Université de Poitiers

UFR de Santé

École de Sages-Femmes de Poitiers

Mémoire de fin d'études

Etiologie de la maltraitance obstétricale dans les salles d'accouchement

Etude qualitative menée auprès des sages-femmes exerçant en salle d'accouchement

Mémoire présenté par

Jeanne DENAIN

Née le 30/11/1996

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2020

Directeur de mémoire : M. Benoît Pain (UFR de Santé)

Université de Poitiers

UFR de Santé

École de Sages-Femmes de Poitiers

Mémoire de fin d'études

Etiologie de la maltraitance obstétricale dans les salles d'accouchement

Etude qualitative menée auprès des sages-femmes exerçant en salle d'accouchement

Mémoire présenté par

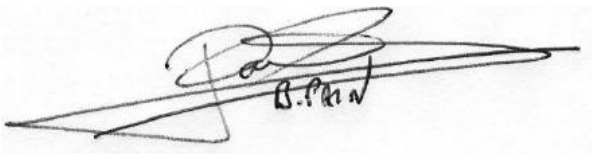
Jeanne DENAIN

Née le 30/11/1996

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2020

Directeur de mémoire : M. Benoît Pain (UFR de Santé)



Remerciements :

Un grand merci à M. Pain, professeur d'éthique et de philosophie, directeur de mémoire, pour sa réactivité, ses conseils avisés et surtout, sa patience tout au long de la lente écriture de ce mémoire.

Sonia Papin, sage-femme enseignante, pour sa disponibilité et son soutien tous deux précieux.

Tous les enseignants et sages-femmes croisés durant mes études, qui ont supporté ma nonchalance pendant 4 ans, à celles qui m'ont apporté la bienveillance nécessaire dans les moments de doute.

Je remercie évidemment les sages-femmes ayant accepté de participer à cette étude, avec qui il a été très riche de discuter.

Merci à celles qui ont consenti à jouer les cobayes pour le lancement de cette étude.

Au trio fantastique, d'avoir su me garder à leurs précieux côtés pendant ces 4 ans, merci d'avoir veillé et rayonné sur moi.

A Léa B., pour ton implication et ton aide dans ce mémoire qui n'était pas le tien. La boucle est maintenant bouclée !

Enfin, à toutes les personnes que j'ai croisées durant la rédaction de ce mémoire, surtout en Guyane, merci de m'avoir poussée tout en m'offrant des moments de décompression précieux.

Table des matières

1 Glossaire 9

2 Introduction 11

3 Méthodologie 15

3.1 Objectifs 15

3.2 Hypothèses 15

3.3 Schéma 15

3.4 Population 15

3.5 Déroulement de l'étude 15

3.6 Mode de recueil des données 16

3.7 Analyse statistique 16

4 Résultats 17

4.1 Recrutement de la population 17

4.2 Caractéristiques de la population d'étude 17

4.3 Droit des patientes 18

4.4 Droits du/de la partenaire 18

4.5 Obstacles au respect des droits des patients 19

4.6 Evolution du métier de sage-femme 19

4.7 Perception des violences obstétricales 20

4.7.1 Vécu par la sage-femme 20

4.7.2 Remise en question personnelle 21

4.7.3 Remise en question des pratiques en gynécologie/obstétrique 21

4.7.4 Remise en question du système de santé 22

5 Discussion 23

5.1 Validité interne 23

5.2 Droit du patient 23

5.3 Droit du partenaire 26

5.4 Obstacles au respect du droit des patientes 26

5.5 Evolution du métier de sage-femme 30
5.6 Perception des violences obstétricales par les sages-femmes 32
5.7 Remise en question personnelle 35
5.8 Remise en question des pratiques en gynécologie-obstétrique 36
5.9 Remise en question du système de santé en général 40
6 Conclusion 45
7 Bibliographie 47
8 ANNEXES 53

