Ce sont des situations propices aux violences obstétricales.

7) L'éthique clinique

L'éthique désigne la réflexion morale sur nos actions, une réflexion toujours renouvelée, flexible, qui s'adapte aux circonstances particulières. Elle est le reflet du pluralisme moral qui existe aujourd'hui.

« L'éthique clinique touche toutes les décisions, incertitudes, conflits de valeurs et dilemmes auxquels les médecins et les équipes médicales sont confrontés au chevet du patient, en salle d'opération, en cabinet de consultation ou en clinique et même au domicile » David J. Roy, 1995. [44]

L'éthique clinique est une spécialité interdisciplinaire. Elle est indispensable pour analyser des situations cliniques posant problème, aider et accompagner une prise de décision difficile. Elle place le patient au centre de la réflexion, en tenant compte de sa situation médicale, de ses souffrances, de son histoire personnelle et familiale ainsi que de sa volonté.

Pour l'étude éthique de ce mémoire, je me suis appuyée sur la théorie éthique Principiste décrite par T. Beauchamp et J. Childress en 1979, qui est la « méthode » fondatrice de l'éthique biomédicale. [45]

Celle-ci se base sur quatre principes, dont aucun n'est premier :

- L'autonomie : c'est la liberté et la capacité de penser par soi-même et d'agir conformément à ses propres décisions. Elle repose sur la liberté de décision, en absence de toutes contraintes externes (proches, médecins) et/ou internes (pulsions, angoisses). Elle dépend des facultés de compréhension de chaque individu. Elle n'est pas figée dans le temps et doit être évaluée à chaque fois.
- La bienfaisance : C'est le fait d'agir pour le bien de la personne. Elle se décompose en principe de bénéfice positif (c'est à dire procurer un bien) et en principe d'utilité (c'est à dire procurer le plus de bien possible). On la différencie de la bienveillance qui repose sur la volonté du bien de l'autre et non sur l'action.
- La non malversation : Ne pas infliger de préjudice intentionnellement. On s'abstient d'agir pour ne pas faire de mal. Ce principe s'inspire du *primum non nocere* qui signifie « principalement ne pas nuire ». C'est l'obligation morale de ne pas faire de tort intentionnellement à autrui.
- La justice : c'est la distribution juste et équitable des soins, des bénéfices et des risques dans un contexte de rareté. Ce principe n'intègre pas seulement le caractère légal ou économique. Il promeut l'équité, qui est la volonté de comprendre les gens et de leur donner ce dont ils ont besoin pour s'épanouir.

8) Du modèle paternaliste au modèle autonomiste :

Depuis la loi du 4 mars 2002, on assiste à une évolution de la relation soignant-soigné, qui tend davantage vers l'équilibre.

Le modèle paternaliste est caractérisé par une relation « verticale » entre le soignant et le soigné. Ce dernier ne possédant pas les connaissances scientifiques, il se trouve en position d'infériorité. Le médecin a tous les pouvoirs. Il détient le savoir et prend les décisions pour le patient, qui se tait. Le soignant décide et agit selon ses propres valeurs, et non selon celles du patient. Dans les années 1980-1990, cette attitude n'est pas rare chez les soignants bien que les prises en soins tendent à évoluer.

Dans les années 2000 et grâce à la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le patient se retrouve au centre de sa prise en charge. En effet, on insiste sur l'importance de l'information et du consentement. Les malades peuvent alors devenir acteurs de leurs parcours de soins et prendre des codécisions en accord avec le corps médical. De ce fait, les professionnels de santé intègrent davantage les dimensions familiales, psychologiques, culturelles, professionnelles et sociales dans les décisions qui concernent le patient. [46]

9) Les pratiques obstétricales en salle de naissance et l'éthique clinique

Les soignants, en salle d'accouchement, accompagnent les couples et plus particulièrement les femmes enceintes, lors d'un moment clé qui est la mise au monde de leur enfant. Cette étape peut être riche en émotions et stressante pour les femmes. La douleur liée aux contractions de début de travail peut renforcer l'appréhension des patientes. C'est le rôle des professionnels de santé d'accompagner, de rassurer les femmes, tout en prenant en charge leur douleur. Pour cela, il est nécessaire de réaliser certains actes qui peuvent être douloureux ou qui touchent à la pudeur des patientes : la pose d'une perfusion ou la réalisation d'un toucher vaginal. Il convient alors de prendre le temps d'informer et de recueillir le consentement des patientes avant chaque geste à effectuer.

Certaines situations peuvent rendre la communication difficile : lorsqu'une patiente ne parle pas le français, ou si elle est très algique, ou encore lors d'un contexte d'urgence où le soignant doit agir rapidement.

Avant l'accouchement en lui-même, le travail dure souvent de longues heures, pendant lesquelles les sages-femmes effectuent une surveillance rapprochée. Celle-ci passe par l'examen du col, aussi appelé toucher vaginal. Ce geste est réitéré selon les recommandations, toutes les deux à quatre heures en phase de latence ou toutes les heures lors de la phase active du travail. [38] Le risque, lorsqu'on renouvelle à plusieurs reprises un geste auprès de la même patiente, c'est que le soignant le « banalise » quelque peu et que le recueil du consentement soit peu à peu oublié.

En salle de naissance il y a également des situations où il faut agir en urgence. Certains de ces actes peuvent être perçus ou ressentis comme des violences obstétricales par les patientes.

Une naissance rapide peut être nécessaire, en cas d'anomalie du rythme cardiaque fœtal par exemple. Dans ce cas, tout se passe au plus vite, l'information donnée n'est pas toujours de qualité et la compréhension est alors difficile. Le soignant ne peut expliquer en détails les bénéfices et risques d'un acte dans ce contexte, que ce soit une épisiotomie, une extraction instrumentale, une dystocie des épaules ou une césarienne en urgence.

Les patientes vivent aussi des violences obstétricales lorsque leur douleur n'est pas ou insuffisamment prise en charge. Cela peut se produire lors d'un travail rapide, où il n'est pas possible de mettre en place l'analgésie péridurale, lorsque celle-ci n'a pu agir suffisamment au moment de la naissance, d'autant plus si une extraction instrumentale est réalisée en urgence. Cela arrive également lors d'une délivrance artificielle ou révision utérine dans un contexte d'hémorragie du post-partum ou en cas d'activité importante dans le service, si toutes les salles de naissance sont occupées.

D'autres gestes peuvent provoquer des traumatismes, non pas à cause de la douleur engendrée mais de par la brutalité qui est associée à ces actes. Par exemple, lors d'une extraction instrumentale, l'obstétricien applique une force de traction sur la ventouse ou les forceps. Cela peut être impressionnant et choquer le couple. Il en va de même pour les versions par manœuvre externe, nécessaires pour modifier la présentation d'un fœtus en siège en présentation céphalique.

Les patientes peuvent également être victimes d'autres violences psychologiques. Elles sont parfois dues à des paroles agressives ou blessantes et attitudes déplacées de la part des soignants. Par exemple, lorsqu'un professionnel lève les yeux au ciel devant les plaintes de la patiente ou lui reproche une mauvaise efficacité lors des efforts expulsifs. Les parturientes se sentent alors dénigrées, rabaisées et risquent de perdre confiance en l'équipe soignante, en elle, et en leur capacité à devenir mère.

Cette liste n'est pas exhaustive mais elle regroupe selon moi une partie des causes de violences obstétricales en salle de naissance.

Malgré ma mince expérience en tant que sage-femme, qui se résume à un an et demi d'exercice en salle de naissance, j'ai pu être confrontée à des violences obstétricales et même en être l'auteur. Ce constat m'a alertée, m'a amenée à me questionner encore davantage sur ce sujet, à réfléchir à ma formation, à mes pratiques ainsi qu'à celles de mes collègues.

Dans la suite de ce mémoire de fin d'études, nous allons présenter notre questionnaire et en extraire les données.

Deuxième partie : Présentation de l'étude

1) Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive grâce à une diffusion de questionnaires (annexe I) de juin à octobre 2020. Ils ont été transmis par email aux professionnels de santé, par l'intermédiaire des médecins chefs du service de salle de naissance ou des sages-femmes cadres. Nous pouvons qualifier notre étude de bicentrique, car nous avons interrogé les soignants du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes et du Centre Hospitalier Départemental de Vendée de La Roche sur Yon.

Le questionnaire était accessible par un lien hypertexte via internet grâce au logiciel Google Forms®.

1.1) Objectifs

Les objectifs principaux de cette étude sont de savoir si les gynécologues-obstétriciens et sages-femmes, qui exercent en salle de naissance, se sentent concernés par la problématique des violences obstétricales et, s'ils peuvent évoquer des causes et des solutions pour lutter contre ces violences obstétricales.

Les objectifs secondaires sont :

- de recueillir les témoignages de professionnels de l'obstétrique afin de savoir s'ils ont pu se sentir, dans certaines situations, malfaisants.
- de déterminer si la médiatisation des violences obstétricales a impacté leurs pratiques.

1.2) Hypothèses

Pour répondre à notre problématique, nous avons émis des hypothèses :

- La salle de naissance et les urgences gynécologiques sont des lieux propices à l'émergence de violences obstétricales car les soignants y effectuent des actes qui touchent à l'intimité et où des urgences surviennent.
- De ce fait, les sages-femmes et gynécologues-obstétriciens en salle de naissance ont tous été témoins ou auteurs de violences obstétricales au cours de leur carrière.
- En salle de naissance, les urgences favorisent la survenue des violences obstétricales. Elles engendrent du stress chez les professionnels de santé, et nécessitent d'agir vite ; ce qui peut compliquer la délivrance de l'information et le recueil du consentement de la patiente.

La brutalité qui peut être perçue pour certains gestes nécessitant une traction (ventouse, forceps..) ou pouvant être douloureux (DA/RU) favorisent également les violences obstétricales.

- Des soignants fatigués, dans un service saturé sont probablement moins à l'écoute des patientes et ces dernières peuvent davantage ressentir des violences obstétricales.
- Lorsque la charge de travail est importante, les soignants appliquent les protocoles et manquent de temps pour les adapter à chaque patiente (position d'accouchement et projet de naissance). Ils sont également moins disponibles pour les patientes en début de travail, qui peuvent se sentir délaissées pour gérer leur douleur.
- Le fait de répéter certains actes, comme les touchers vaginaux ou les échographies endo-vaginales, au cours de la journée (ou au cours d'une carrière), peut tendre à une banalisation de ceux-ci par le professionnel de santé. Il risque alors d'être plus bref dans ses explications et moins attentif au consentement du patient.
- Les cours lors des études, les formations et les journées de simulation pour les professionnels de santé sont des outils précieux pour prévenir la survenue de ces violences.
- La polémique autour des violences obstétricales a été perçue comme une attaque par les soignants. Beaucoup estiment être déjà très vigilants lors de leur pratique, malheureusement certains restent négligents.

1.3) Critères d'inclusion

Nous avons inclus les sages-femmes et gynécologues-obstétriciens qui exercent en salle de naissance ou aux urgences obstétricales du CHU de Nantes et du CHD Vendée, ayant accepté de répondre au questionnaire. Notre étude étant rétrospective, il est important de préciser que certains faits, rapportés par les soignants, peuvent avoir eu lieu dans d'autres établissements de santé, puisqu'elle porte sur l'ensemble de leur carrière.

1.4) Questionnaire

Il est composé de 6 parties. La première est consacrée au relevé d'informations sur les professionnels de santé ayant répondu au questionnaire. Les suivantes permettent d'évaluer leurs connaissances autour du concept de violences obstétricales, les déterminants qui selon eux provoquent l'apparition des violences, ainsi que les méthodes qu'ils estiment efficaces pour lutter contre.

De plus, ce questionnaire permet aux professionnels de décrire si, et dans quelle situation, ils ont pu être témoin ou auteur de violences. En outre, il les interroge sur l'impact de la médiatisation des violences obstétricales sur leur pratique.

Il est important de préciser que nous ne souhaitons en aucun cas accuser ou stigmatiser les professionnels de santé. Ce travail a pour but de discuter autour des violences obstétricales. Il se vaudra le plus objectif possible.

1.5) Recueil et traitement des données

Les réponses ont été collectées sur un document Google Docs® relié au questionnaire, puis les données ont été saisies sur un document Microsoft Excel®.

2) Résultats

Nous avons recueilli 75 réponses à notre questionnaire, dont 73 par des femmes soit 97.3% et 2 par des hommes soit 2.7%.

2.1) Description de la population étudiée

Genre	nombre	%
Femme	73	97,3
Homme	2	2,7
Age		
20-34 ans	40	53,3
35-45 ans	29	38,7
> 45 ans	6	8
Profession		
Sage-femme	67	89,3
Gynécologue-obstétricien	8	10,7
Années d'exercice		
Moins de 5 ans	18	24
5 à 10 ans	18	24
> 10 ans	39	52

La population étudiée est composée en grande majorité de femmes (97%).

Les professionnels ayant le plus répondu sont âgés de moins de 34 ans (53,3%). 38% des soignants interrogés ont entre 35 et 45 ans et 8% ont plus de 45 ans.

Les sages-femmes sont majoritairement représentées, à 90%. Ce qui explique que notre population soit presque exclusivement féminine. Dans la région Pays de La Loire, 97.3% des sages-femmes sont des femmes. [47]

Les gynécologues-obstétriciens représentent eux 10% des répondants à notre questionnaire. Cette profession est composée majoritairement de femmes (54%). [48]

Lorsque l'on s'intéresse à l'expérience professionnelle en salle de naissance : 24% des soignants exercent depuis moins de 5 ans, 24% également depuis 5 à 10 ans et 52% depuis plus de 10 ans.

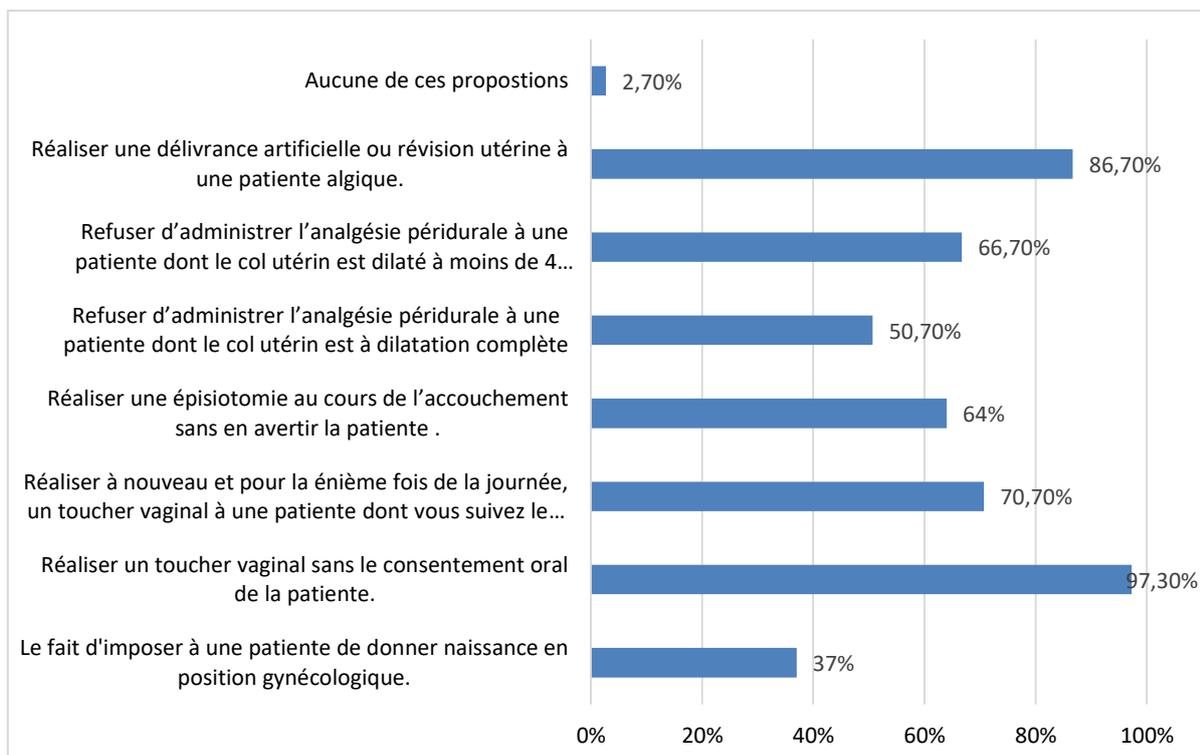
2.2) Concept de violences obstétricales

2.2.1) Positionnement par rapport aux violences obstétricales

Nous avons choisi de débiter la seconde partie du questionnaire en interrogeant les professionnels sur ce qui, pour eux, s'apparentait au terme de violences obstétricales. Volontairement, la définition des violences obstétricales n'apparaît que plus tard dans notre étude, afin qu'ils puissent choisir librement les exemples qui leur parlent le plus. Pour cette question il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Cependant, si l'on étudie la définition des violences obstétricales, tous les exemples présents y correspondent.

Les exemples proposés ont été sélectionnés car ils se produisent fréquemment lors de la pratique professionnelle des soignants en salle de naissance.

Figure 1 : Représentation des propositions qui s'apparentent au concept de violences obstétricales selon les professionnels de santé exerçant en salle de naissance



Nous remarquons que, pour 97,3% des professionnels interrogés, le fait de réaliser un toucher vaginal sans le consentement de la patiente est une violence obstétricale.

Il est intéressant de noter qu'ils ne sont plus que 71% à considérer que le toucher vaginal non consenti est une violence obstétricale, lorsque celui-ci est répété au cours de la journée et que la patiente y a déjà consenti.