1 Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé

CIANE : Comité Inter Associatif autour de la Naissance

CNOSF : Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

CSP : Code de la Santé Publique

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

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

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

TV : Toucher Vaginal

VPN : Visite Post Natale

2 Introduction

Le suivi gynécologique concerne toutes les femmes, soit actuellement 34 millions en France, l'obstétrique représente chaque année environ 800 000 naissances (1) (2). La particularité de ces deux spécialités est qu'elles ne concernent pas nécessairement un public atteint de pathologies : les femmes qui souhaitent se voir prescrire une contraception et celles qui accouchent sont en bonne santé. Ces suivis ont rapport à l'intime de la femme (3). Le Haut Conseil à l'Egalité entre les hommes et les femmes (HCE) estime qu'une femme consulterait 50 fois au cours de sa vie pour motif gynécologique, 75% des consultations ayant pour motif la physiologie (contraception, ménopause ou grossesse) (3). Quant à la physiologie de l'accouchement, elle représentait 66,7% des naissances en 2016 lors de la dernière enquête de périnatalité (4). Par physiologie, on entend ici l'accouchement spontané par voie basse non instrumentale.

Pour encadrer ces pratiques, il existe des textes. La Haute Autorité de Santé (HAS) publie régulièrement des recommandations de bonne pratique (5). La loi Kouchner de 2002, (loi n°2002 - 303) relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, stipule que *: « 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.* » (6). Le Code de la Santé Publique (CSP) indique quant à lui que *« toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* » par le professionnel de santé lors d'un entretien individuel. Les seules dérogations possibles concernent les cas d'urgence ou l'impossibilité d'informer (7).

Durant l'année 2014, le hashtag *# payetonutérus* voit le jour sur les réseaux sociaux, mettant en avant des milliers de témoignages de femmes se sentant « maltraitées » lors de consultations gynécologiques ou obstétricales (8). C'est dans cette mouvance qu'apparaissent les termes « violence gynécologique » et « violence obstétricale » qui font la une des médias et des réseaux sociaux. A la demande de Marlène Schiappa, Secrétaire d'Etat chargée de l'Egalité entre les femmes et les hommes, le HCE publie un rapport sur les violences faites aux femmes pendant le suivi gynécologique et obstétrical en juin 2018 (3). En France, il n'existe pas de définition claire et précise du concept. Pour faire face à la « déshumanisation » de la naissance, plusieurs pays d'Amérique Latine ont déjà intégré la notion de violences obstétricales dans leurs textes de loi, le plus ancien datant de 2007 au Venezuela (9). En 2015, l'état du Chiapas au Mexique inclut la violence obstétricale dans son code pénal, la définissant ainsi « *action qui touche directement ou indirectement les processus reproductifs des femmes et peut être exprimée*

physiquement ou psychologiquement », considérant les actes suivants comme éligibles à la définition : « *les pratiques invasives telles que les touchers par plus d'une personne, incisions chirurgicales dans la région du périnée (peau, plan musculaire et muqueuse vaginale) pour accélérer l'expulsion du fœtus; l'utilisation de forceps; racler l'utérus sans anesthésie (…) »* (10).

D'après l'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes (IRASF), les violences ressenties recouvrent 3 dimensions : verbale, physique et légale (11). Le HCE, dresse une typologie de 6 types d'actes sexistes relatifs au suivi gynécologique et obstétrical :

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

Les conséquences des violences obstétricales et gynécologiques sont encore mal documentées car il existe peu d'études à ce sujet. Le Comité Inter Associatif autour de la Naissance (CIANE) indique cependant que, dans les cas les plus graves, les maltraitances obstétricales sont l'une des causes du syndrome de stress post-traumatique après un accouchement. Ce stress post-traumatique peut avoir des conséquences dramatiques : le renoncement aux soins, une vie sexuelle en berne, la peur ou le refus de grossesses ultérieures, la remise en cause de l'idéal familial, le sentiment de culpabilité, la perte d'estime et de confiance en soi (12).

Jusqu'alors, aucun écrit ne s'est intéressé à l'origine de cette maltraitance dont les conséquences semblent non négligeables. Pour certains, ce sont les actes médicaux eux-mêmes qui seraient porteurs de violence, parce qu'ils iraient à l'encontre de la physiologie féminine. La surmédicalisation serait alors la cause de la maltraitance (12). En effet, d'après une étude anglo-saxonne, il a été mis en évidence qu'un système de santé surchargé entrainait automatiquement des violences envers les patientes ce qui est le cas notamment dans les *« maternités industrialisées » (traduction littérale)* (13). Le seul véritable écrit exposant le point de vue des soignants à ce sujet étant le rapport de l'Académie de médecine ; qui concède que *« l'apparition et l'augmentation du risque médico-légal a probablement favorisé*

l'émergence d'une obstétrique sécuritaire avec une composante « défensive », et donc plus interventionniste » (14). La composante défensive de la médecine étant un concept répondant à la définition suivante : « *une médecine de l'évitement dans laquelle la préoccupation des médecins consiste davantage à se prémunir contre le risque judiciaire qu'à dispenser des soins appropriés à leurs malades (…) qui conduit les médecins à prescrire des examens complémentaires le plus souvent inutiles, mais destinés, en cas de problème, à prouver aux juges qu'ils n'ont pas été négligents. »* (15)

En réponse à cette polémique naissante, le Pr Israël Nisand, président du Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF) souhaite, dans une lettre ouverte à Marlène Schiappa, mettre en avant un manque de moyens dans les hôpitaux ; « *Nous nous attendions au contraire à ce que vous souteniez une profession en souffrance qui essuie sans arrêt des diminutions de personnel et qui se trouve souvent à la limite de l'acceptabilité en termes de sécurité. »* (16).

C'est probablement dans un souhait de diminution des interventions médicales que les maisons de naissances font leur apparition en France (17) et que la HAS a édité de nouvelles recommandations sur l'accouchement physiologique (18). Déjà, en 2006, 6% des patientes se déclaraient peu ou pas du tout satisfaites de leur accouchement, déplorant entre autres le défaut d'information claire ou les actes médicaux sur-représentés (19).

Très subjective, et semblant se situer au carrefour entre les violences de genre et institutionnelles (20), la maltraitance obstétricale est-elle entraînée par la « déshumanisation » de la naissance, elle-même entrainée par la médicalisation de l'obstétrique ? Par un système de santé surchargé ? La question de recherche est donc la suivante : **quelle est l'origine de la maltraitance obstétricale** ?

3 Méthodologie

3.1 Objectifs

- L'objectif principal était de connaître les origines des maltraitances commises en salle de naissance.
- L'objectif secondaire était d'évaluer la place de l'information et du consentement en salle de naissance et évaluer la perception des professionnels au sujet des violences obstétricales.

3.2 Hypothèses

Au fil des lectures et de la recherche autour du sujet de mémoire, des hypothèses de recherche ont été élaborées :

- La médecine défensive, dans le contexte intime de l'accouchement peut être vécue comme intrusive par la parturiente et son conjoint.
- La violence d'un accouchement viendrait notamment de la médicalisation de celui-ci mais également du non-respect de l'autonomie des patients.
- La maltraitance obstétricale est à la fois une maltraitance qui provient du système de santé, mais qui peut également faire partie des violences faites aux femmes. Le modèle médical et la charge de travail entrent beaucoup en jeu.

3.3 Schéma

Il s'agit d'une étude qualitative, menée par entretiens semi directifs auprès des professionnels sages-femmes.

3.4 Population

Pour des raisons de faisabilité, la population d'étude incluait uniquement des sages-femmes.

Critères d'inclusion : être sage-femme diplômée d'état, avoir une activité dans le secteur hospitalier public, en secteur privé, avoir exercé en salle de naissance au cours de l'année passée (afin d'éviter les biais de mémorisation).

Critères de non inclusion : ne pas avoir exercé en salle de naissance au cours de l'année passée.