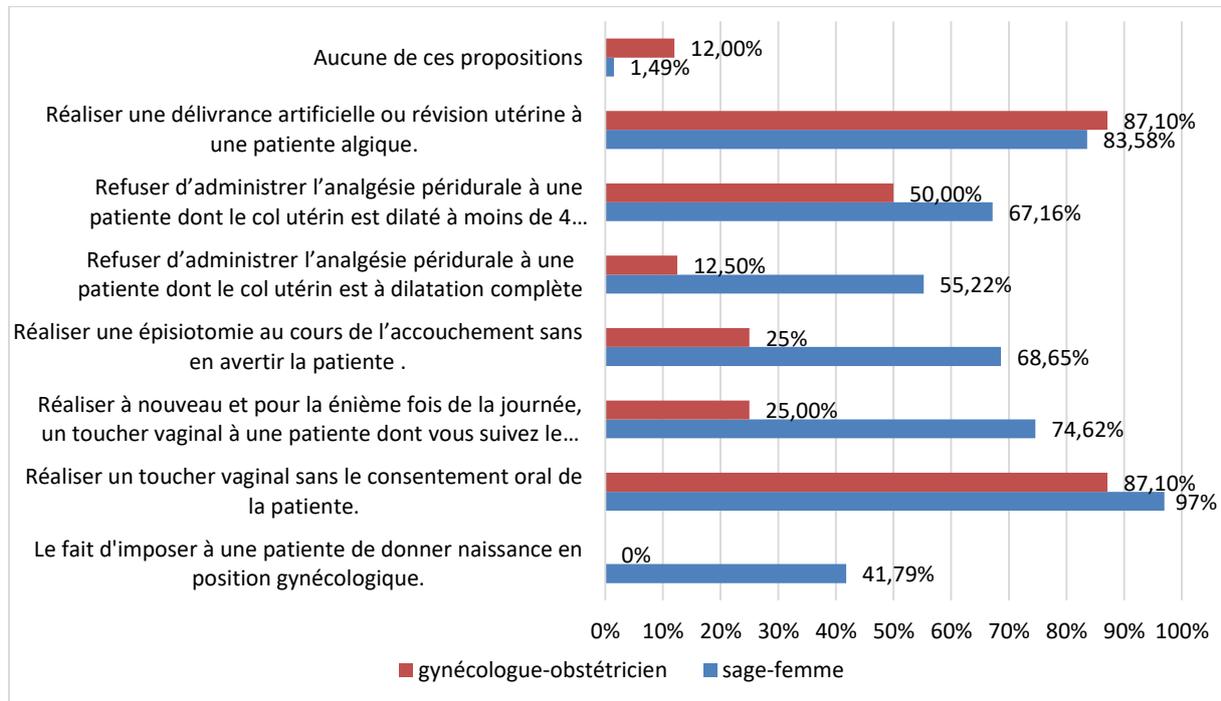
Les soignants s'accordent également à 87% sur le fait que la réalisation d'une délivrance artificielle ou révision utérine sur une patiente algique, est une violence obstétricale. Dans cet item, deux paramètres sont à prendre en compte : à la fois l'absence de prise en charge de la douleur et la notion d'urgence (parfois vitale).

Deux autres items faisaient référence à l'absence de prise en charge de la douleur. Le refus de poser l'analgésie péridurale avant 4 cm est une violence obstétricale pour 67%. Le même refus lorsque la patiente est à dilatation complète est, pour la moitié des soignants interrogés, une violence obstétricale (51%).

L'épisiotomie : ce geste médical qui a été au cœur de la médiatisation des violences obstétricales, est considéré comme tel, par 64% des soignants interrogés, lorsqu'il est fait sans avertir la parturiente. Nous pouvons supposer que, pour les 36% restants, le contexte d'urgence dans lequel l'épisiotomie est le plus fréquemment réalisée, peut justifier l'absence de consentement.

Enfin, la position gynécologique, soit le fait d'imposer à la femme de donner naissance en décubitus dorsal, s'apparente au concept de violences obstétricales, pour 37% des soignants seulement.

Figure 2 : Représentation des propositions qui s'apparentent au concept de violences obstétricales selon gynécologues-obstétriciens et sages-femmes exerçant en salle de naissance



Cette représentation nous permet d'analyser les différences de points de vue selon la profession des soignants interrogés.

Tant chez les sages-femmes que les gynécologues-obstétriciens, une personne estime qu'aucune de ces propositions n'est une violence obstétricale. Une différence est cependant visible en terme de pourcentage. Elle est due au faible effectif de gynécologues-obstétriciens dans notre population (N=8).

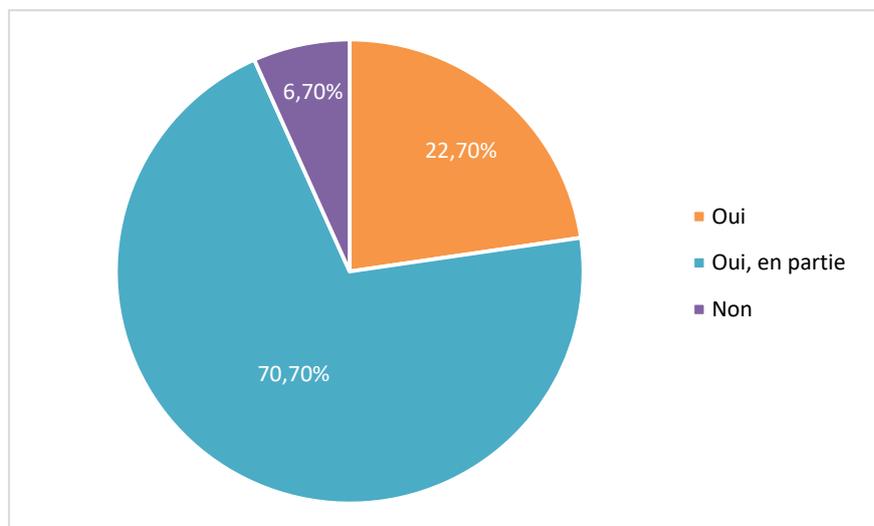
Les deux professions s'accordent sur le fait que, réaliser un toucher vaginal sans le consentement de la patiente, est une violence obstétricale. En revanche, lorsque cet acte est répété, l'absence de consentement reste une violence obstétricale, pour 74.62% des sages-femmes et 25% des gynécologues-obstétriciens.

De même, réaliser une épisiotomie sans consentement est une violence obstétricale pour 68.65% des sages-femmes et seulement un quart des gynécologues-obstétriciens. Seules les sages-femmes, à 41,79%, estiment que la position gynécologique imposée pour l'accouchement est une violence obstétricale.

2.2.2) Connaissance de la définition des violences obstétricales.

Le questionnaire se poursuit en présentant une des définitions des violences obstétricales selon la juriste Marie-Hélène Lahaye : « tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente, intentionnellement ou non ». [9] Nous avons demandé aux praticiens si, sans lire cette définition, ils savaient expliquer les violences obstétricales.

Figure 3 : Saviez-vous définir le concept des violences obstétricales ?

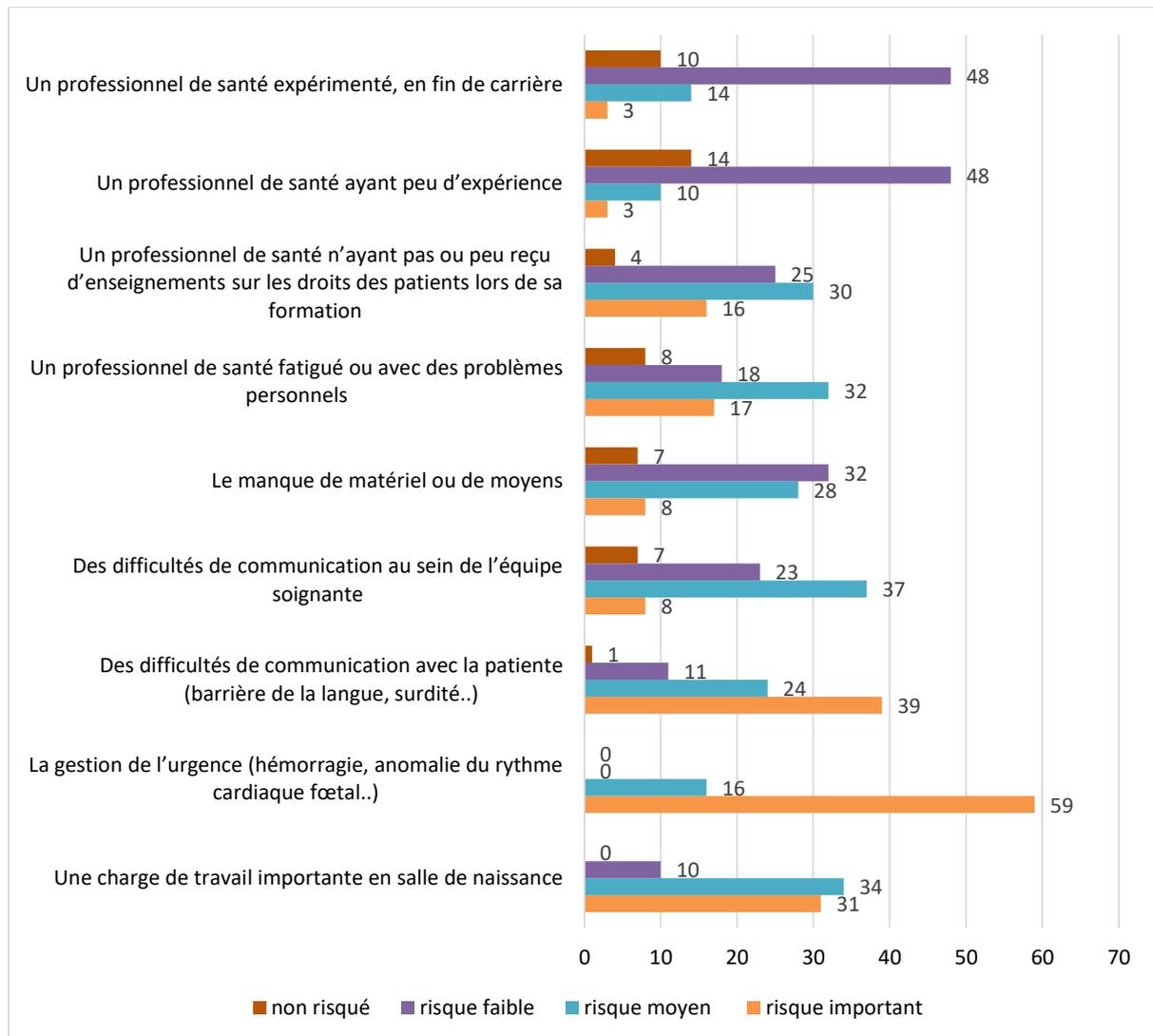


La figure précédente met en évidence une bonne connaissance du concept des violences obstétricales par les soignants interrogés, puisque 93% d'entre la connaissent au moins en partie. Seulement 6,7% disent le contraire.

2.3) Facteurs favorisant l'émergence des violences obstétricales

Dans notre étude, nous avons interrogé les professionnels de santé sur les facteurs qui, selon eux, risquaient d'augmenter l'apparition des violences obstétricales.

Figure 4 : Représentation des facteurs favorisant l'émergence des violences obstétricales, classés selon leur niveau de risque par les professionnels de santé



La gestion de l'urgence est le facteur le plus susceptible de provoquer des violences obstétricales, d'après les soignants en salle de naissance. En effet, ils sont 59, soit 78%, à classer cet item en tant que risque important et 16, soit 21%, à le classer en tant que risque moyen.

Une charge de travail conséquente est à fort risque pour 31 d'entre eux, soit 41%, et à risque moyen pour 34 d'entre eux, soit 45%.

C'est ensuite l'item « difficultés de communication avec la patiente » qui semble jouer un rôle majeur puisque 39 soignants, soit 52%, estiment qu'il est à risque important et 24 d'entre eux, soit 32%, à risque moyen.

Lorsqu'un professionnel de santé est fatigué ou à des problèmes personnels, c'est une situation à risque important ou moyen pour 49 soignants, soit 65%.

De la même façon, un professionnel de santé qui n'a pas ou peu reçu d'enseignement sur les droits des patients lors de sa formation, est une situation à risque important ou moyen pour 46 soignants, soit 51%.

En sixième position, nous avons l'item « difficultés de communication au sein de l'équipe soignante » qui est à risque moyen pour 37 professionnels, soit 49%.

Le fait de manquer de matériel ou de moyens est à risque moyen pour 28 soignants, soit 37%, et à risque faible pour 32 d'entre eux, soit 42%.

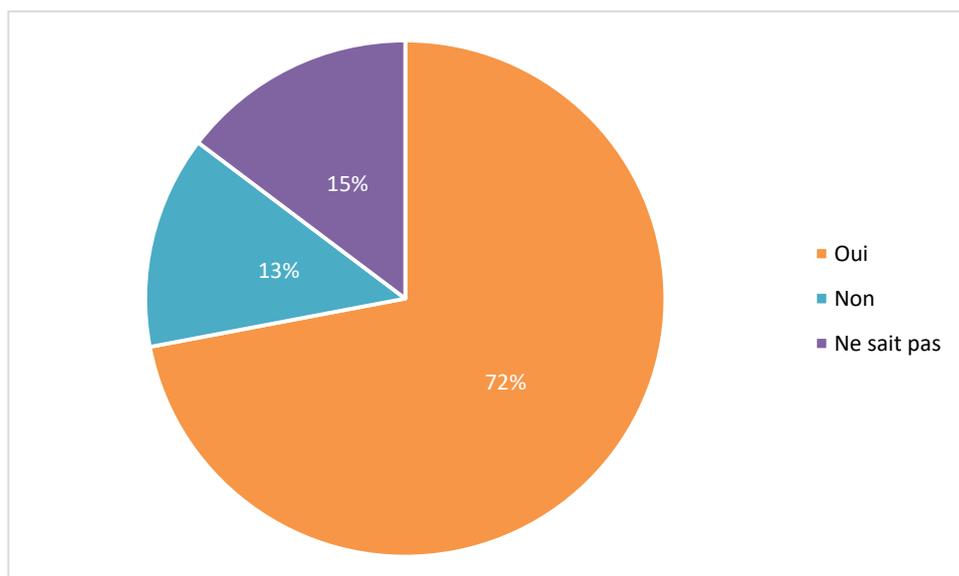
L'expérience du soignant n'est pas un facteur de risque majeur selon les professionnels interrogés, qu'il soit en début ou fin de carrière. Ils estiment que le risque est faible à 64% (48), voir nul respectivement à 18% (14) et 13% (10).

2.4) Confrontation aux violences obstétricales

2.4.1) Situations de violences obstétricales lors de l'exercice professionnel

L'étude réalisée interrogeait les soignants :

Figure 5 : Lors de votre exercice professionnel avez-vous déjà été confronté à des violences obstétricales ?



Nous constatons que 72% des professionnels interrogés ont déjà été confrontés à une ou des situations relevant des violences obstétricales au cours de leur carrière. Pour les 28% restants : 15% ne savent pas et 13% déclarent ne jamais y avoir été confrontés.

Les soignants ayant répondu favorablement à cette question avaient la possibilité de décrire la ou les situations vécues. Nous avons recueilli 40 témoignages.

En analysant ces récits, nous pouvons mettre en avant plusieurs situations engendrant des violences obstétricales, qui sont citées de façon récurrente :

- la douleur (d'une parturiente, non prise en charge) citée dans 27 témoignages,
- l'absence de recueil du consentement, souvent associée à un manque d'explication, est citée 11 fois,
- l'urgence (bradycardie fœtale, césarienne ou exaction en urgence) citée 7 fois,
- des propos ou gestes inappropriés du soignant envers la patiente sont cités 7 fois,
- des difficultés de communication avec la patiente (barrière de la langue) citées 6 fois,
- le non-respect de la pudeur est cité à 4 reprises,
- le manque de moyens ou de matériel est évoqué une fois.

Certains actes ou gestes réalisés par les soignants sont propices à l'émergence de violences obstétricales. Ils sont cités de façon répétée dans les récits :

- les actes invasifs ou brutaux (extractions instrumentales, délivrance artificielle et révision utérine, césarienne) sont évoqués 22 fois,
- les touchers vaginaux ou décollement des membranes (DPIO) sont cités 9 fois,
- l'épisiotomie est citée 6 fois,
- l'expression abdominale pendant les efforts expulsifs est citée 3 fois.

Reprenons les situations ou actes les plus cités, illustrés par quelques témoignages :

Le plus souvent, lorsque les professionnels évoquent la douleur d'une patiente, il s'agit d'une analgésie peu efficace ou absente, lors de gestes douloureux :

- « Plusieurs fois, des révisions utérines pratiquées sur des patientes pas complètement soulagées par leur anesthésie »,
- « Commencer une césarienne urgente sans que la patiente soit bien soulagée, ils ont finalement attendu que l'anesthésiste fasse une AG ».

Ici, deux situations où le consentement n'a pas été recueilli :

- « Faire un décollement des membranes sans avertir la patiente »,
- « TV et examen sous spéculum sans consentement par une sage-femme ».

Parfois, c'est l'urgence qui engendre les violences obstétricales :

- « patiente très algique lors d'une extraction instrumentale pour bradycardie ».

Certains répondants rapportent des situations, où les propos ou gestes du soignant envers la patiente, étaient inappropriés :

- « Une patiente agitée pendant la phase d'expulsion, qui hurlait, et la sage-femme lui mettant la main sur la bouche pour ne pas l'entendre »,
- « Un médecin mettant une claque sur la cuisse d'une patiente pour qu'elle se calme ».

Les difficultés de communication avec la patiente sont aussi présentes dans les récits des soignants :

- « Épisiotomie sur une patiente seule ne parlant pas français »,
- « Abstention d'explication pour des patientes ne parlant pas le français ».

Il arrive que la pudeur ne soit pas respectée :

- « trop de personnes présentes au cours d'un accouchement, aucun respect de l'intimité de ma patiente. ».

Un manque de moyen ou de matériel peut aussi engendrer des situations de maltraitances obstétricales :

- « une dame souhaitant une péridurale mais pas de salle de naissance de libre donc des heures de souffrances ».

Les actes invasifs ou brutaux sont propices aux violences :

- « Révision utérine douloureuse. Extraction instrumentale difficile »,
- « RU alors que la patiente est très algique ».

Bien souvent, les touchers vaginaux ou décollement des membranes (DPIO) sont impliqués :

- « réalisation de TV sans préavis, sans pudeur, dans la précipitation »,
- « Une sage-femme ayant décollé les membranes sans avoir expliqué, ni même demandé le consentement de la patiente ».

L'épisiotomie est un geste à risque :

- « épisiotomie réalisée par le médecin pour (je cite) "motiver" la patiente »,
- « Un médecin du service a longtemps pratiqué des épisiotomies largement plus grandes que nécessaire, avant même l'application du périnée, car il était convaincu qu'elles prévenaient de l'incontinence urinaire ».

Certains extraits évoquent l'expression abdominale :

- « Expression abdominale lors des efforts de poussée, de plus sans prévenir la patiente et sans raison médicale (EE depuis 10mn et un ERCF bon) »,

- « Lors d'un accouchement d'une primipare parlant peu le français en tant qu'étudiante, la sage-femme a jugé les efforts expulsifs de la femme insuffisants, et à pratiquer une expression utérine, malgré la douleur que ce geste lui a provoqué et les tentatives de la femme de retirer la main de la sage-femme de son ventre ».

Pour rappel, cette étude étant rétrospective, il est possible que ces récits proviennent de situations anciennes.