3.5 Déroulement de l'étude

L'enquête a été menée par entretiens téléphoniques d'une vingtaine de minutes. Au vu des conditions sanitaires exceptionnelles au moment du déroulement de l'étude, les professionnels ont été contactés de différentes manières : contact par mail à différents cadres de maternité, recrutement sur les lieux de stage, ou par le biais du « bouche à oreille ». Au

moment de la prise de contact, pour éviter de biaiser l'entretien, il était mentionné que le thème du mémoire était « pratiques en salle de naissance et droits des patients », ainsi le terme de « maltraitance obstétricale » n'était jamais mentionné auparavant.

Après un accord oral passé avec les sages-femmes contactées, les appels ont été enregistrés puis retranscrits.

3.6 Mode de recueil des données

Les entretiens ont été menés grâce à une grille d'entretien semi directive comportant une série de questions ouvertes (annexe I). Cette grille a été mise à l'essai lors de trois entretiens « exploratoires » pour vérifier qu'il n'y ait pas de remaniements nécessaires avant de lancer l'enquête. En raison des difficultés de recrutement des sages-femmes durant l'épidémie de la COVID-19, les entretiens exploratoires ont été effectués auprès d'étudiantes sages-femmes en dernière année d'études. Après réflexion, il n'a pas été nécessaire de modifier le guide d'entretien. Devant la difficulté de se déplacer pour rencontrer les professionnels, il a été décidé de continuer les entretiens téléphoniques pour le reste des inclusions.

3.7 Analyse statistique

Une fois les entretiens terminés, ils ont été retranscrits intégralement par écrit. Puis ont été identifiés des grands thèmes et des sous thèmes dans le but de répondre aux objectifs. L'analyse des champs lexicaux consistait en un classement des propos recueillis dans ces différents thèmes et sous thèmes.

4 Résultats

4.1 Recrutement de la population

Au total, 19 entretiens téléphoniques ont été réalisés entre le 7 avril et le 3 septembre 2020, chacun durant entre 9 et 46 minutes. Les 3 entretiens exploratoires (*entretiens 1, 2, 3*) ayant été menés auprès d'étudiantes sages-femmes, ils n'ont pas été compris dans la population d'étude.

Une sage-femme a été exclue de l'étude car elle s'est retractée en cours d'entretien (*entretien 19)*. Au total, l'analyse a porté sur 15 entretiens (*entretiens 4 à 18*).

4.2 Caractéristiques de la population d'étude

Les interrogés ont été classés selon 2 caractéristiques : le niveau d'expérience et le type de maternité dans lequel ils exerçaient.

- Niveau d'expérience : La majorité des interrogés avaient entre 5 et 10 ans d'expérience.

Tableau I : nombre d'années d'expériences des sages-femmes interrogées

Nombre d'années d'expérience	Nombre de sages-femmes
< 5 ans]	5
]5 – 10 ans]	6
]10 – 15 ans]	2
]15 – 20 ans]	2

- Niveaux de maternité : Des sages-femmes exerçant dans différents niveaux de maternité ont été interrogés. Il avait été convenu au préalable de choisir le même nombre de sages-femmes par niveaux de maternité.

Tableau II : niveaux de maternité d'exercice des sages-femmes interrogées

Niveaux des maternités d'exercice	Nombre de sages-femmes
III	4
IIb	3
IIa	4
I	4

4.3 Droit des patientes

La première partie de l'entretien portait sur le droit des patientes, la figure ci-dessous représente les champs lexicaux les plus fréquemment retrouvés :

Figure1 : champs lexicaux concernant les droits des patientes

4.4 Droits du/de la partenaire

La seconde partie concernait le droit des partenaires, la figure ci-dessous représente les champs lexicaux les plus fréquemment retrouvés :

Figure 2 : champs lexicaux concernant le droit des partenaires

4.5 Obstacles au respect des droits des patients

L'entretien s'intéressait ensuite aux obstacles potentiels du respect des droits des patients, la figure ci-dessous représente les champs lexicaux les plus fréquemment retrouvés :