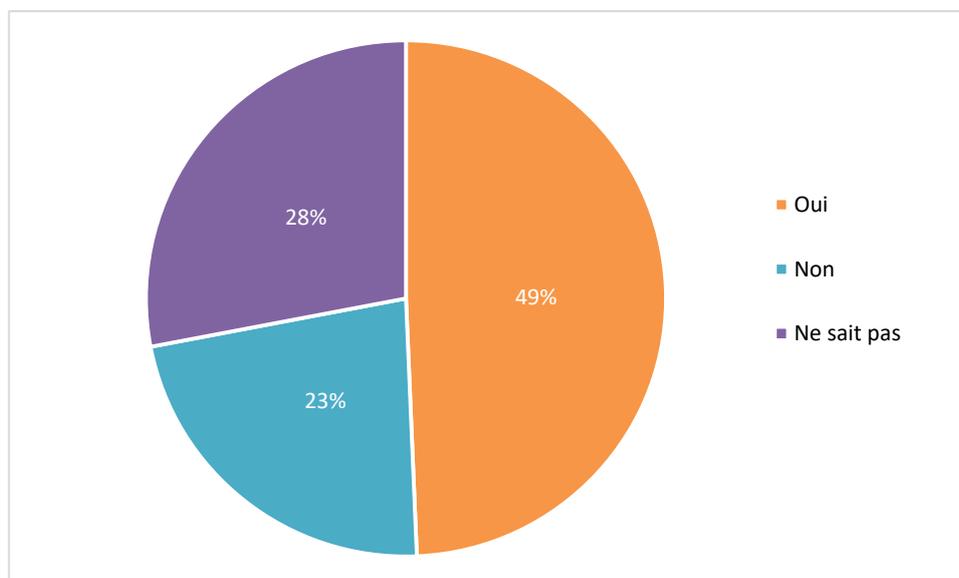
L'absence de prise en charge de la douleur et les actes invasifs sont les 2 points qui ressortent majoritairement de ces récits. Cependant, le plus souvent c'est un cumul de plusieurs facteurs qui amène à une situation violente :

- « Forceps et épisiotomie sur une patiente seule ne parlant pas français et sans péridurale »
- « Manœuvre de Jacquemier réalisée chez patiente ne comprenant pas le français et n'ayant pas d'APD »
- « Forceps sans péridurale sur une dame souhaitant une péridurale mais pas de salle de naissance de libre donc des heures de souffrances et bradycardie d'expulsion donc extraction ».

2.4.2) Situations où le soignant est l'auteur de violences obstétricales

Dans la suite de l'étude, nous avons demandé aux professionnels de l'obstétrique, s'ils pensaient avoir pu être à l'origine de violences obstétricales.

Figure 6 : Pensez-vous, involontairement, avoir pu être l'auteur de violences obstétricales ?



Presque la moitié de notre effectif, 49% affirment avoir pu être auteurs de violences obstétricales. Seulement 23% pensent ne pas l'avoir été, et 28% ne savent pas.

Les professionnels le souhaitant, avaient la possibilité de détailler la ou les situations où ils se sont sentis à l'origine de violences obstétricales. Tout comme lorsqu'ils avaient été témoins de ces situations, nous avons analysé leurs récits.

Cette fois, ce sont les situations d'urgences qui ont été décrites en majorité : à 12 reprises sur 28 témoignages.

- « Hémorragie grave de la délivrance.. »
- « Dans les situations d'urgences où il n'est pas toujours évident d'expliquer clairement et d'obtenir le consentement pour chaque acte »
- « Épisiotomie dans l'urgence (bradycardie fœtale) »

Les cas, également beaucoup cités, sont la douleur non soulagée chez une patiente algique, ainsi que l'absence de recherche de consentement. Tous deux sont présents dans 11 témoignages dont voici quelques extraits :

- « Dans les situations où il faut déclencher le travail, et que l'on doit connaître les conditions locales pour choisir le type de maturation ou déclenchement, même si l'examen est douloureux on cherche absolument à connaître l'état du col, alors on insiste pour le trouver même s'il est postérieur et difficile à attraper. Je suis mal à l'aise face à cette douleur provoquée par mon geste intrusif, même si la patiente a donné son accord. »
- « La réalisation d'une épisiotomie sans demande de consentement. »
- « J'ai sûrement examiné des patientes douloureuses, pensant faire mon travail mais sans leur consentement »
- « Ne pas redemander l'accord pour un TV après en avoir fait plusieurs dans la journée avec accord »

Cette dernière citation reprend l'exemple proposé au début de notre étude. Il illustre le fait que le consentement peut être considéré comme tacite au fil du temps. Lorsqu'un geste est répété auprès de la même patiente, il devient plus habituel, tend à être banal, même s'il touche la sphère intime. Le consentement, s'il a été donné plusieurs fois pour ce geste-là, risque d'être considéré comme acquis.

Les difficultés de communication avec les patientes ont été évoquées à 7 reprises :

- « Pas de possibilité de tout expliquer car barrière de la langue »
- « Examiner des patientes qui ne comprennent pas du tout le français. »

La problématique du manque de moyens est citée, là aussi, une seule fois et est illustrée par cet extrait :

- « Pas d'analgésie péridurale possible par manque de place ».

Un nouveau facteur pouvant engendrer des violences obstétricales est cité ici une fois :

- « Peut-être en ayant eu peu de patience pour expliquer les choses sur des patientes très vindicatives lors de gardes chargées ».

Il s'agit de la charge de travail importante qui peut peser sur les soignants.

Le non-respect de la pudeur n'est pas décrit dans ses situations. En revanche la problématique de la douleur est fréquemment citée.

Dans un des témoignages, une sage-femme dénonce le caractère systématique de certains actes :

- « Lors de mes études, on allait chercher le menton pour le dégagement, de manière systématique. Cela était douloureux et sans intérêt pour la patiente, mais jugé obligatoire par la sage-femme. Pareil pour les épisiotomies. »

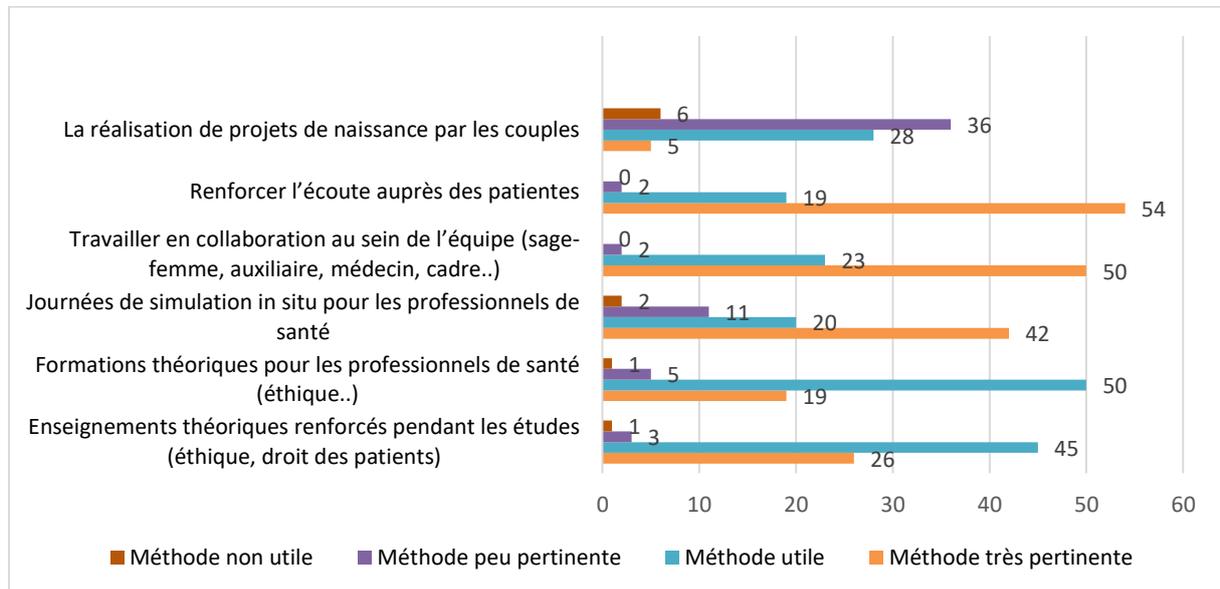
En effet, lorsqu'un geste est effectué de façon systématique pour chaque patiente sans en évaluer la pertinence, et qu'il est en plus douloureux, il entre dans la définition des violences obstétricales.

Les gestes, tels que les extractions instrumentales ou les révisions utérines, les touchers vaginaux et les épisiotomies ont tous été cités à 7 reprises au cours de ces récits :

- « Urgence d'une hémorragie de la délivrance, nécessitant une RU malgré mauvaise antalgie. »
- « Toucher vaginal fait sur une patiente avec vaginisme, en travail dans contexte d'ARCF »
- « Episiotomie sans le consentement »

2.5) Méthodes barrières, limitant l'émergence des violences obstétricales

Figure 7 : Représentation des méthodes pouvant limiter l'apparition de violences obstétricales, selon leur degré de pertinence



Selon les professionnels interrogés, le meilleur moyen d'éviter que des violences obstétricales ne se produisent est de renforcer l'écoute auprès des patientes. Ils sont 54, soit 72% à classer cette méthode dans la catégorie très pertinente et 19, soit 25% dans la catégorie utile.

Le fait de travailler en collaboration au sein de l'équipe de salle d'accouchement est pour 50, soit 66% d'entre eux, une méthode très pertinente et pour 23, soit 30%, une méthode utile. Le terme collaboration sous-entend qu'il y ait une bonne communication entre les différents membres de l'équipe, afin que le travail de chacun contribue à une prise en charge optimale des patientes.

Les journées de simulation pour les professionnels de santé, sont une méthode très pertinente pour 42 d'entre eux, soit 56%, et utile pour 20, soit 26%.

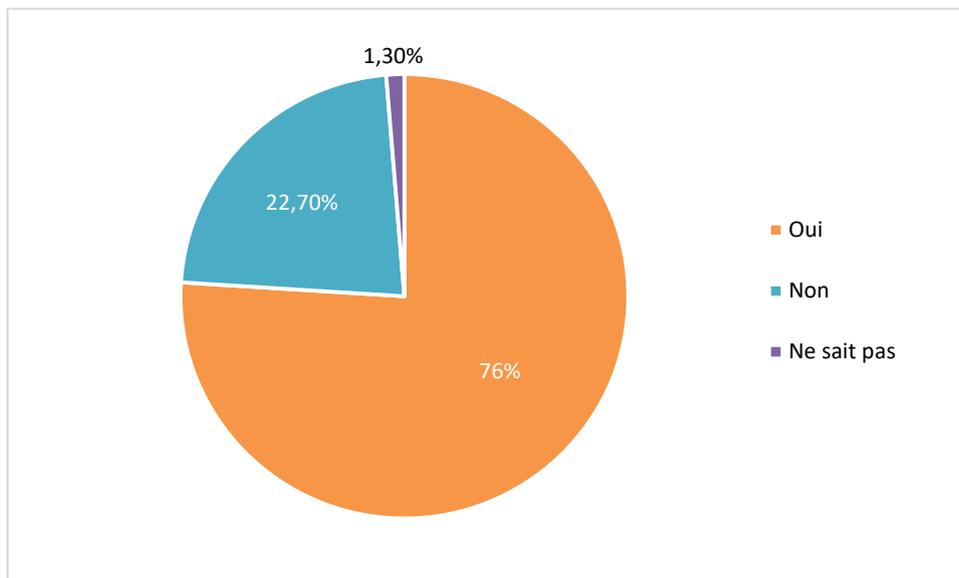
Les apports théoriques sont jugés comme méthode très pertinente à 34% (n=26) ou méthode utile à 60% (n= 45) lorsqu'il s'agit d'enseignements relatifs aux droits des patients ou à l'éthique pendant les études.

Lorsqu'il s'agit de formations théoriques relatives à l'éthique pour les professionnels de santé, ils sont jugés comme méthode très pertinente à 25 % (n=19) et comme méthode utile à 66% (n=50).

Les professionnels de santé sont partagés sur la pertinence de la réalisation de projets de naissance par les couples : en effet, cette méthode est peu pertinente pour 36 soignants, soit 48%, voire non utile pour 6, soit 8% d'entre eux. En revanche, ils sont 28, soit 37%, à la classer en méthode utile et 5, soit 6%, en méthode très pertinente.

2.5.1) Enseignements théoriques lors des études de santé

Figure 8 : Au cours de vos études, avez-vous reçu un enseignement abordant le consentement ou les droits des patients ?

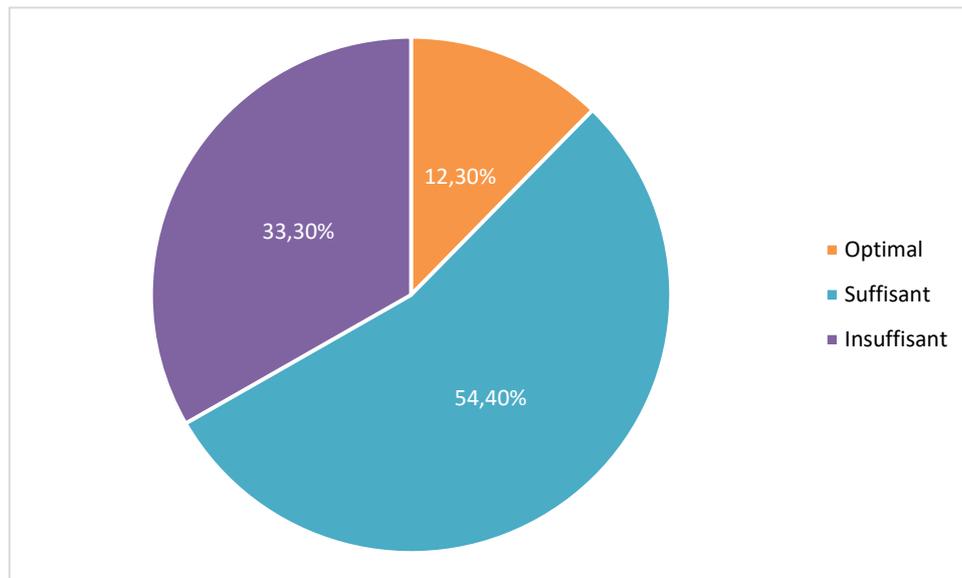


Nous pouvons constater que 76% des soignants interrogés ont reçu ces enseignements au cours de leurs études. Ce constat est plutôt positif, car un professionnel informé et éduqué sur ces sujets sera plus vigilant, sur le recueil du consentement notamment.

Malheureusement, 22.7% des professionnels n'ont pas eu ces enseignements. Par conséquent, ils sont moins sensibilisés.

Dans la suite de notre étude, nous avons demandé aux professionnels, ayant reçu cet enseignement au cours de leur formation, ce qu'ils en avaient pensé.

Figure 9 : Si vous avez eu cet apport théorique, pouvez-vous évaluer sa qualité ?

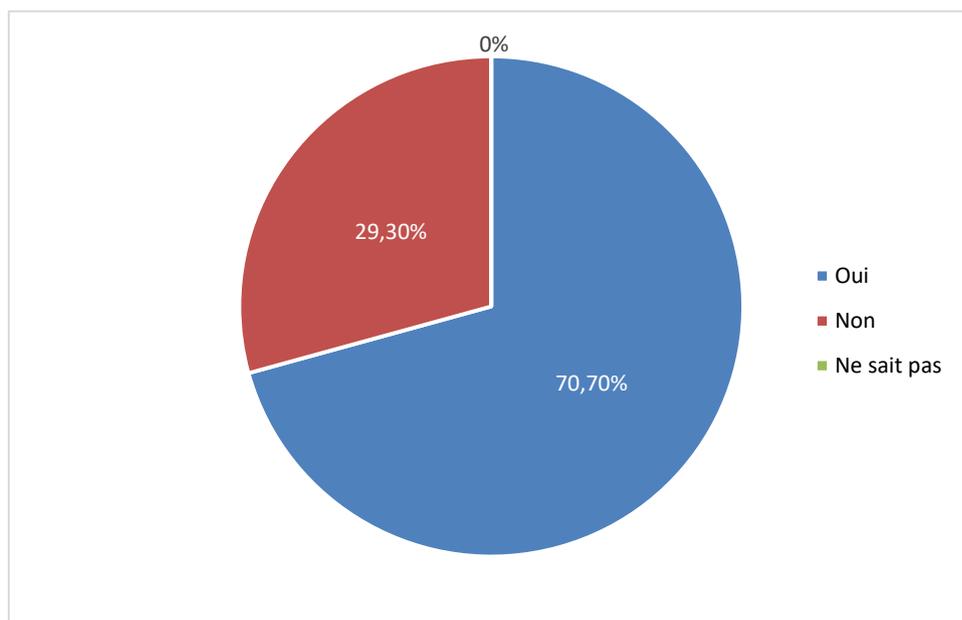


Là aussi, la conclusion est plutôt positive, puisque la majorité des soignants estime que l'enseignement reçu est suffisant (54,4%), voire optimal (12,3%).

Il reste cependant un tiers des soignants pour qui l'apport théorique était insuffisant.

2.5.2) Formation par simulation in situ pour les professionnels de l'obstétrique

Figure 10 : En tant que professionnel, avez-vous pu participer à une journée de simulation obstétricale ?



Notons que 70,7% (n=53) des professionnels de l'obstétrique interrogés ont pu participer à une journée de simulation.

Comme vu précédemment dans notre étude, les journées de simulation semblaient être une méthode très pertinente pour limiter l'apparition des violences obstétricales, pour 56% des soignants interrogés. Nous avons alors demandé à ceux qui avaient eu la chance d'y participer :

Quels bénéfices en avez-vous tiré, en lien avec la réduction des violences obstétricales ?

Nous avons eu 36 réponses que l'on peut diviser en 2 groupes :

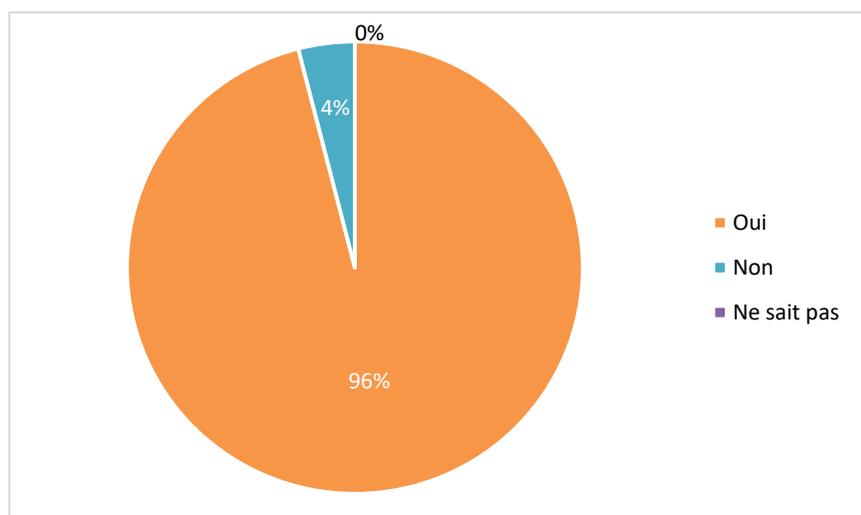
Pour 13 d'entre eux, cette formation n'apporte « pas de bénéfice concernant la réduction des violences obstétricales » car « le sujet n'était pas abordé ». Ou encore, il n'y a « pas de lien avec les violences obstétricales, uniquement basé sur la gestion de l'urgence ».

En revanche, pour les 23 autres réponses, ces simulations permettent de : « se rendre compte de la place de la communication dans la gestion de l'urgence : communication entre professionnels et avec la patiente » et de « même dans l'urgence gérer son stress et prendre le temps d'expliquer les gestes réalisés ». Ils évoquent également à plusieurs reprises « la gestion du stress » ainsi que « l'anticipation », « l'organisation ».

2.6) L'impact de la polémique des violences obstétricales sur les professionnels

Dans la suite de notre étude, nous avons souhaité interroger les soignants à propos de l'engouement médiatique qu'il y a eu autour des violences obstétricales, afin d'avoir leur ressenti. Tout d'abord, nous cherchons à savoir s'ils en avaient eu connaissance.

Figure 11 : Avez-vous entendu parler de la polémique autour des violences obstétricales ?



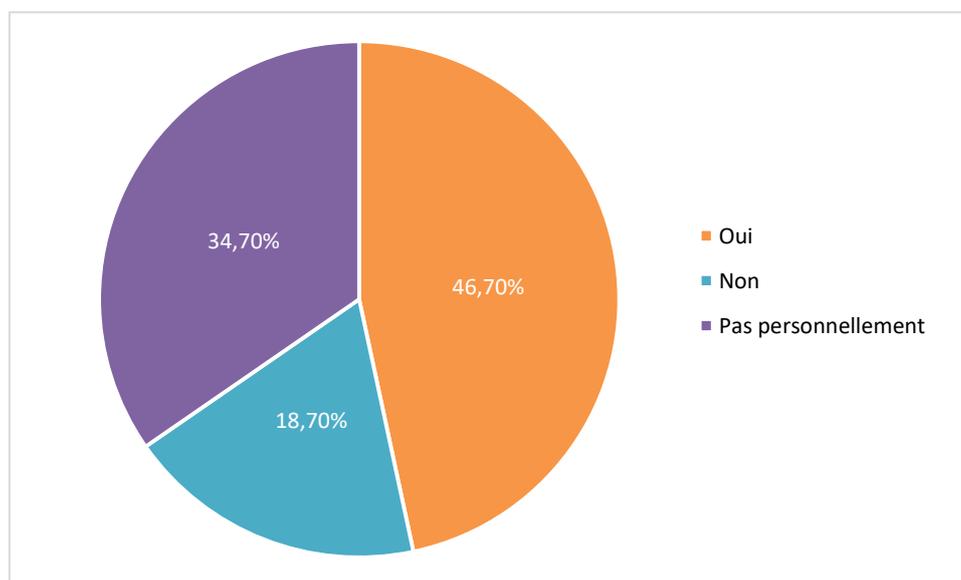
Une grande majorité déclare avoir eu connaissance de cette polémique. Ils sont seulement 3 sur 75 à dire le contraire.

2.6.1) La médiatisation des violences obstétricales : une attaque envers les soignants ?

Lors de cette polémique, certains professionnels ont pu se sentir attaqués. Ils dénonçaient même un véritable gynéco-bashing. C'est-à-dire un dénigrement de la profession, comme dans cet article paru dans Le Point : « La Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale s'insurge contre « les attaques que la profession subit depuis plusieurs mois sous forme de témoignages à travers des livres ou des blogs » ». [49]

Nous avons donc posé la question aux sages-femmes et gynécologues-obstétriciens.

Figure 12 : Vous êtes-vous senti « attaqué » en tant que professionnel de l'obstétrique ?

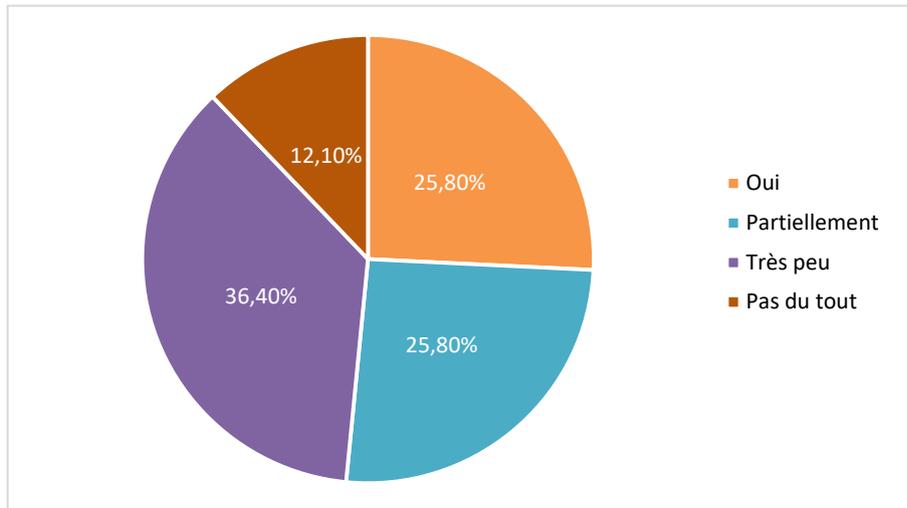


Presque la moitié d'entre eux, 46,7% disent s'être sentis attaqués en tant que soignants. Pour 34,70%, l'attaque ne les a pas touchés personnellement. Nous pouvons supposer qu'ils ne se sentaient pas directement concernés par ces reproches, considérant probablement qu'elles concernaient certains confrères. Enfin, 18,70% ne se sont pas sentis attaqués du tout.

2.6.2) La médiatisation des violences obstétricales : vers une évolution des pratiques ?

Nous avons ensuite cherché à savoir si, en ayant été alertés du vécu traumatique de certaines patientes, les soignants avaient modifié leur façon de travailler.

Figure 13 : Cela a-t-il fait évoluer votre pratique ?



Nous remarquons que seulement 12,10% des soignants interrogés n'ont pas modifié leur façon de travailler suite à la polémique. Ils sont plus de 50% à avoir fait évoluer leur pratique au moins partiellement, à la suite de cela. Pour 36,4%, l'évolution engendrée par la médiatisation des violences obstétricales est très faible.

Les soignants ayant répondu favorablement à cette question avaient la possibilité d'expliquer de quelle manière ils ont fait évoluer leur façon de travailler. Nous avons recueilli 39 témoignages.

Les 2 évolutions citées majoritairement sont liées au **consentement** et à la **communication** avec les patientes.

En effet, que ce soit le terme « accord », « autorisation » ou bien « consentement », ils reviennent à de nombreuses reprises. Les soignants expliquent rechercher ce dernier de façon plus systématique :

- « Demander systématiquement le consentement de la patiente avant de toucher / palper son utérus et avant les TV »,
- « Consentement moins tacite ».

La communication est elle-même citée à 6 reprises, mais elle peut se décomposer en « écoute » et « explications » / « informations » qui sont citées respectivement 7 et 13 fois. L'idée globale est une évolution vers une « meilleure communication avec les patientes, pendant et après l'accouchement », qui est permise grâce à des « explications encore plus poussées des gestes de soins ».

Les soignants déclarent :

- « On est plus vigilant sur l'information claire aux patientes ».
- « Amélioration de mon écoute et de mes explications ».

Toujours dans l'intention de renforcer la communication entre soignées et soignants, certains évoquent « l'importance des cours de préparation à la naissance et à la parentalité et du projet de naissance, pour avoir une base sur laquelle communiquer avec les couples ». Au cours de notre questionnaire, nous avons proposé le projet de naissance comme un potentiel outil pour limiter l'émergence des violences obstétricales. Cette proposition avait été jugée peu pertinente. C'est cependant un axe d'amélioration pour un des soignants interrogés, qui déclare accorder un « plus grand respect au projet de naissance ».

Dans notre étude, nous avons abordé certains facteurs qui favorisent l'émergence des violences obstétricales, tels que la barrière de la langue ou l'urgence. Les professionnels de santé en parlent en détaillant les modifications de leur pratique. Dans le but d'améliorer la communication, ils portent une « attention particulière envers les patientes ne parlant pas le français ».

Certains professionnels de l'obstétrique font de l'« anticipation des situations d'urgence avec les patientes ». Ils préviennent les patientes en amont, de ce qui pourrait peut-être se produire en urgence :

- « Je prends plus le temps d'expliquer ce qui pourrait se passer en cas d'urgence où le consentement n'est pas forcément demandé avant d'agir, mais si la patiente est au courant je pense que le moment venu elle sera moins surprise ».

D'autres, renforcent encore la communication autour de ces situations critiques en les reprenant avec la patiente à posteriori :

- « Je m'assure tous le temps que la patiente est en accord avec la prise en charge et surtout l'a bien comprise, débriefing après la gestion d'une urgence.. ».

Les modifications des pratiques concernent aussi des gestes en particulier. Les actes tels que l'épisiotomie et les touchers vaginaux ont été évoqués (respectivement 6 et 5 fois). Les professionnels disent y avoir recours le moins possible et, lorsqu'ils sont nécessaires, ils recherchent davantage le consentement de la patiente. Voici quelques extraits permettant d'illustrer ceci :

- « Mes TV étaient automatiques, comme obligatoires. Aujourd'hui j'en demande l'autorisation à chaque patiente »,
- « Accord systématique de la patiente pour épisiotomie »,
- « Diminution des TV à chaque consultation et pendant le travail »,

- « Je fais moins d'épisiotomies, je préviens quand je la fais et du pourquoi, et je demande l'autorisation avant TV tout le temps ».

Enfin, un des soignants nous dit « Ce n'est pas la médiatisation qui m'a fait évoluer, mais plutôt les formations et les échanges entre collègues ». Ce qui renforce l'idée qu'une bonne communication au sein de l'équipe soignante ainsi que la formation permanente des professionnels de santé sont des éléments indispensables pour tenter de réduire les violences obstétricales.

Troisième partie : Analyse et discussion

1) Critique de l'étude

1.1) Points forts de l'étude

L'un des points importants de notre étude est son sujet. C'est un sujet d'actualité. Il est fortement médiatisé depuis plusieurs années. On s'intéresse davantage au vécu des patientes et aux conséquences des violences obstétricales. De nombreuses études ont vu le jour sur le sujet : le rapport du HCE : les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical [10], le questionnaire du Réseau sécurité naissance des Pays de la Loire [30], plusieurs mémoires de fin d'études... [50] Cependant, il nous semblait que très peu d'écrits s'intéressaient aux professionnels de santé. Seuls quelques soignants réagissaient et exprimaient leur point de vue, via des articles. Il nous a semblé pertinent de les interroger directement, afin de mieux comprendre leur perception des violences obstétricales dans leur exercice professionnel.

1.2) Limites et biais de l'étude

Pour la réalisation de cette étude, nous avons choisi d'interroger les sages-femmes et gynécologues obstétriciens qui exercent en salle de naissance au CHU de Nantes et au CHD Vendée de La Roche sur Yon. Cela impliquait un effectif plutôt faible. Toutefois, l'objectif n'était pas d'analyser les réponses uniquement de façon quantitative mais aussi qualitative. Les résultats de notre étude auraient pu être plus représentatifs en interrogeant une population plus importante, dans d'autres établissements de santé en France.

Notre population est composée de peu de gynécologues-obstétriciens ; ce qui ne permet pas une analyse optimale des résultats.

Lors des questions 7 et 12 de notre étude, les professionnels devaient classer les facteurs de risque ainsi que les solutions pour lutter contre les violences obstétricales. On peut nous reprocher ici de leur avoir proposé des facteurs de risques et des méthodes barrières qu'ils devaient simplement classer par niveau de risque ou degré de pertinence. Des questions ouvertes auraient pu permettre aux soignants d'en évoquer d'autres que ceux suggérés.

Nous avons fait le choix de cibler uniquement les sages-femmes et gynécologues obstétriciens, bien qu'il y ait de nombreux autres acteurs en salle de naissance. Certains répondants au questionnaire ont mis en avant la place importante de la douleur dans les violences obstétricales et ainsi le rôle du médecin anesthésiste ou de l'infirmier anesthésiste dans ces situations. Il aurait pu être pertinent de leur adresser une partie du questionnaire.

Nous avons choisi de ne pas les inclure, n'étant pas des acteurs directs des gestes obstétricaux. Il en est de même pour les aides-soignants ou auxiliaires de puériculture, étudiants sages-femmes ou en médecine, pédiatres ... Il est évident que si l'un de ces acteurs a des propos déplacés ou gestes brutaux envers une patiente, cela est considéré une violence obstétricale.

Il existe également un biais de mémorisation : certains répondants peuvent ne pas se souvenir de situations de violences obstétricales, auxquelles ils ont assistées il y a de nombreuses années. De plus, malgré le fait que les réponses au questionnaire soient anonymes, il est possible que des soignants n'aient pas osé aborder certaines situations délicates.

2) Retour sur nos hypothèses

Nous allons tenter de répondre à nos hypothèses de départ.

Concernant notre premier postulat : « La salle de naissance et les urgences gynécologiques sont des lieux propices à l'émergence de violences obstétricales, car les soignants y effectuent des actes qui touchent à l'intimité et où des urgences surviennent », nous ne saurions le réfuter. En effet, d'après les soignants interrogés dans notre étude, c'est la gestion de l'urgence qui est la situation la plus à risque d'engendrer des violences obstétricales. Dans leurs témoignages, ils évoquent également l'atteinte à la pudeur de la parturiente.

A propos de notre seconde hypothèse : « De ce fait, les sages-femmes et gynécologues-obstétriciens en salle de naissance ont tous été témoins ou auteurs de violences obstétricales au cours de leur carrière. », elle n'est pas exacte. Cependant, trois répondants sur quatre déclarent avoir été confrontés aux violences obstétricales et seulement la moitié d'entre eux estime avoir été auteur de violences obstétricales. Comme l'a souligné un des soignants interrogés, il est difficile d'être témoin sans être acteur. Il est vrai que le fait d'assister à une situation de violences obstétricales nous y implique, même en étant simplement spectateur. Le fait de ne pas intervenir pour modifier ou interrompre les choses, induit une part de responsabilité dans les violences ressenties.

Pour notre troisième hypothèse : « En salle de naissance, les urgences favorisent la survenue des violences obstétricales. Elles engendrent du stress chez les professionnels de santé, et nécessitent d'agir vite ; ce qui peut compliquer la délivrance de l'information et le recueil du consentement de la patiente.

La brutalité qui peut être perçue pour certains gestes nécessitant une traction (ventouse, forceps..) ou pouvant être douloureux (DA/RU) favorisent également les violences obstétricales. » Nous pouvons la valider. D'après les soignants interrogés dans notre étude, l'urgence est le facteur de risque majeur susceptible d'engendrer des situations de violences obstétricales. Dans les témoignages recueillis, c'est également la gestion de l'urgence qui est le plus citée, ainsi que les cas où la parturiente est algique. Enfin, les extractions instrumentales ou délivrances artificielles ont été citées à de nombreuses reprises. Nous avons pu remarquer que le plus souvent, lorsque des violences obstétricales surviennent, il y a plusieurs facteurs qui s'accumulent tels que la douleur de la patiente, les difficultés de communication et l'absence de recueil du consentement. C'est d'autant plus le cas dans les situations d'urgences.

A propos de notre quatrième hypothèse : « Des soignants fatigués, dans un service saturé sont probablement moins à l'écoute des patientes et ces dernières peuvent davantage ressentir des violences obstétricales. », elle semble être exacte. C'est ce qu'ont exprimé majoritairement les répondants de notre étude. L'état de fatigue du soignant n'est pas classé comme le facteur plus à risque mais il apparaît dans la première moitié du classement.

Notre cinquième hypothèse s'avère exacte : « Lorsque la charge de travail est importante, les soignants appliquent les protocoles et manquent de temps pour les adapter à chaque patiente. Ils sont également moins disponibles pour les patientes en début de travail, qui peuvent se sentir délaissées pour gérer leur douleur ». Selon les praticiens interrogés, Une charge de travail conséquente est à fort risque de violences obstétricales. C'est le deuxième facteur le plus à risque, juste après les situations d'urgence.

Notre sixième hypothèse : « Le fait de répéter certains actes, comme les touchers vaginaux /ou les échographies endo-vaginales, au cours de la journée (ou au cours d'une carrière), peut tendre à une banalisation de ceux-ci par le professionnel de santé. Il risque alors d'être plus bref dans ses explications et moins attentif au consentement du patient. », semble vraie en partie. Dans notre étude nous avons remarqué que, pour presque la totalité des professionnels interrogés, le fait de réaliser un toucher vaginal sans le consentement de la patiente est une violence obstétricale. Cependant, lorsque celui-ci est répété au cours de la journée et que la patiente y avait consenti lors des examens précédents, moins des trois quarts d'entre eux considèrent toujours cela comme une violence obstétricale. A travers cet exemple, nous sommes restés sur la même patiente, mais la répétition du geste amène une partie des soignants à considérer le consentement comme tacite.

Si l'on s'intéresse cette fois à la répétition d'actes mais au cours d'une carrière, cela suppose qu'un professionnel de santé en fin de carrière aurait plus de risque d'oublier le consentement des patients. Or, ce n'est pas ce que pensent les soignants de notre étude. Selon la majorité d'entre eux, le fait qu'un praticien soit en fin de carrière est à faible risque de violences obstétricales.