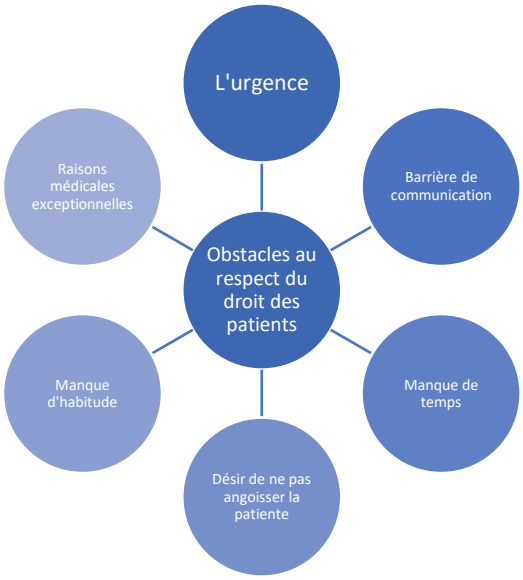


Figure 3 : champs lexicaux concernant les obstacles au respect du droit des patients

4.6 Evolution du métier de sage-femme

Une autre partie de l'entretien concernait les évolutions du cœur du métier de sage-femme, la figure ci-dessous représente les champs lexicaux les plus fréquemment retrouvés :

Figure 4 : champs lexicaux concernant les évolutions du métier de sage-femme

4.7 Perception des violences obstétricales

L'entretien abordait ensuite la perception que les professionnels avaient des violences obstétricales, les figures ci-dessous représentant les champs lexicaux les plus fréquemment retrouvés, selon le vécu et les remises en question personnelles et des pratiques :

4.7.1 Vécu par la sage-femme

Par la suite, il semblait pertinent de se pencher sur le vécu qu'avait eu la sage-femme lors de l'émergence de témoignages sur les maltraitances en salle d'accouchement.

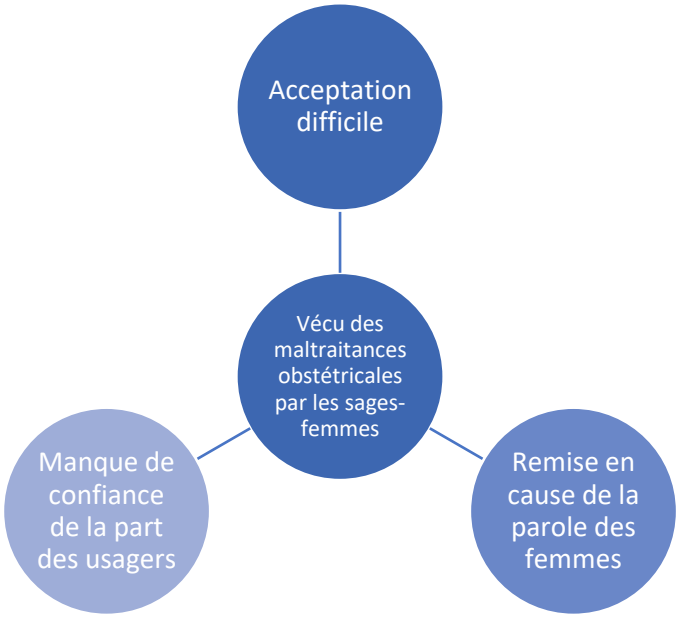


Figure 5 : champs lexicaux concernant le vécu des violences obstétricales par la sage-femme

4.7.2 Remise en question personnelle

De là, découlait une certaine remise en question de la pratique personnelle de la sage-femme.