L'hypothèse numéro sept « Les cours lors des études, les formations et les journées de simulation pour les professionnels de santé sont des outils précieux pour prévenir la survenue de ces violences. » est validée par notre panel. La majorité d'entre eux estime que ces méthodes sont utiles. Il est regrettable qu'un quart des soignants interrogés n'ait pas reçu d'enseignement sur le consentement ou le droit des patients et n'ait pas pu participer à une journée de simulation en tant que professionnel. Parmi ceux qui ont eu la chance d'y participer, quelques-uns n'ont pas perçu l'intérêt de cette formation dans la réduction des violences obstétricales. La plupart d'entre eux avaient malgré tout fait le lien. Ils expliquent que ces simulations permettent de travailler sur la gestion du stress et de l'urgence et de renforcer la communication au sein de l'équipe et avec la patiente, éléments indispensables pour éviter les situations de violences obstétricales.

Pour notre dernière hypothèse : « La polémique autour des violences obstétricales a été perçue comme une attaque par les soignants. Beaucoup estiment être déjà très vigilants lors de leur pratique, malheureusement certains restent négligents... » D'après notre étude, seulement à peine la moitié des soignants interrogés se sont sentis directement attaqués. En revanche, la moitié de notre population déclare avoir fait évoluer ses pratiques, au moins en partie, suite à la médiatisation des violences obstétricales, en renforçant la communication et la vigilance quant au recueil du consentement.

3) Discussion

3.1) Maitrise du concept de violences obstétricales

Dans notre étude, les soignants interrogés déclarent en majorité, bien connaître la définition des violences obstétricales. En revanche, lorsque nous leur suggérons des exemples (question 5 de notre questionnaire), les avis sont alors disparates. Aussi, il est intéressant d'analyser les possibles causes de ces divergences.

- Toucher vaginal sans consentement : une violence, mais en cas de répétition du geste ... ?

Nous avons remarqué que la quasi-totalité des soignants interrogés considèrent que réaliser un toucher vaginal sans le consentement de la patiente est une violence obstétricale.

Cependant, il est intéressant de noter que, lorsque l'on précise que le toucher vaginal réalisé sans consentement est fait chez une patiente qui avait déjà consenti lors de l'examen précédent, moins des trois quarts des professionnels de santé estiment alors que c'est une violence obstétricale (seulement un quart des gynécologues obstétriciens et trois quarts des sages-femmes).

Comme nous l'avons vu précédemment, on peut donc supposer que la répétition d'un geste tend probablement à une banalisation de celui-ci. Or, les soignants sont amenés à effectuer certains actes, bien qu'intimes, à de nombreuses reprises au cours d'une journée et d'une carrière. Il faut également prendre en compte le fait qu'un lien de confiance peut s'instaurer entre la patiente et le professionnel. Ceci est un élément positif, puisque la parturiente est alors rassurée. Il est tout de même important qu'elle conserve son autonomie, de façon à rester actrice de sa prise en charge. On peut craindre que la répétition d'un acte risque d'amener le soignant à davantage considérer le consentement de celle-ci comme acquis.

- Réalisation d'une épisiotomie sans consentement : une violence obstétricale pour 70% des sages-femmes et 25% des gynécologues-obstétriciens (sur un effectif de 67 sages-femmes et 8 obstétriciens - cf figure 2 page 24).

Pour cet exemple nous pouvons reprocher aux soignants de ne pas respecter l'autonomie de la patiente. Elle ne donne pas son accord et ne reçoit pas d'information préalable.

Cependant, le caractère urgent de la situation complique l'analyse. L'épisiotomie est le plus souvent pratiquée en cas d'anomalie du rythme cardiaque fœtal, pour accélérer la naissance, en cas de périnée tonique ou pour faciliter une extraction instrumentale. Lorsqu'elle n'est pas prophylactique, mais effectuée en situation d'urgence, le praticien agit en étant bienfaisant. L'idéal serait d'obtenir l'accord de la patiente, mais la rapidité du geste ne permet pas toujours de le recueillir dans de bonnes conditions. Nous pouvons expliquer la différence de réponse entre les deux professions interrogées par le fait que les sages-femmes réalisent les accouchements physiologiques. En cas de pathologie, elles doivent faire appel au gynécologue-obstétricien, qui se présente fréquemment dans un contexte d'urgence.

Il arrive que les professionnels puissent anticiper en évoquant l'épisiotomie au cours de la grossesse ou du travail ; la patiente a alors déjà reçu une partie de l'information.

Il est indispensable, selon moi, de pouvoir en reparler après le geste, si cela n'a pas été possible immédiatement, afin de répondre aux questions du couple et d'expliquer les raisons de sa réalisation.

- Imposer à la patiente d'accoucher en décubitus dorsal n'est pas une violence obstétricale selon les gynécologues-obstétriciens.

En effet, le décubitus dorsal est devenu, au fil des années, la norme lors de l'accouchement. Sans vraiment l'imposer, les soignants ne laissent probablement que peu d'autres options. Dans ce cas, nous pouvons nous poser la question de l'autonomie de la patiente : a-t-elle été informée qu'il existe d'autres positions pour l'accouchement, afin qu'elle choisisse celle qui lui convient le mieux ? Seules les sages-femmes estiment que la position gynécologique imposée pour l'accouchement est une violence obstétricale. Lorsque la naissance est physiologique, les sages-femmes peuvent proposer d'autres positions aux parturientes contrairement aux gynécologues-obstétriciens, qui sont appelés en cas de complications. La position « gynécologique » semble parfois indispensable. Lors des situations d'urgences qui nécessitent une extraction instrumentale pour la naissance ou des manœuvres obstétricales, elle permet d'effectuer ces gestes en sécurité et le plus efficacement possible.

- La réalisation d'une DA/RU chez une patiente algique : une violence obstétricale pour la majorité ! (87%)

Cet exemple associe au caractère « urgent » l'absence de prise en charge de la douleur. La notion de violence obstétricale semble évidente car on précise que la patiente est algique. La souffrance ressentie est une violence physique pour la femme. Elle peut l'exprimer par des plaintes, ou même sans expression claire, elle sera perceptible au niveau de ses constantes. Elle sera alors bien identifiée par les soignants. Cela peut donc expliquer leur réponse, quasiment unanime.

Lorsque cela se produit, le soignant présent fait appel à l'équipe d'anesthésie afin de pouvoir soulager la parturiente. Cependant, quand s'ajoute à la situation la notion d'urgence, avec par exemple une hémorragie, cela peut compliquer les choses. En effet, le soignant est dans une position délicate car il n'est pas toujours possible d'attendre que l'anesthésie soit efficace avant de réaliser le geste douloureux qu'est une délivrance artificielle ou révision utérine. C'est l'urgence vitale qui prime.

Le praticien agit en étant bienfaisant car il effectue cet acte indispensable pour stopper l'hémorragie, mais en le faisant il inflige une forte douleur à la patiente, qu'on ne peut que qualifier de violence obstétricale. C'est là toute l'ambiguïté des urgences obstétricales, qui peuvent allier bienfaisance et maltraitance.

- Le refus d'administrer l'APD chez une patiente dont le col est dilaté à moins de 4 cm : une violence obstétricale pour 67% des soignants.

Il est désormais clair pour les soignants, au vu des recommandations de bonnes pratiques, qu'il est possible de mettre en place une APD précoce. Le refus n'est donc pas médicalement justifié. La crainte majeure pour les soignants dans le fait de poser une APD précoce, est de la mettre en place chez une patiente qui n'est pas réellement en travail et donc, de devoir effectuer ensuite, un déclenchement. Il est possible que chez certains professionnels de santé persiste une attitude paternaliste, préconisant d'administrer l'APD plus tardivement pour ne pas « ralentir le travail ».

- Le refus d'administrer l'APD chez une patiente à dilatation complète : une violence obstétricale pour la moitié des soignants.

Lorsqu'une patiente est à dilatation complète, le refus de poser une APD est plus fréquent car le geste a plus de risques d'être mis en échec, en raison de la douleur de la parturiente et parfois de l'imminence de la naissance. Le professionnel peut estimer que la patiente n'aura pas le temps d'être soulagée. Si le travail est rapide, l'analgésie ne pourra pas agir. Il arrive également que le soignant accède à la demande de la patiente lorsqu'il estime pouvoir différer un peu l'accouchement : chez une parturiente primipare où le mobile fœtal n'est pas engagé dans le bassin par exemple. Il conviendrait de laisser ce choix à la patiente, de ne pas lui imposer. Pour favoriser son autonomie, il faut alors lui expliquer les différentes possibilités et les risques associés, afin qu'elle fasse un choix éclairé. Finalement, si elle le souhaite il vaut mieux essayer de la mettre en place, quitte à interrompre le geste si besoin. Un cathéter d'APD en place, est une sécurité supplémentaire en cas de déchirure périnéale ou d'hémorragie du post-partum par exemple.

3.2) Les violences obstétricales : une réalité lors de l'exercice en salle de naissance.

Pour rappel, 49% des soignants interrogés déclarent avoir pu être auteurs de violences obstétricales. Seulement 23% pensent ne pas l'avoir été et 28% ne savent pas.

De plus, 72% ont déjà été confrontés à une ou des situations relevant des violences obstétricales au cours de leur carrière (figures 5 et 6, pages 27 et 30). Ce constat doit nous alerter : les violences obstétricales ne sont pas si rares, de nombreux professionnels les décrivent. Elles sont bien réelles dans ce service à risque qu'est la salle de naissance. Il est donc primordial de rechercher les causes responsables de leur émergence.

Grace à leurs témoignages, nous avons mis en évidence les principaux thèmes les plus fréquemment cités, et en lien avec la septième question de notre étude nous avons pu identifier les facteurs favorisant l'émergence des violences obstétricales selon les soignants.

3.3) Analyse des facteurs favorisant l'émergence des violences obstétricales.

Il nous semble difficile de dissocier les facteurs de risque d'apparition des violences obstétricales, des causes responsables des violences les plus citées par les soignants. D'autant plus que ces listes se rejoignent.

Le principal facteur de risque évoqué par les soignants est la gestion de l'urgence. Ce sont des situations où la survenue de violences obstétricales semble parfois inévitable. Les praticiens sont le plus souvent dans l'obligation d'agir vite et donc, plus susceptibles de ne pas délivrer une information claire et complète aux patients. Ceci, en plus du stress généré par l'urgence, nuit à leur autonomie. Lorsque tout se déroule rapidement, les professionnels ne prennent pas toujours le temps / ne peuvent pas recueillir le consentement de la parturiente avant d'effectuer un geste. Ce sont des cas où le soignant reprend une position paternaliste, de « savant ». La patiente est exclue de la prise de décision. Il agit dans l'intérêt de la vie de la femme et de son enfant à naître, donc en étant malgré tout, bienfaisant. Cependant, cette bienfaisance n'est pas incompatible avec la maltraitance ressentie lors de gestes douloureux ou traumatisants qui, impressionnants, semblent brutaux. De plus, la communication parfois mise à mal entre les différents acteurs de l'équipe soignante dans ces moments de tension peut ajouter un stress supplémentaire chez les patientes.

Le second facteur de risque révélé dans notre étude est la charge de travail importante pour les soignants. En effet, elle ne permet pas aux professionnels d'accorder le temps nécessaire à chaque patiente pour l'informer correctement et ainsi favoriser son autonomie, afin qu'elle puisse être actrice de sa prise en soin. En raison du manque de temps le soignant risque d'être plus directif, de moins laisser de liberté à la patiente dans les choix à faire et de ne pas aboutir à une codécision. Le praticien sera moins disponible pour réaliser un accompagnement personnalisé auprès de chaque couple, en respectant leurs souhaits, pour rassurer et aider une patiente en travail dans la gestion de la douleur.

Les difficultés de communication avec la patiente accroissent le risque de violences obstétricales. Il est vrai que lorsque la barrière de la langue est présente, il est difficile d'informer correctement la patiente, de la rassurer et de recueillir son consentement. Certains gestes, même banals peuvent être violents pour ces patientes qui n'ont pas pu les appréhender. Lorsqu'il s'agit d'actes déjà à risque comme une délivrance artificielle par exemple, le mauvais vécu de la patiente est encore plus probable ... Le fait de ne pas être comprise ni entendue accroît la vulnérabilité des femmes enceintes qui est à son apogée lors de l'accouchement.

Lorsqu'un professionnel de santé est fatigué ou a des problèmes personnels, il risque d'être moins attentif aux besoins des patientes. En effet, il peut être préoccupé et par conséquent moins disponible pour recevoir les requêtes des parturientes. Il y a alors un risque augmenté de mécompréhension. De plus, la fatigue peut engendrer une baisse de vigilance et davantage d'erreur de jugement.

Il est évident qu'un professionnel n'ayant pas ou peu reçu d'enseignement abordant l'éthique médicale et les droits des patients au cours de sa formation sera moins sensibilisé aux notions d'information et de consentement. Même si l'expérience professionnelle et les stages réalisés durant les études permettent d'acquérir des bases, il n'y sera probablement pas aussi vigilant qu'un soignant ayant eu ces apports théoriques.

Lorsqu'il existe des difficultés de communication au sein de l'équipe soignante, que ce soit en raison de problèmes organisationnels, des mésententes ou autre, il est probable que cela complique la prise en charge et augmente le risque de violences obstétricales. Prenons un exemple : en cas de mésentente entre un gynécologue-obstétricien et une sage-femme, cette dernière peut redouter de devoir l'appeler en cas d'ARCF. Le risque est de repousser le moment de cet appel et de devoir agir ensuite dans l'urgence, situation qui complique encore la communication. Selon les professionnels interrogés dans notre étude, ces difficultés de communication sont à risque moyen d'engendrer des violences obstétricales.

Le fait de manquer de matériel ou de moyens est à faible ou moyen risque d'induire des violences obstétricales selon les soignants interrogés. L'obstétrique n'étant pas une science exacte, seulement 6% des patientes accouchent le jour de leur date présumée d'accouchement. [51] Ce qui signifie que de nombreuses femmes peuvent se présenter en travail, le même jour, dans la même maternité et que l'on risque de manquer de place pour les accueillir. Dans ce cas-là, le principe éthique de justice n'est pas respecté.

La dernière patiente arrivée devra patienter avant de pouvoir avoir accès à une salle de naissance et donc à l'analgésie péridurale. Lorsque ce n'était pas un choix pour la patiente, elle peut vivre cela comme une violence, malgré l'accompagnement des soignants.

Il nous semblait qu'un professionnel de santé peu expérimenté risquait d'être moins à l'aise, notamment en situation d'urgence, et donc plus à risque d'engendrer des violences obstétricales. Tout comme, un professionnel plutôt en fin de carrière risquerait davantage d'oublier de recueillir le consentement des patientes, du fait de l'accoutumance à certains actes, fréquemment répétés. Cependant, l'expérience du soignant est, pour les professionnels répondants à notre questionnaire, à faible risque de provoquer des violences obstétricales.

Parmi les témoignages recueillis, la douleur de la patiente et les situations d'urgence étaient les causes les plus récurrentes. Nous avons déjà évoqué ces dernières précédemment.

Dans les différents récits, ce sont les parturientes algiques qui semblent avoir marqué les professionnels, d'autant plus lorsqu'ils étaient confrontés aux violences obstétricales et non à l'origine de celles-ci. La douleur est une violence facilement identifiable. C'est une souffrance physique que les patients vont exprimer vivement et même sans la verbaliser, elle est repérable facilement, par des plaintes, expressions corporelles ou via les constantes. Le fait de voir une patiente algique met les soignants mal à l'aise, surtout lorsqu'ils sont simplement spectateurs ou à l'origine du geste douloureux. Il n'est malheureusement pas toujours possible de différer un acte sensible le temps de mettre en place une anesthésie, en raison d'une urgence vitale.

La troisième cause de violences obstétricales la plus citée est l'absence de recueil du consentement. Or, cela fait partie de la définition des violences. En ne demandant pas l'accord de la patiente avant d'effectuer un geste, on risque d'agir contre sa volonté puisqu'elle aurait pu refuser. Une sage-femme raconte : « J'ai sûrement examiné des patientes douloureuses, pensant faire mon travail mais sans leur consentement ».

Les professionnels nous ont également rapporté des propos ou gestes inappropriés du soignant envers une patiente, à l'origine de violences obstétricales. Une attitude déplacée ou des mots dénigrants peuvent choquer tout autant une parturiente qu'un geste maladroit. Les professionnels de l'obstétrique doivent être empathiques, soutenant auprès des femmes et avoir une attitude empreinte de bienveillance. Cependant, des situations de maltraitances nous ont été décrites : « crier sur la patiente en lui demandant de se calmer, dire à une dame qui est prête à vomir de le faire en silence et d'arrêter de bouger ». Face à des exemples comme ceux-ci, nous remettons en question le caractère involontaire des violences obstétricales.

Comment des soignants peuvent-ils en arriver là ? Est-ce en raison du stress ? De problèmes personnels ? De surmenage ? De charge de travail conséquente ? Autant de questions qui restent en suspens.

Le non-respect de la pudeur a été évoqué parmi les témoignages des soignants. Il s'agissait de situations où de nombreux professionnels étaient présents pour assister à un accouchement, sans que la patiente ait donné son accord. L'intimité du couple n'était absolument pas respectée lors de ce moment intense.

Certains actes ou gestes réalisés par les soignants sont plus propices à l'émergence de violences obstétricales en raison de la douleur qu'ils provoquent, du traumatisme psychologique et des séquelles physiques qu'ils peuvent engendrer :

- les actes invasifs ou brutaux (extractions instrumentales, délivrance artificielle et révision utérine, césarienne) : « hémorragie de la délivrance, nécessitant une RU malgré une mauvaise antalgie. ».
- les touchers vaginaux ou décollement des membranes (DPIO) : « TV fait sur une patiente avec vaginisme, en travail dans contexte d'ARCF ».
- les épisiotomies : « Un médecin du service a longtemps pratiqué des épisiotomies largement plus grandes que nécessaire, avant même l'application du périnée car il était convaincu qu'elles prévenaient de l'incontinence urinaire ».

Ce dernier extrait met en évidence le fait que la violence ne vienne pas uniquement de l'acte en lui-même, elle dépend aussi de la pertinence de celui-ci. Lorsqu'un acte n'est pas médicalement justifié, pas recommandé, il glisse alors vers le concept des violences obstétricales. C'est pour cette raison que le caractère systématique de certains actes est réévalué lors de nouvelles recommandations de bonnes pratiques.

- l'expression abdominale pendant les efforts expulsifs : « Expression abdominale lors des efforts de poussée, de plus sans prévenir la patiente et sans raison médicale »

L'expression abdominale n'est pas recommandée depuis 2007 selon la HAS. [52] Le fait de réaliser ce geste douloureux qui n'apporte pas de bénéfice est alors une violence obstétricale.

Pour conclure, nous pouvons identifier certains facteurs de risques et certains actes mais le plus souvent, lorsque l'on assiste à des violences obstétricales, il y a un cumul de plusieurs facteurs.

3.4) Méthodes barrières pour lutter contre les violences obstétricales.

3.4.1) Renforcer et améliorer la communication avec les patientes.

Pour que les patientes soient les plus autonomes possible et donc libres de leur choix, il est indispensable qu'elles aient reçu des informations claires, accessibles et complètes. Celles-ci ne pouvant pas toujours être délivrées correctement lors de l'accouchement, il est primordial d'anticiper au maximum.

3.4.1.1) La préparation à la naissance et à la parentalité

Elle se compose de 8 séances (dont l'entretien prénatal précoce au premier trimestre) remboursées par l'assurance maladie. Elles permettent de préparer les futurs parents à la naissance et à l'accueil de leur enfant, de repérer précocement les difficultés du couple, d'accompagner les patients en situation de vulnérabilité, de soutenir la parentalité et la construction des liens parentaux. [53] Ce sont des temps d'informations précieux, qui peuvent leur permettre de mieux appréhender la suite. Ils apprennent beaucoup lors de ces temps d'échanges. Le fait d'avoir déjà entendu parler d'une extraction instrumentale, par exemple, permet d'avoir un repère si cela doit se produire au moment de la naissance et de ne pas aller totalement vers l'inconnu.

3.4.1.1.1) Projet de naissance

Le fait d'écrire un projet de naissance est quelque chose de relativement nouveau pour les soignants, bien qu'il apparaisse dans les recommandations de la HAS concernant la préparation à la naissance et à la parentalité depuis 2005. [53] Cela permet aux couples de poser par écrit ce qu'ils souhaitent ou non, lors de la naissance à venir. Il permet aux futurs parents de réfléchir à cela, parfois donc de se renseigner sur les pratiques autour de la naissance. Sa rédaction peut rassurer les patientes, qui craignent de ne pas pouvoir exprimer leur souhait, en raison de la douleur par exemple. C'est en fait un outil de communication supplémentaire entre les couples et les professionnels, comme l'explique un des soignants de notre étude : « l'importance des cours de préparation à la naissance et du projet de naissance pour avoir une base sur laquelle communiquer avec les couples ». Il ne doit bien sûr pas se suppléer à une écoute active des soignants et à une verbalisation claire des souhaits du couple. Aussi, pour que ce projet de naissance soit pertinent, il doit être personnel. Il perd tout intérêt si une patiente l'a emprunté à une amie ou recopié sur internet. Certains professionnels apprécient peu ces supports, qu'ils jugent peu utiles, ayant déjà le sentiment de communiquer avec les patients de façon optimale. Ils peuvent avoir l'impression qu'on leur dicte leur conduite.

3.4.1.2) Délivrance d'informations à l'arrivée du couple et tout au long du travail

Toujours dans l'intention d'accompagner au mieux les couples, avec une prise en charge personnalisée et de les rendre les plus possibles acteurs de celles-ci, les soignants profitent de chaque moment pour échanger. Dès l'accueil et en fonction du contexte, le professionnel explique le déroulement envisageable pour la suite, tout en écoutant et en prenant en compte les souhaits du couple. Le consentement doit bien sûr être recueilli pour chaque étape. Au cours du travail, les professionnels informent la patiente au fur et à mesure. Ils peuvent également anticiper en abordant l'accouchement et évoquer les éventuels scénarios possibles. C'est ce qu'explique un soignant interrogé via notre questionnaire « Je prends plus le temps d'expliquer ce qu'il pourrait se passer en cas d'urgence où le consentement n'est pas forcément demandé avant d'agir, mais si la patiente est au courant je pense que le moment venu elle sera moins surprise. ».

3.4.1.2.1) Moyens professionnels suffisants dans les maternités

Ces temps d'information, d'écoute et d'accompagnement privilégiés ne sont pas toujours faisables pour les soignants. En effet, ils s'occupent de plusieurs patientes à la fois et doivent parfois gérer des urgences obstétricales en parallèle. Lorsque la charge de travail est trop conséquente, c'est la qualité des échanges avec les patientes qui se détériore. C'est ce constat qu'a dénoncé la sage-femme Anna Roy en novembre 2020, avec le hashtag #jesuismaltraitante. Elle explique avoir délaissé des patientes étant occupée par une urgence. Pour éviter cela, elle demande plus de moyens et de personnels dans les maternités. Elle a créé une pétition pour une naissance respectée, qui réclame « une femme pour une sage-femme ». Il est vrai qu'une augmentation des effectifs soignants au sein des salles de naissance serait bénéfique pour tenter de réduire les violences obstétricales.

3.4.1.2.2) Interprète et personne de confiance

Lorsqu'une patiente ne parle pas le français, il est indispensable de pouvoir s'appuyer sur l'aide d'un interprète afin de lui délivrer correctement l'information et de pouvoir recevoir son consentement tout au long de la prise en charge. Il en est de même pour les patientes malentendantes. Dans ces situations, le rôle de l'accompagnant, qui est le plus souvent la personne de confiance, est primordial. Il peut être à la fois accompagnant et traducteur et donc un véritable soutien pour la communication soignant-soigné.

3.4.1.3) En cas de situations difficiles : réaliser un débriefing post-accouchement

Lors des situations d'urgences ou difficiles, la communication est compliquée et parfois l'information et le consentement sont oubliés. Dans ce cas, il est important de pouvoir en reparler à posteriori. Il est tout à fait possible de faire un débriefing avec le couple après l'accouchement, afin de répondre à leurs questions et de compléter les informations données lors de la naissance. Celui-ci peut avoir lieu dans les deux heures de surveillance du post-partum en salle d'accouchement, au cours du séjour en maternité ou même à distance, lors d'une consultation dédiée. C'est ce que propose le dossier du CIANE : « Toute femme qui le souhaite devrait pouvoir bénéficier d'un débriefing post-accouchement ou entretien postnatal ». [12] En effet, il peut permettre d'améliorer la compréhension et le vécu des patientes lorsqu'une situation de violence obstétricale s'est produite. C'est également ce qu'a mis en place un des professionnels répondant à notre étude, suite à la médiation des violences obstétricales : « Je m'assure tout le temps que la patiente est en accord avec la prise en charge et surtout l'a bien comprise, débriefing après la gestion d'une urgence... ».

De plus, c'est l'occasion pour le soignant, en cas de nécessité, d'orienter la patiente vers un psychologue ou psychiatre. Il faut avoir conscience que des syndromes de stress post-traumatiques peuvent survenir chez les patientes après un accouchement et qu'ils peuvent avoir des conséquences dramatiques.

3.4.2) Améliorer les compétences des soignants

3.4.2.1) Renforcer les enseignements théoriques au cours des études

Les trois quarts des soignants interrogés dans notre étude déclarent avoir reçu des cours théoriques abordant l'éthique médicale et les droits des patients. Ils estiment en majorité que l'enseignement reçu est suffisant, voire optimal. Ce constat est plutôt positif, car un professionnel informé et éduqué sur ces sujets sera plus vigilant sur le recueil du consentement notamment.

Malheureusement, un quart des professionnels n'a pas eu ces enseignements, et y est donc moins sensibilisé. Nous pouvons supposer qu'ils n'étaient peut-être pas encore inclus dans les programmes des études de santé. C'est un point qu'il est possible d'améliorer en intégrant des heures de cours sur ces thèmes essentiels.

3.4.2.2) Former les professionnels de l'obstétrique et les sensibiliser à la problématique des violences obstétricales

Il semble indispensable de sensibiliser les soignants, qui n'ont pas toujours conscience d'être à l'origine de violences obstétricales. Cela est possible par des formations théoriques où l'on aborde l'éthique, les droits des patients, l'écoute active ou par des rencontres avec des associations de patients. Le CIANE propose : « Plusieurs outils de formation qui permettent de s'approprier les points de vue ou le vécu des patients : intervention de patients-formateurs, jeux de rôle, simulation relationnelle ». [12]

S'ajoute à cela, le devoir de développement professionnel continu et d'actualisation des connaissances qui incombent aux soignants. Ils doivent pouvoir bénéficier de formations théoriques régulières, afin de faciliter l'application des recommandations de bonnes pratiques. [54]

3.4.2.3) Formation par simulation in situ pour les professionnels de l'obstétrique.

Lors de ces formations, les soignants sont mis en situation d'urgences obstétricales, comme une hémorragie de la délivrance par exemple. Ils y jouent leur propre rôle. L'ensemble du groupe assiste à la scène. Une fois celle-ci terminée, ils détaillent chaque étape, afin de relever les points forts et les pistes d'amélioration, la communication entre les acteurs.

Dans notre étude, 70% des praticiens interrogés ont pu participer à une journée de simulation. Nous leur avons demandé quels bénéfices ils en avaient tirés, en lien avec la réduction des violences obstétricales.

Pour une partie d'entre eux, cette formation n'apportait « pas de bénéfice » car « le sujet n'était pas abordé ». Dans ces réponses, les soignants estiment que le fait que l'on n'évoque pas directement les violences obstétricales, ne peut pas prévenir leur apparition. En revanche, pour la majorité d'entre eux, elle permet de « se rendre compte de la place de la communication dans la gestion de l'urgence : communication entre professionnels et avec la patiente » et de « même dans l'urgence gérer son stress et prendre le temps d'expliquer les gestes réalisés ».

C'est vraiment le terme communication qui est le plus souvent cité dans ces extraits.

Tous expliquent que cette formation rappelle à quel point elle est primordiale, que ce soit entre les professionnels, pour une bonne gestion de l'urgence mais aussi avec le couple, pour faciliter leur compréhension et les rassurer. Néanmoins, elle doit parfois être brève ou différée dans le cas d'une urgence vitale.

Ils évoquent également à plusieurs reprises « la gestion du stress » ainsi que « l'anticipation » et « l'organisation ». Ce sont d'autres éléments clés que les soignants travaillent au cours de ces formations et qui ont un réel intérêt dans la réduction des violences obstétricales.

Ces journées de simulation contribuent à améliorer la communication entre les différents acteurs de l'équipe soignante. Au sein du service de salle de naissance, des temps d'échanges entre les différents corps de métiers peuvent faciliter le dialogue interprofessionnel et ainsi renforcer la collaboration. Cela peut être fait sous forme de réunions afin de faire un retour sur les prises en charge compliquées et de réévaluer les protocoles.

De plus, il nous semble capital que les soignants ayant été impliqués dans des situations relevant des violences obstétricales puissent, s'ils le souhaitent, être écoutés par des psychologues. Il est vrai que les violences obstétricales sont le plus souvent involontaires. Cependant, elles peuvent choquer le soignant, qui peut passer par la culpabilité, la remise en question et rester traumatisé.

3.5) L'impact de la médiatisation des violences obstétricales pour les professionnels de santé

Quasiment tous les soignants interrogés affirment avoir eu connaissance de cette polémique. Ils sont seulement 3 sur 75 à dire le contraire. En revanche, ils ne sont que 46,7% à s'être sentis attaqués en tant que professionnels.

Il est intéressant de noter qu'ils sont plus de 50% à avoir fait évoluer leur pratique, au moins partiellement, suite à la médiatisation des violences obstétricales. Pour 36,4% des praticiens, l'évolution engendrée est très faible mais seulement 12,10% n'ont pas modifié leur façon de travailler suite aux polémiques. Cela confirme que le fait de sensibiliser et d'informer les professionnels de santé sur les violences obstétricales peut contribuer à limiter leur émergence. S'ils sont nombreux à remettre en question leurs habitudes suite aux polémiques, nous pouvons imaginer les effets positifs des journées de formations dédiées à cette sensibilisation.

3.6) Quelques pistes de réflexion

Nous avons abordé précédemment les définitions qui font que telle ou telle situation relèvera des violences obstétricales. Au-delà de ces définitions qui posent le cadre, il est important de garder à l'esprit que les violences sont ressenties par les patientes. Leur parcours de vie, personnalité et sensibilité vont donc entrer en compte et influencer la façon dont elles vont vivre ces situations violentes. Il est possible par exemple, que deux actes identiques, expliqués de la même manière à deux patientes différentes, soient bien vécus pour l'une et vécus comme un traumatisme pour la seconde. C'est une question de perception et de ressenti. Du point de vue des parturientes cela est donc subjectif.

Il pourrait être pertinent de réaliser une étude afin de confronter les points de vue des soignants et des soignées. L'idée serait d'étudier les violences obstétricales ressenties par les patientes mais également par les professionnels de santé qui les ont pris en charge. Pour cela, les patientes pourraient remplir un questionnaire en suites de couches qui permettrait de détecter les violences ressenties. Dans ce cas, grâce au dossier médical de la patiente, un questionnaire serait adressé au professionnel qui l'a pris en charge. Ce dernier pourrait également demander à remplir un questionnaire d'emblée lorsqu'il estime avoir été confronté à une situation violente. Cela permettrait aux soignants de prendre conscience des actes qui sont à l'origine des violences et, au contraire, des éléments ayant amélioré le vécu des femmes. Néanmoins, cette étude semble difficile à mettre en place. Elle présente des biais, puisqu'un professionnel qui est interrogé suite à la déclaration d'une patiente se sentira mis en cause et sera influencé pour répondre. Aussi, d'un point de vue logistique, interroger toutes les accouchées et traiter l'ensemble des réponses sur un temps court semble peu réalisable.

Si l'on souhaite aller plus loin dans notre réflexion, on réalise qu'il y a des exemples qui n'entrent pas totalement dans la définition des violences obstétricales et qui pourtant la rejoignent. En effet, on peut se poser la question : Un toucher vaginal réalisé chez une patiente atteinte de vaginisme, même consenti, n'est-il pas une violence obstétricale ? Malgré l'accord de la femme et les précautions prises par le soignant, ce geste risque d'être traumatique.

Conclusion

Pour conclure, nous pouvons dire que les violences obstétricales en salle de naissance sont bien réelles. Dans notre étude, 49% des professionnels interrogés déclarent avoir été auteurs de violences obstétricales et 72% ont été confrontés à ce type de situations. Ce constat est marquant, même si tous les soignants ne semblent pas concernés. Nous nous basons uniquement sur leurs déclarations, il est donc possible que l'on sous-estime ces chiffres.

Grâce à notre questionnaire auprès des soignants, nous constatons que les situations d'urgence sont les plus à risque d'engendrer des violences, ainsi qu'une charge de travail importante ou des difficultés de communication avec les patientes. Les causes majeures responsables des violences sont l'absence de recueil du consentement, l'absence de prise en charge de la douleur ou encore le manque de moyens au sein du service. Le plus souvent, il n'y a pas un seul facteur de risque, ni une seule cause, mais c'est un cumul de plusieurs éléments qui favorise la survenue de violences. Ceux-ci, en général, portent atteinte à l'autonomie des patientes. En effet, elles ne reçoivent pas l'information correctement et ne peuvent donc pas consentir librement. C'est parfois le consentement en lui-même qui fait défaut, notamment lors des urgences obstétricales. Dans ces situations, le soignant agit au plus vite dans l'intérêt de la patiente en faisant preuve de bienfaisance, mais ce qu'il juge comme « bien » ne l'est pas toujours pour elle. De plus, s'il ne recueille pas son consentement, nous sommes face à une situation de violence obstétricale. En effet, c'est cette ambiguïté qui rend l'analyse parfois complexe.

Au fil de ce travail de fin d'études, nous avons pu identifier des solutions qui permettent de prévenir la survenue de violences. Ces méthodes barrières passent par la sensibilisation des soignants au sujet des violences obstétricales, par l'augmentation des moyens humains et matériels en salle de naissance et par une communication renforcée avec les couples tout au long de la grossesse, lors de l'accouchement et du post-partum.

Il faut poursuivre l'effort collectif afin de former l'ensemble des soignants à la problématique des violences obstétricales. Néanmoins, une grande partie d'entre eux semble déjà au clair sur le fait de pouvoir en être auteur. Cette prise de conscience est une belle avancée, qui semble indispensable afin de faire évoluer les comportements. En effet, il est intéressant de noter l'impact de la médiatisation des violences obstétricales sur les professionnels de notre étude. Ils sont nombreux à avoir fait évoluer leur pratique en accentuant leur vigilance sur le recueil du consentement et sur la communication avec les couples.

Pour finir, j'ai rédigé ce mémoire de fin d'études tout en exerçant au sein du service de salle de naissance. Les recherches et la réflexion autour de ce travail m'ont permis d'avoir un regard critique sur ma pratique et celle de mes collègues. Ainsi, en tant que jeune professionnelle, je m'efforce d'autant plus à me remettre continuellement en question et à être attentive à mes actes.