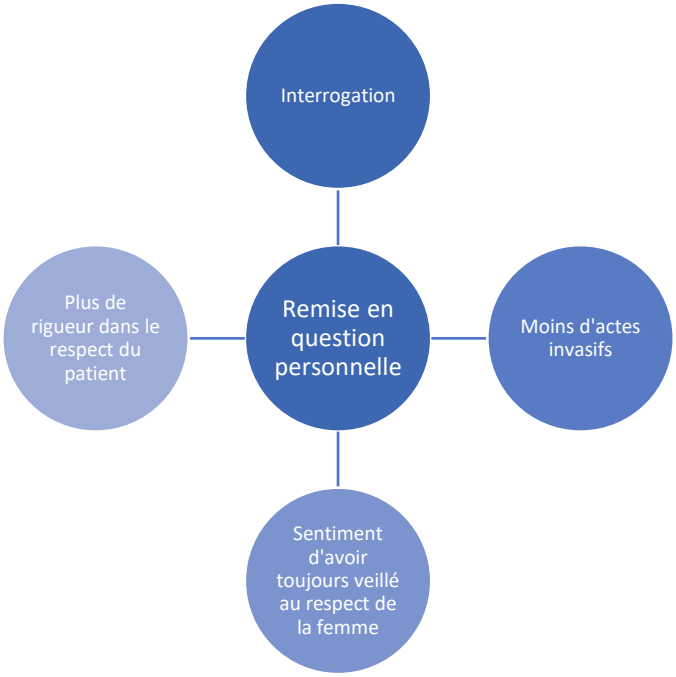


Figure 6 : champs lexicaux illustrant la remise en question des sages-femmes sur leur pratiques personnelles

4.7.3 Remise en question des pratiques en gynécologie/obstétrique

Certaines remettaient en cause les protocoles et les habitudes dans le domaine de l'obstétrique.

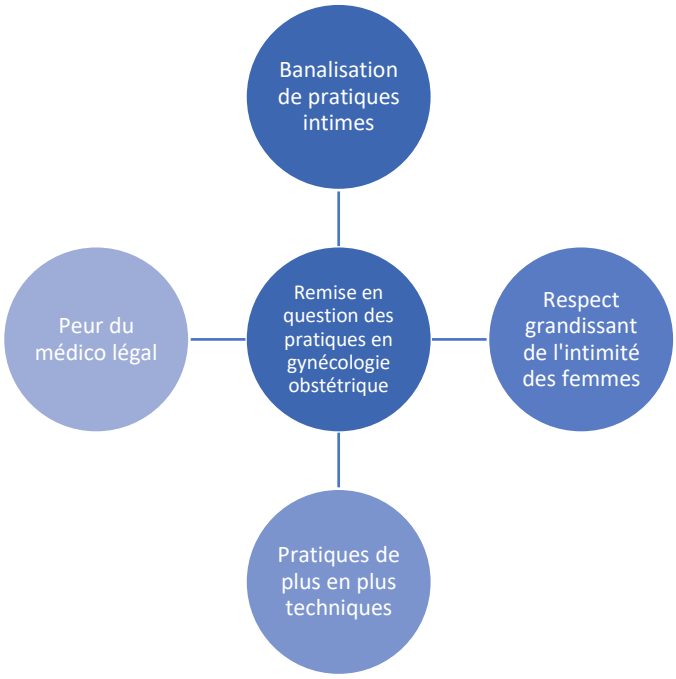


Figure 7 : champs lexicaux illustrant la remise en question des pratiques en gynécologie/obstétrique par les sages-femmes

4.7.4 Remise en question du système de santé

Au-delà d'une remise en question personnelle et/ou des pratiques en gynécologie-obstétrique se posait parfois la question du fonctionnement et de l'organisation du système de santé.