Références bibliographiques

- [1] J. Rasplus. Franceinfo. *#PayeTonUtérus ou les mésaventures des femmes avec le corps médical*. [En ligne] Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/france/payetonuterus-le-hashtag-ou-les-femmes-narrent-leurs-mesaventures-avec-le-corps-medical_749109.html
[Consulté en mars 2020]
- [2] L. Quillet. Octobre 2015. *Toucher vaginal sans consentement : une pratique bien réelle*. Madame Le Figaro. [En ligne] Disponible sur : <https://madame.lefigaro.fr/societe/polemique-toucheurs-vaginaux-patientes-endormies-non-consententes-050215-94255> [Consulté en mars 2020]
- [3] J. Abbott. Février 2015. *Débat autour du toucher vaginal pratiqué sans consentement par les étudiants en médecine*. RTL. [En ligne] Disponible sur : <https://www.rtl.fr/actu/debats-societe/debat-autour-du-toucher-vaginal-pratique-sans-consentement-par-les-etudiants-en-medecine-7776460950> [Consulté en mars 2020]
- [4] France inter. Juillet 2017. *Marlène Schiappa au centre d'une nouvelle polémique, cette fois autour de l'accouchement*. [En ligne] Disponible sur : <https://www.franceinter.fr/politique/marlene-schiappa-polemique-gynecologues-episiotomie>
[Consulté en mars 2020]
- [5] Trésor de la Langue Française Informatisé. *Définition des violences*. [En ligne] Disponible sur : <http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/visusel.exe?13;s=4010868225;r=1;nat=;sol=2>
[Consulté en novembre 2019]
- [6] Organisation Mondiale de la Santé. *Définition des violences*. [En ligne] Disponible sur : <https://www.who.int/topics/violence/fr/> [Consulté en novembre 2019]
- [7] Dictionnaire médical. *Définition de l'obstétrique*. [En ligne] Disponible sur : <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/345-obstetrique/> [Consulté en novembre 2019]
- [8] INSERM et DRESS. 2017. Enquête nationale périnatale, rapport 2016, *Les naissances et les établissements : Situation et évolution depuis 2010*. 317 pages. [En ligne] Disponible sur : http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
[Consulté en novembre 2019]
- [9] Lahaye Marie-Hélène. 2016. *Qu'est-ce que la violence obstétricale?* Blog Marie accouche là. [En ligne]. Disponible sur : <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/03/09/quest-ce-que-la-violence-obstetricale/> [Consulté en novembre 2019]

- [10] Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. 2018. *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical*. 164p. [En ligne] Disponible sur : https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf [Consulté en novembre 2019]
- [11] Dictionnaire médical. *Définition de la maltraitance*. [En ligne] Disponible sur : <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/276-maltraitance/> [Consulté en novembre 2019]
- [12] Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance. 2017. *Violences obstétricales : comprendre prévenir, réparer*. [En ligne] Disponible sur : <https://ciane.net/2017/10/violences-obstetricales-comprendre-prevenir-reparer/> [Consulté en novembre 2019]
- [13] Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes. *Les violences obstétricales et gynécologiques : définition*. [En ligne] Disponible sur : <https://www.irasf.org/definition-violences-obstetricales-gynecologiques/> [Consulté en novembre 2019]
- [14] Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance et Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté. 2016. *Violences obstétricales, bibliographie*. [En ligne] Disponible sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2016/04/Bibliographie-violenceobs-2016.pdf> [Consulté en novembre 2019]
- [15] Marie-Laure Franeczek. 2018. *Violence obstétricale : essai de définition à partir de la littérature scientifique. Gynécologie et obstétrique*. Dumas-01946490. [En ligne] Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01946490/document> [Consulté en novembre 2019]
- [16] H. Thoumsin, P. Emonts. 2007. *Accoucher et naître de jadis à aujourd'hui*. Revue Médicale Liège. 62 : 10. p 616-623. [En ligne] Disponible sur : <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/161904/1/accoucher%20et%20naître.pdf> [Consulté en décembre 2019]
- [17] Société d'histoire de la naissance. *Histoire de la naissance en Occident (XVIIe – XXe siècles)*. [Internet] Disponible sur : http://societe-histoire-naissance.fr/?page_id=96 [Consulté en 2021]
- [18] Medarus. 2017. Portraits de médecins. *François Mauriceau*. [En ligne] Disponible sur : https://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/mauriceau_francois.htm [Consulté en décembre 2019]
- [19] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. *Histoire de la profession*. [En ligne] Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/histoire-de-la-profession-3/> [Consulté en décembre 2019]

- [20] Développement et santé. 2002. *Le pionnier de l'asepsie*. 2011. [En ligne] Disponible sur : <https://devsante.org/articles/le-pionnier-de-l-asepsie> [Consulté en décembre 2019]
- [21] Vander Heym, Évelyne. *Le docteur Lamaze met au point l'accouchement psychoprophylactique dit sans douleur*. France Archives. [En ligne] Disponible sur : <https://francearchives.fr/fr/commemo/recueil-2002/40009> [Consulté en décembre 2019]
- [22] P. Clave. *Evolution de la perception de la douleur par les sages-femmes en France, durant les trente dernières années*. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00874196. [En ligne] Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00874196/document> [Consulté en décembre 2019]
- [23] Université Médicale Virtuelle Francophone. *Episiotomie*. [En ligne] Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/episiotomie/site/html/cours.pdf> [Consulté en décembre 2019]
- [24] Le Monde. Février 2015. *Une tribune dénonce les touchers vaginal ou rectal sur des patients endormis*. Février 2015. [En ligne] Disponible sur : https://www.lemonde.fr/sante/article/2015/02/06/une-tribune-denonce-le-toucher-vaginal-sur-patientes-endormies_4571810_1651302.html [Consulté en mars 2020]
- [25] M-H Lahaye, C de Bort, B Kammerer. Février 2015. *Le consentement, point aveugle de la formation des médecins*. Mediapart. [En ligne] Disponible sur : <https://blogs.mediapart.fr/edition/les-invites-de-mediapart/article/060215/le-consentement-point-aveugle-de-la-formation-des-medecins> [Consulté en mars 2020]
- [26] Babelio. 2018. *Martin Winckler*. [En ligne] Disponible sur : <https://www.babelio.com/auteur/Martin-Winckler/6959> [Consulté en mars 2020]
- [27] B Kammerer. 2015. *Pétition : non aux touchers vaginaux non consentis*. [En ligne] Disponible sur : <https://www.change.org/p/marisol-touraine-ministre-de-la-sant%C3%A9-non-aux-touchers-vaginaux-non-consentis> [Consulté en mars 2020]
- [28] Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes. *L'IRASF : l'évolution du groupe Facebook « Stop à l'impunité des violences Obstétricales »*. [En ligne] Disponible sur : <https://www.irasf.org/irasf> [Consulté en mars 2020]
- [29] M Déchalotte. 2017. *Le livre noir de la gynécologie, maltraitance gynécologiques et obstétricales: libérer la parole des femmes*. Editions First
- [30] Réseau Sécurité naissance. *Enquêtes réalisées : enquête « vécu de l'accouchement »*. [En ligne] Disponible sur : <https://www.reseau-naissance.fr/enquetes-realisees/> [Consulté en mars 2020]

- [31] O Ostermann. Novembre 2020. *Anna Roy, sage-femme : « J'ai été maltraitante, et je me sens coupable »*. Madame le Figaro. [En ligne] Disponible sur : <https://madame.lefigaro.fr/societe/anna-roy-instagram-jai-ete-maltraitante-je-me-sens-coupable-accouchement-violence-interview-181120-183466> [Consulté en février 2021]
- [32] Rédaction de la Maison des Maternelles. Novembre 2020. *1 femme = 1 sage-femme : pétition pour une naissance respectée*. [En ligne] Disponible sur : <https://www.lamaisondesmaternelles.fr/article/1-femme-1-sage-femme-petition-pour-une-naissance-respectee> [Consulté en février 2021]
- [33] Podcast Bliss Stories. *Episode 117 : Lucie, « j'ai failli ne jamais me réveiller »*. [En ligne] Disponible sur : <https://www.bliss-stories.fr/2021/02/08/ep117-lucie-jai-failli-ne-jamais-me-reveiller-cicatrice/> [Écoulé en mars 2021]
- [34] G Andrianaly. Février 2021. *Expression abdominale : quelle est cette pratique obstétricale interdite durant l'accouchement ?* Femme actuelle. [En ligne] Disponible sur : <https://www.femmeactuelle.fr/enfant/grossesse/expression-abdominale-quelle-est-cette-pratique-obstetricale-interdite-durant-laccouchement-2109026> [Consulté en mars 2021]
- [35] Organisation Mondiale de la Santé. 15 février 2018. *Communiqué de presse : Pour que l'accouchement soit une expérience positive, il est essentiel d'apporter des soins individualisés*. [En ligne] Disponible sur : <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/fr/> [Consulté en mars 2020]
- [36] Organisation Mondiale de la Santé. Infographie : *toutes les femmes ont droit de vivre positivement la naissance de leur enfant*. [En ligne] Disponible sur : https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/intrapartum-care-infographics/fr/ [Consulté en mars 2020]
- [37] Conseil national de l'ordre des sages-femmes. 2016. *Commentaire du code de déontologie. Article R.4127-302 du code de la santé publique, respect de la vie et de la personne humaine*. [En ligne] Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/06/Article-R.4127-302-du-CSP-Respect-de-la-vie-et-de-la-personne-humaine.pdf> [Consulté en mars 2020]

- [38] Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français et Haute Autorité de Santé.. 2018. *Recommandation de bonne pratique, Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales*. [En ligne] Disponible sur : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2017%252FRPC_HAS-CNGOF_Accouchement_Recommandations_2017.pdf&i=13595 [Consulté en mars 2020]
- [39] M-H Coste. Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français. 2019. *Dossier de presse : la parole aux femmes. Ecoute-information-évaluation-partage*. [En ligne] Disponible sur : <http://www.cngof.net/Medias-CNGOF/Communiqués/2019/CNGOF-dossier-presse-bienveillance-label-ressources-humaines.pdf> [Consulté en mars 2020]
- [40] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article L. 1111-2.
- [41] I Derrendinger. 2016. *Les droits du patient*. Cours DFGSMa2.
- [42] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article L. 1111-4.
- [43] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article L. 1111-6.
- [44] G Durand. 2017. *Introduction à l'éthique*. Cours DFGSMa3.
- [45] G Dabouis, G Durand, PH Tessier. 2013. La Consultation d'Éthique Clinique: le principisme en action in *L'Éthique clinique et les normes*. Editions Cécile Defaut. pp 75-90
- [46] G Dabouis, G Durand. 2014. *Qu'est-ce qu'une éthique minimaliste?* Recherches en éducation. Fev; hors-série n°6
- [47] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. 2017. *Nombre de sages-femmes par genre en France*. [En ligne] Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/> [Consulté en février 2021]
- [48] Observatoire Régional de Santé Pays de la Loire. 2020. *Démographie des médecins en Pays de la Loire, gynécologues médicaux et obstétriciens*. [En ligne] Disponible sur : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_%2329_ME_D_SPE_gyneco.pdf [Consulté en février 2021]
- [49] Le Point. 2017. *Violences obstétricales : un débat entre « parole libérée » et « gynéco-bashing »*. [En ligne] Disponible sur : https://www.lepoint.fr/sante/violences-obstetricales-un-debat-entre-parole-liberee-et-gyneco-bashing-14-10-2017-2164505_40.php [Consulté en février 2021]

- [50] C Quemener. 2019. *Les violences obstétricales, étude qualitative du vécu de la grossesse, de l'accouchement et du séjour en suites de couches de femmes interrogées au CHU de Nantes*. [Mémoire pour le diplôme de sage-femme] Nantes : Ecole de sages-femmes.
- [51] Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance. 2010. *Dossier de saisine Haute Autorité de Santé par le CIANE – calcul de terme*. [En ligne] Disponible sur : <https://ciane.net/wiki/pmwiki.php?n=Ciane.DossierCalculTerme> [Consulté en mars 2021]
- [52] Haute Autorité de Santé. 2007. *Recommandations professionnelles – l'expression abdominale durant la 2^{ème} phase de l'accouchement*. [En ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ea_recommandations.pdf [Consulté en mars 2021]
- [53] Haute Autorité de Santé. 2005. *Recommandations professionnelles – préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*. [En ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf [Consulté en mars 2021]
- [54] Conseil national de l'ordre des sages-femmes. 2020. *Code de déontologie des sages-femmes*. [En ligne] Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-25-decembre-2020.pdf> [Consulté en mars 2021]

Index des figures

Figure 1 : Représentation des propositions qui s'apparentent au concept de violences obstétricales selon les professionnels de santé exerçant en salle de naissance. (page 22)

Figure 2 : Représentation des propositions qui s'apparentent au concept de violences obstétricales selon les professionnels de santé exerçant en salle de naissance. (page 24)

Figure 3 : Saviez-vous définir le concept des violences obstétricales ? (page 25)

Figure 4 : Représentation des facteurs favorisant l'émergence des violences obstétricales, classés selon leur niveau de risque par les professionnels de santé. (page 26)

Figure 5 : Lors de votre exercice professionnel avez-vous déjà été confronté à des violences obstétricales ? (page 27)

Figure 6 : Pensez-vous, involontairement, avoir pu être l'auteur de violences obstétricales ? (page 30)

Figure 7 : Représentation des méthodes pouvant limiter l'apparition de violences obstétricales, selon leur degré de pertinence. (page 33)

Figure 8 : Au cours de vos études, avez-vous reçu un enseignement abordant le consentement ou les droits des patients ? (page 34)

Figure 9 : Si vous avez eu cet apport théorique, pouvez-vous évaluer sa qualité ? (page 35)

Figure 10 : En tant que professionnel, avez-vous pu participer à une journée de simulation obstétricale ? (page 35)

Figure 11 : Avez-vous entendu parler de la polémique autour des violences obstétricales ? (page 36)

Figure 12 : Vous êtes-vous senti « attaqué » en tant que professionnel de l'obstétrique ? (page 37)

Figure 13 : Cela a-t-il fait évoluer votre pratique ? (page 38)

Annexe I - Questionnaire

Dans le cadre de mes études de sage-femme, je réalise un mémoire sur le sujet des violences obstétricales en salle de naissance. Ce questionnaire s'adresse aux sages-femmes et gynécologues obstétriciens qui exercent dans ce service.

- 1) Etes-vous :
 - Un homme
 - Une femme
- 2) Quel âge avez-vous :
 - 20-34 ans
 - 35-45 ans
 - + de 45 ans
- 3) Vous exercez en tant que :
 - Sage-femme
 - Gynécologue-obstétricien
- 4) Depuis combien de temps exercez-vous en salle de naissance ?
 - Moins de 5 ans
 - 5 à 10 ans
 - + de 10 ans
- 5) Parmi les propositions suivantes, lesquelles, selon vous, s'apparentent au concept de violences obstétricales ?
 - Imposer à une patiente de donner naissance en position gynécologique ?
 - Réaliser un toucher vaginal sans le consentement oral de la patiente ?
 - Le fait de réaliser à nouveau et pour la énième fois de la journée, un toucher vaginal à une patiente dont vous suivez le travail, sans demander son consentement cette fois, sachant qu'elle avait consenti au TV précédent ?
 - Réaliser une épisiotomie au cours de l'accouchement sans en avertir la patiente ?
 - Refuser d'administrer l'analgésie péridurale à une patiente dont le col utérin est à dilatation complète ?
 - Refuser d'administrer l'analgésie péridurale à une patiente dont le col utérin dilaté à moins de 4cms ?
 - Réaliser une délivrance artificielle ou révision utérine à une patiente algique ?
 - Aucune de ces propositions

Voici, selon une juriste, une définition des violences obstétricales : « *tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente, intentionnellement ou non* ».

- 6) Avant de lire ceci, saviez-vous définir le concept de violences obstétricales ? :
 - Oui
 - Oui, en partie
 - Non

7) Selon vous, quels sont les facteurs qui favorisent l'émergence des violences obstétricales ?

Classez les situations suivantes selon leur niveau de risque :

	Risque important	Risque moyen	Risque faible	Non risqué
Une charge de travail importante en salle de naissance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gestion de l'urgence (hémorragie, anomalie du rythme cardiaque fœtal..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des difficultés de communication avec la patiente (barrière de la langue, surdité..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des difficultés de communication au sein de l'équipe soignante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le manque de matériel ou de moyens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un professionnel de santé fatigué ou avec des problèmes personnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un professionnel de santé n'ayant pas ou peu reçu d'enseignements sur les droits des patients lors de sa formation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un professionnel de santé ayant peu d'expérience	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un professionnel de santé expérimenté, en fin de carrière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8) Lors de votre exercice professionnel avez-vous déjà été confronté à des violences obstétricales ?

- Oui Non Ne sait pas

9) Si oui et si vous le souhaitez, pouvez-vous décrire brièvement cette situation ?

.....

10) Pensez-vous, involontairement, avoir pu être l'auteur de violences obstétricales ?

- Oui Non Ne sait pas

11) Si oui et si vous le souhaitez, pouvez-vous décrire brièvement cette situation ?

.....

12) Selon vous, quelles méthodes barrières peut-on mettre en place pour lutter contre les violences obstétricales ? Classez-les selon leur degré de pertinence.

	Méthode très pertinente	Méthode utile	Méthode peu pertinente	Méthode non utile
Des enseignements théoriques renforcés pendant les études (éthique, droit des patients)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des formations théoriques pour les professionnels de santé (éthique..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- Des journées de simulation in situ pour les professionnels de santé
- Travailler en collaboration au sein de l'équipe (sage-femme, auxiliaire, médecin, cadre..)
- Renforcer l'écoute auprès des patientes
- La réalisation de projets de naissance par les couples

13) Au cours de vos études, avez-vous reçu un enseignement abordant les droits des patients et le consentement ?

- Oui Non Ne sait pas

Si non, passez directement à la question 13

14) Si oui, l'avez-vous trouvé :

- Optimal Suffisant insuffisant

15) En tant que professionnel, avez-vous pu participer à une journée de simulation obstétricale (mise en situation, par exemple : gestion d'une hémorragie du post-partum, d'une dystocie des épaules) ?

- Oui Non

Si non, passez directement à la question 15

16) Si oui, quels bénéfices en avez-vous tiré, en lien avec la réduction des violences obstétricales ?

.....

17) C'est depuis 2014 que la polémique à propos des violences obstétricales a éclaté. En avez-vous entendu parler ?

- Oui Non Ne sait pas

Si non, passez directement à la question 19

18) Si oui, vous êtes-vous senti « attaqué » en tant que professionnel de l'obstétrique ?

- Oui Non Pas personnellement

19) Cela a-t-il fait évoluer votre pratique ?

- Oui Très peu
 Partiellement Pas du tout

20) Si vous avez répondu « oui », « partiellement » ou « très peu », pouvez-vous expliquer comment votre pratique a-t-elle évoluée ?

.....

21) Avez-vous des remarques ou commentaires ?

.....

Je vous remercie du temps accordé à ce questionnaire.

Annexe II – Détails des réponses aux questions ouvertes

Réponses question 9 :

- TV douloureux et répétés de la part d'un obstétricien sans consentement ni explications donnés à la patiente dans un contexte de vulnérabilité psychologique (MIU à terme)
- Extraction instrumentale. Barrière de la langue
- Des spatules réalisées avec une APD qui marchait mal, après 24h de travail dont 12h en SDN sous APD, et dont l'obstétricien a pris tout son temps pour montrer à l'interne comment placer les spatules, à pris appui sur le périnée 3 ou 4 fois pour montrer le geste avant de vraiment le faire...la maman, en larmes, avec (enfin) son bébé dans les bras s'est même vu gratifiée d'un "je ne vois vraiment pas pourquoi vous pleurez, il est né votre bébé". Une lettre de plainte a été envoyée à la direction...
- Violences constatées par moi même, mais sans que la patiente s'en rende vraiment compte, du moins sur le moment. Par exemple, une épisiotomie non justifiée a toujours représentée" des coups et blessures volontaires" pour moi depuis très longtemps. De même tout examen agressif (TV, pose de perf, forceps.) et non urgent doit être expliqué ++; Ce qui est fait dans l'urgence doit être expliqué et justifié a posteriori
- Des révisions utérines avec péridurale inefficaces, et des anesthésistes qui refusaient de passer en AG sous prétexte que le geste n'allait pas durer longtemps. Au Sénégal lors d'un stage des révisions utérines sans aucune anesthésie, des sages-femmes sans empathie envers les parturientes, qui n'avaient pas le droit de faire un bruit pendant le travail et l'accouchement. ..
- J'ai subi une césarienne à vif, APD ne fonctionnait pas. J'ai subi lors d'efforts expulsifs les soufflements et levé d'yeux au ciel de l'auxiliaire qui était à ma gauche et me traitait d'incapable, silence absolu et indifférent de la sage-femme à mes efforts, aucun mot aucun encouragement, s'en est suivi échec EE, Echec de ventouse, échec de forceps et césar à vif
- Un médecin mettant une claque sur la cuisse d'une patiente pour qu'elle se calme par exemple Faire un décollement des membranes sans avertir la patiente Forceps sans péridurale sur une dame souhaitant une péridurale mais pas de salle de naissance de libre donc des heures de souffrances et bradycardie d'expulsion donc forceps....
- Lors d'un accouchement d'une primipare parlant peu le français en tant qu'étudiante, la sage-femme a jugé les efforts expulsifs de la femme insuffisants et à pratiquer une expression utérine malgré la douleur que ce geste lui a provoqué et les tentatives de la femme de retirer la main de la sage-femme de son ventre.
- En stage, une sage-femme ayant décollé les membranes sans avoir expliqué ni même demandé le consentement de la patiente. Une DA RU sans attendre que l'anesthésie soit effective pour commencer alors que la situation n'était pas urgente. Le non-respect de la pudeur est aussi une violence obstétricale selon moi.

- Obliger une patiente à voir un professionnel qu'elle avait refusé plusieurs fois, crier sur la patiente en lui demandant de se calmer, dire à une dame qui est prête à vomir de le faire en silence et d'arrêter de bouger, de refuser de pratiquer une anesthésie sur une patiente algique lors d'une DA/RU....
- En tant que spectateur : Césarienne non soulagée. Refus (non compris de l'équipe) par l'anesthésiste de faire une AG. Spatules sans APD et non explication donné à la patiente et donc non consentement. 3 anesthésistes regardant un accouchement du siège sans avoir demandé à la patiente.
- Médecin réalisant un TV à une patiente sans lui avoir adressé la parole au préalable, épisiotomie réalisé par le médecin pour (je cite) "motiver" la patiente, manœuvre de jacquemier réalisé chez patiente ne comprenant pas le français et n'ayant pas d'APD,...
- La réalisation par le gynéco d'une RU alors que la patiente est très algique. Et Episio sans consentement. Un médecin pdt mes études qui me demande au BO de faire un TV a une patiente sous AG pour "apprendre" et qui insiste malgré mon refus de le faire
- Un obstétricien de l'équipe a longtemps pratiqué des épisiotomies largement plus grande que nécessaire, avant même l'application du périnée car il était convaincu qu'elles provenaient de l'incontinence urinaire.
- trop de personnes présentes au cours d'un accouchement, aucun respect de l'intimité de ma patiente. Transmissions en salle de naissance...impression de plus rien maîtriser pour ma part.
- Expression utérine quand les obstétriciens ne sont pas sur place, refus d'APD par l'équipe d'anesthésie sans raison médicale refus d'analgésie en cas de gestes invasifs douloureux non urgents
- Faire une extraction instrumentale à une patiente sans attendre que l'APD soit efficace alors qu'il n'y a pas d'urgence à l'extraction et que l'anesthésiste est dans la salle.
- Lors de mes études, une patiente agitée pendant la phase d'expulsion, qui hurlait, et la sage-femme lui mettant la main sur la bouche pour ne pas l'entendre.
- TV et examen sous spéculum sans consentement par une sf pendant les études. Abstention d'explication pour des patientes ne parlant pas français.
- Expression abdominale lors des efforts de poussée, de plus sans prévenir la patiente et sans raison médicale (EE depuis 10mn et un RCF bon)
- Commencer une césarienne urgente sans que la patiente soit bien soulagée, ils ont finalement attendu que l'anesthésiste fasse une AG
- Anesthésiste qui va manger et laisse patienter une femme 1h30 avant une pose d'APD et qui finalement accouchera sans péridurale
- lors d'extraction instrumentales mais également d'accouchement nécessitant des manœuvres ou encore patient très agressives

- Révision utérine pratiqué par obstétricien dans un contexte non urgent, avant que la patiente soit soulagée par anesthésie
- Plusieurs fois, des révisions utérines pratiquées sur des patientes pas complètement soulagée par leur anesthésie.
- Accouchement sans APD car refus de l'anesthésiste parce qu'il n'y avait pas de bilan sanguin de moins d'un mois
- patiente très algique lors d'une extraction instrumentale pour bradycardie avec nécessité de tenir la patiente..
- Col dilaté au doigt par un chef pour le rendre favorable au déclenchement, et ce devant le conjoint et moi ...
- Anesthésiste accusant la femme d'être trop obèse pour justifier son incapacité à poser une rachi A
- Forceps et épisiotomie sur une patiente seule ne parlant pas français et sans péridurale
- Le plus fréquent : réalisation de TV sans préavis, sans pudeur, dans la précipitation.
- Forceps en urgence sur une patiente sans APD avec légère barrière de la langue
- Forceps sans anesthésie, césarienne avec une péridurale inefficace
- Révision utérine douloureuse. Extraction instrumental difficile
- épisiotomie sans APD RU sans APD. TV sans consentement
- forceps sans analgésie pour une patiente accouchant sous X
- Extraction sur bradycardie foetale avec APD peu efficace
- Prélèvement vaginal après que la patiente ai refusé
- Extraction instrumentale avec une patiente algique
- Dans l'urgence

Réponses question 11 :

- PEC d'un couple avec barrière totale de la langue avec réalisation de lactates pour ARCF, accouchement avec extraction instrumentale pour défaut d'EE sans aucune compréhension par la patiente de la totalité de la PEC.
- Faire des révisions utérines sur des patientes partiellement soulagées malgré re-injection des équipes anesthésistes.
- Dans les situations où il faut déclencher le travail, et que l'on doit connaître les conditions locales pour choisir le type de maturation ou déclenchement, même si l'examen est douloureux on cherche absolument à connaître l'état du col, alors on insiste pour le trouver même s'il est postérieur et difficile à attraper. Je suis mal à l'aise face à cette douleur provoquée par mon geste intrusif, même si la patiente a donné son accord. Les femmes souffrent en silence pendant cet examen, et j'aimerais qu'elles se donnent le droit de dire stop plus tôt qu'elles ne le font.

Idem l'expression utérine en post partum immédiat pour quantifier les saignements et voir la tonicité de l'utérus, c'est un geste très douloureux sans APD, ressenti violent alors que la femme pense en avoir fini avec l'accouchement. Mais c'est une vérification très importante, vitale. A voir si elles ne peuvent pas le faire elle-même en prenant le temps...

- Je ne me sens pas directement concernée par les attaques au sujet des violences obstétricales parce que je suis persuadée qu'une bonne communication est à la base de toute prise en charge et j'ai l'impression qu'on fait d'autant plus attention quand il y a une barrière de langue ou de culture. Je ne me mémorise pas avoir déjà été "violente" mais il est indéniable qu'un jour une patiente ait pu ressentir un acte comme agressif sans le verbaliser...
- Actes réalisés dans l'urgence sans consentement préalable ("et/ou" de la définition ci-dessus fait que tout geste médicalement pertinent mais réalisé sans consentement dans le cadre de l'urgence est un acte de violence obstétrical !!! C'est juste aberrant ++++)
- Hémorragie grave de la délivrance quand j'étais assistante, anesthésiste absent, IADE tout seul, besoin d'une AG mais personne pour la faire et 1 litre au baquet, j'ai fait la DA sans pouvoir attendre plus et la femme a souffert
- lors de mes études, on allait chercher le menton pour le dégagement, de manière systématique. Cela était douloureux et sans intérêt pour la patiente, mais jugé obligatoire par la SF. Pareil pour les épisiotomies.
- J'espère vraiment que non...en tout cas, je m'applique à toujours obtenir le consentement de mes patientes et parfois à expliquer (dans la mesure de mes compétences) lorsque mes collègues ne le font pas
- lors de cumul de facteur favorisant : barrière de la langue + situation d'urgence par exemple où l'information est donnée mais sans doute pas bien reçue...
- Urgence d'une hémorragie de la délivrance, nécessitant une RU malgré mauvaise analgésie. Episiotomie sur bradycardie fœtale et patiente non coopérative.
- Pas de situation précise, mais je pense qu'il y a forcément une de mes patientes qui un jour a mal vécu une situation, sans l'avoir forcément formulé.
- Pas d'APD possible par manque de place Pas de possibilité de tout expliquer car barrière de la langue Épisiotomie en urgence sans avertir la patiente
- Dans les situations d'urgences où il n'est pas toujours évident d'expliquer clairement et d'obtenir le consentement pour chaque acte
- Incompréhension entre la patiente et moi sur la douleur des contractions après rupture des membranes, patiente excisée violentée
- Peut-être en n'ayant eu peu de patience pour expliquer les choses sur des patientes très vindicatives lors de gardes chargées

- J'ai sûrement examiné des patientes douloureuses. pensant faire mon travail mais sans leur consentement
- Absence de consentement au toucher vaginal dans le cadre d'accouchement imminent chez une multipare
- Manœuvre de jacquemier réalisée chez patiente n'ayant pas d'APD et ne comprenant pas le français.
- Ne pas redemander l'accord pour un TV après en avoir fait plusieurs dans la journée avec accord
- Episio sans consentement avant la polémique sur les violences obstétricales
- TV fait sur une patiente avec vaginisme, en travail dans contexte d'ARCF
- dans le cadre d'une situation urgente ou problème de communication
- Examiner des patientes qui ne comprennent pas du tout le français.
- La réalisation d'une épisiotomie sans demande de consentement.
- Episiotomie dans l'urgence (bradycardie fœtale)
- Episiotomie sans le consentement
- passage en césarienne code rouge
- TV difficile

Réponses question 16 :

- Aucun
- Pas de bénéfice
- pas de bénéfice concernant la réduction des violences obstétricales
- Pas de bénéfice, sujet des violences obstétricales non abordées en formation par simulation.
- Aucun c'est surtout la partie médicale qui y est abordé
- Le sujet n'était pas abordé
- Sujet peu abordé lors de cette formation
- Aucun concernant les violences. La question n'a pas été abordée
- Pas le thème
- pas de lien avec les violences obstétricales, uniquement basé sur la gestion de l'urgence
- Ça n'a pas changé ma façon de faire dans l'urgence
- Meilleure gestion du stress, meilleure communication entre les professionnels
- Anticipation dans la mesure du possible, ne pas stresser, communiquer en équipe de qui fait quoi, et expliquer brièvement mais efficacement à la patiente ce qu'on va faire et pourquoi c'est important, et préciser qu'on reprendra le temps d'expliquer ce que nous avons fait et pourquoi nous avons fait ça une fois le geste terminé.

- importance de communiquer avec la patiente, lui expliquer les situations d'urgence et l'importance de certains gestes pour éviter qu'ils soient mal vécus. Importance de la communication au sein de l'équipe.
- Etre mieux organisée dans l'urgence avec un vrai travail d'équipe dans une atmosphère plus sereine. Meilleure communication inter équipe et meilleure information à la patiente.
- Permet de se rendre compte de la place de la communication dans la gestion de l'urgence : communication entre professionnels et avec la patiente
- l'urgence vitale est le plus important, mais savoir revenir vers la patiente pour expliquer les gestes qui peuvent avoir été mal interprété
- Mieux communiqué entre les différentes professions, mieux gère les situations de stress et donc être plus assuré dans ses actes
- La communication essentielle au sein de l'équipe et ne pas oublier de donner l'information des gestes au couple.
- Meilleure coordination d'équipes donc diminution du stress lié à l'urgence donc plus de temps pour la patiente
- Importance de la communication et de l'écoute au sein de l'équipe pour la prise en charge des patients
- Anticipation, communication. Prendre le temps d'expliquer brièvement la situation avant toute manœuvre.
- Même dans l'urgence gérer son stress et prendre le temps d'expliquer les gestes réalisés
- beaucoup de verbalisation, même dans l'urgence, mais ce n'est rien de nouveau!
- L'écoute et l'explication a la patiente dans des moments d'urgence
- La communication avec la patiente dans une situation d'urgence
- Mise en situation d'urgence et importance de la communication
- Communication avec la patiente et entre professionnels
- Cohésion d'équipe et meilleures explications au patient
- Amélioration de la communication entre professionnels
- Plus de communication avec patiente et équipe
- Importance de la communication +++
- Communication avec la patiente
- La communication

Réponses question 20 :

- Renforcement au maximum de l'écoute de la patiente et de ses souhaits, je l'assure tous le temps que la patiente est en accord avec la PEC et surtout l'a bien comprise, débriefing après la gestion d'une urgence...
- Essayer de donner une information éclairée, avoir le consentement de la patiente pour les différents actes réalisés. Importance des cours de préparation à la naissance et du projet de naissance pour avoir une base sur laquelle communiquer avec les couples.
- Attention particulière envers les patientes ne parlant pas le français. Consentement avant épisiotomie
- Evaluer plus précisément le profil du couple.
- Je fais moins d'épisiotomie, je préviens quand je la fais et du pourquoi, et je demande l'autorisation avant TV ou speculum tout le temps
- J'ai été encore plus attentive et vigilante à mes gestes. Plus à l'écoute des patientes
- faire un TV sous un drap en consultation
- Je ne fais plus d'épisiotomie, je demande systématique les souhaits du couple, les inquiétudes...
- Je prends plus le temps d'expliquer ce qu'il pourrait se passer en cas d'urgence où le consentement n'est pas forcément demander avant d'agir mais si la patiente est au courant je pense que le moment venue elle sera moins surprise.
- Les patientes ne comprennent pas l'urgence de certaines situations vitales pour elle-même ou leur enfant; Meilleure communication avec les patientes, pendant et après l'accouchement.
- Consentement et explications de pourquoi fait-on ce geste
- J'insiste plus sur le fait que les femmes valident les actes proposés, pas juste les informer de ce qu'on va faire mais les "forcer" à répondre: "ok j'ai compris pourquoi vous devez faire tel geste et je suis d'accord"
- Explications encore plus poussées des gestes de soins
- Consentement moins tacite
- Ce n'est pas la médiatisation qui m'a fait évoluer, ms plutôt les formations et les échanges entre collègues
- Amélioration de mon écoute et de mes explications
- Anticipation des situations d'urgence avec les patientes. Plus de communication et demande ++ de consentement
- Demander systématiquement le consentement de la patiente avant de toucher / palper son utérus et avant les TV. Expliquer tout ce que je fais (antibio, délivrance dirigée etc ...) au fur et à mesure
- On est plus vigilant sur l'information claire aux patientes
- Demander plus de consentement du patient pour chaque acte et explication de chaque acte pour qu'il soit vécu différemment

- Important de faire attention à nos actes et pourquoi on les fait. Important aussi d'être à l'écoute des patientes
- Dans la formulation de la proposition de réalisation des actes
- Encore en études à ce moment-là, mais j'ai pu voir des changements dans la formation à l'école de sages-femmes. On nous y a sensibilisé et répété plusieurs fois l'importance du consentement de la patiente.
- Application des nouvelles recommandations qui s'en suit suivi et demande systématiquement du consentement pour tout soin
- Le consentement est peut être renouvelé plus souvent
- Je faisais déjà attention à avoir le consentement de mes patientes mais je redouble de vigilance
- Plus de conscience de la communication
- Accord systématique de la patiente pour épisiotomie, plus grand respect du projet de naissance
- Diminution des TV à chaque consultation et pendant le travail
- J'ai encore plus détaillé mes explications sur ce que j'allais faire et pourquoi je le faisais
- Plus à l'écoute
- j'explique plus longuement pourquoi tel ou tel geste a été fait
- Surtout l'idée nouvelle est de faire partager aux patientes les choix médicaux et de plus expliquer
- Mes tv étaient automatiques, comme obligatoires. Aujourd'hui j'en demande l'autorisation à chaque patiente
- J'ai toujours attaché beaucoup d'importance à la communication avec les patientes et leurs conjoints. J'y fais peut-être encore plus attention...
- Par exemple aborder l'épisiotomie sûre je pense que peut être cela sera nécessaire je demande à la patiente si elle veut que je la prévienne quand je la fais ou pas même si évidemment je vais éviter d'en faire une !
- Obtenir consentement oral patiente pour épisiotomie
- Explications données plus souvent et consentement recherchés beaucoup plus souvent
- Demander systématiquement aux patientes leur accord et leur ressenti par rapport aux gestes pratiqués

Résumé

Les femmes sont amenées à rencontrer de nombreux professionnels de santé au cours de leur suivi gynécologique et obstétricale. Depuis 2014, elles dénoncent les actes sexistes ou les maltraitances qu'elles subissent lors de leur suivi médical. Ceux-ci sont regroupés sous le terme de violences gynécologiques et obstétricales. On assiste depuis, à une forte médiatisation autour de ce sujet. De nombreuses enquêtes ont commencé, interrogeant les patientes sur le vécu de leur accouchement notamment. Il nous semblait pertinent de questionner directement les professionnels de l'obstétrique, afin de comprendre l'importance et la genèse de ces violences. Nous avons fait le choix de nous concentrer seulement sur ceux qui exercent en salle de naissance. En effet, c'est un service à risque où l'intimité est parfois mêlée à l'urgence vitale.

L'objectif de ce mémoire est d'évaluer la connaissance du concept de violences obstétricales par les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes qui travaillent en salle d'accouchement. Egalement, de comprendre quelles sont les causes de ces violences obstétricales, ainsi que les solutions qui peuvent permettre de lutter contre celles-ci. Nous souhaitons aussi évaluer l'impact qu'ont eu les polémiques autour des violences obstétricales sur la pratique des soignants. Dans un deuxième temps, il a pour but une sensibilisation à l'éthique clinique des professionnels de santé. Pour cela, nous avons réalisé une étude rétrospective auprès des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens du CHU de Nantes et du CHD Vendée de La Roche sur Yon, grâce à un questionnaire diffusé via internet sur le logiciel Google Forms®.

Nous pouvons ainsi dire, que les violences obstétricales sont une réalité au sein des services de salle de naissance, puisque la majorité des soignants interrogés y ont déjà été confrontés. Les causes principalement évoquées sont l'urgence, l'absence de recueil du consentement ou l'absence de prise en charge de la douleur. Afin de tenter de prévenir et de réduire ce phénomène, il faut renforcer la communication avec les patientes tout au long du suivi et former d'avantage les professionnels. Ces derniers semblent avoir fait évoluer leurs pratiques suite à la médiatisation des violences obstétricales, en accentuant leur vigilance autour du consentement notamment.

Mots clés : violences obstétricales, professionnels de l'obstétrique, consentement, éthique clinique