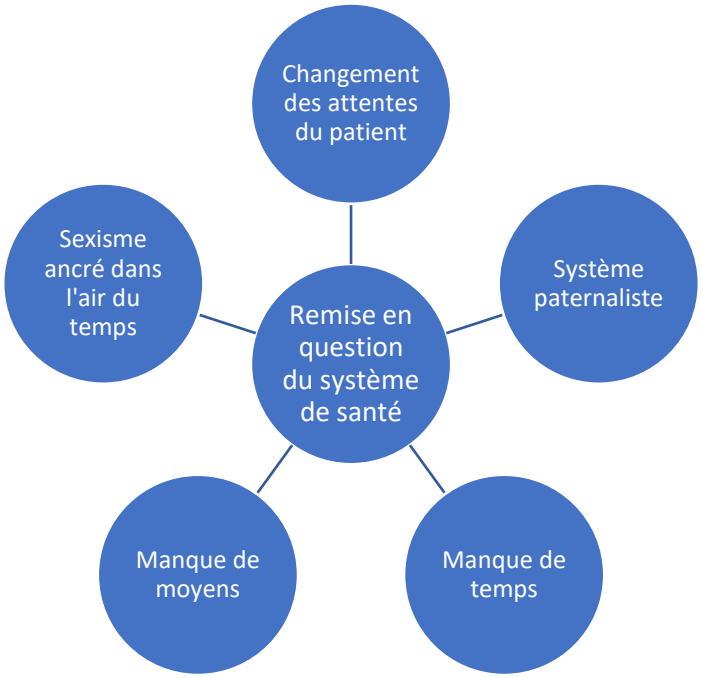


Figure 8 : champs lexicaux exposant les remises en question du système de santé par les sages-femmes

5 Discussion

5.1 Validité interne

Nous pouvons constater un biais de sélection : les professionnels interrogés ont été sélectionnés sur la base du volontariat. Aussi, même si le sujet n'était pas défini clairement avant de commencer l'entretien, il se peut que les professionnels interrogés aient été plutôt enclins à s'exprimer à ce propos.

La population n'étant pas exhaustive, les hommes représentaient environ 1/5 des participants, il est possible que les réponses aient été différentes selon le genre de l'interrogé. L'échantillon était composé de personnes relativement jeunes puisqu'en moyenne, les professionnels avaient 9 ans d'expérience dans le métier de sage-femme.

De plus au vu du contexte sanitaire, un choix a dû être fait quant à l'interrogation des différents professionnels : en effet, il était impossible d'interroger tous les corps de métiers intervenant en salle de naissance. Le choix a donc été fait de n'interroger que des sages-femmes.

La définition des violences obstétricales n'existant pas en France et les études à ce sujet étant rares, l'entretien semi-directif a été basé seulement sur les représentations conceptuelles de l'interrogé, il est donc possible qu'un biais de subjectivité ait été rencontré. Par ailleurs, la notion de maltraitance elle-même est non définie précisément. Les seules définitions existant à ce sujet sont celles de l'OMS et portent sur l'enfant ou la personne âgée (21) ; des personnes considérées comme « vulnérables » aux yeux de la loi. Pourtant, selon la loi, la femme enceinte est elle aussi considérée comme une personne vulnérable. L'article 223-15-2 du code pénal précise que l'état de vulnérabilité est dû aux attraits suivants : *« soit d'un mineur, soit d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse »* (22). Par l'exposition de l'intimité de la femme enceinte lors du suivi du travail et de l'accouchement, il est facilement imaginable que cela ajoute une notion encore plus particulière de la vulnérabilité.

5.2 Droit du patient

- **Droit au consentement** (entretien 8, 12, 13, 15, 17)

Dans notre étude, près d'un tiers des sages-femmes interrogées ont cité spontanément le droit au consentement tel que nous le connaissons dans la loi Kouchner (6). Une participante estimait que le consentement était « *un devoir de notre part* » (entretien 8).

Entretien 8 : « *euh… bah le consentement euh (rit) je parle de ça forcément. Le consentement de manière bah générale enfin pour tout ce qui est acte invasif que l'on doit faire sur elle, sur*

son bébé, en situation d'urgence ou pas, il faut qu'on prévienne la patiente dans la mesure du possible parce que c'est son corps, parce que c'est son enfant »

Entretien 12 : « *j'essaye de recueillir le consentement à chaque fois que j'effectue un toucher vaginal, même si c'est la 10ème fois que je l'examine, je lui demande toujours son consentement, c'est hyper important pour moi* »

En revanche, certaines sages-femmes avaient du mal à statuer sur ce sujet, estimant que, dans un contexte d'urgence, la femme n'avait pas spécialement son *« mot à dire à ce sujet* » (entretien 4).

Selon une étude sur les violences obstétricales, menée en Bourgogne par Malet et Al en janvier 2020 (23), 20,5% des patientes considéraient que le consentement n'avait pas été recherché lors de gestes invasifs devant être pratiqués au bloc obstétrical. De la même façon, dans notre étude, le consentement ne faisait pas partie des droits les plus cités par les interrogés. Un mémoire de sage-femme rapportait en 2018 que la recherche de l'information et du consentement divisait les sages-femmes dans leurs pratiques. Il ressortait qu'une majorité de sages-femmes interrogées ne cherchait pas le consentement, notamment lors de la pratique de l'épisiotomie, de peur de se trouver démunie devant un refus de la parturiente (23). Pourtant une étude menée dans plusieurs pays en 2015 démontrait bel et bien que la non-recherche d'information et de consentement (« *informed consent process* ») chez la femme en travail était la violence la plus relatée spontanément lors de la visite post-natale (VPN). Près de 54% des patientes le citaient (24).

- **Droit à l'information** (entretien 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18)

Lors de notre enquête, le droit à l'information apparaissait comme celui le plus cité par les professionnels (pour 60% d'entre eux) et donc le plus important. Deux verbatims résument l'essentiel de ce qui a été dit :

Entretien 9 : *« pour moi ce qui est le plus important c'est de les informer de l'évolution des choses, de ce qu'on va faire, de ce qu'on peut mettre en place comme traitement »*

Entretien 16 : « *c'est le droit d'information. Ça, hyper important euh qu'elles soient informées de tout et qu'elles sachent tout ce qui se passe en temps et en heure pour bien comprendre »*

Toujours selon l'étude de Malet et Al menée en Bourgogne, 14,4% des patientes relataient un défaut d'information (23). L'enquête de 2006 sur la satisfaction des usagères lors de leur accouchement constatait déjà que la majorité de ces dernières qui n'étaient peu ou pas satisfaites des conditions d'accouchement, l'étaient à cause du manque d'information (19). Selon notre

étude, il semblerait que les pratiques aient évolué depuis 2006 puisque la majorité des sages-femmes prenaient en compte l'information de la patiente en salle de naissance.

- **Droit de choisir** (entretiens 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 16 18)

La moitié des participants estimait que les femmes avaient le droit d'exprimer des choix sur le déroulement de leur travail et leur accouchement. Pour certains, les parturientes avaient *« le droit un peu d'exprimer leurs souhaits ou leurs désidératas de leur accouchement »* (entretien 11), d'autres appréciaient faire des suggestions à la patiente. Pourtant, dans un mémoire sur les pratiques obstétricales et leur vécu par les parturientes, il apparaissait qu'il était plutôt mieux vécu de pouvoir faire respecter son avis en tant que patiente en salle de naissance. (24)

Entretien 10 : *« j'aime bien aussi quand les gens, quand les patientes prennent part un peu aux décisions alors dans une certaine limite mais euh voilà, le choix des positions, parfois ça m'arrive de demander aux dames, bon quand elles en ont marre, elles veulent que ça aille plus vite, je leur dis* "bah écoutez si vous voulez, je mets de l'ocytocine, et puis ça va aller plus vite" *mais tu vois c'est une concertation »*

Dans le même thème, quelques interrogés ont cité ce droit de choisir plutôt sous la forme : « droit de refuser un soin par la patiente ».

- **Droit au respect de la dignité et de l'intimité** (entretiens 4, 6, 8, 10, 14, 15)

Rejoignant un des principes éthiques les plus importants, le principe de dignité émis par Kant et, plus tard Paul Ricoeur, 40% de notre échantillon, estimait que la parturiente avait un droit « *indéniable* » (entretien 6) : celui à la dignité. Ricoeur, définissait ainsi la dignité : *« quelque chose est dû à l'être humain du seul fait qu'il est humain »*, ainsi chaque être humain devrait être également digne et respecté dans son intégrité (25). L'article 16-3 du Code Civil stipule qu'« *il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, or le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir*. »

Entretien 4 : *« c'est vrai qu'on a une facilité à dénuder les patientes, à les appeler* "ma petite choupette, ma petite minette"*, non, voilà c'est le respect de la personne et de son intimité. C'est pas parce qu'elle est en train d'accoucher que t'es obligée de lui mettre les fesses à l'air, que tu… alors moi je la mets dans des positions abracadabrantes mais toujours dans le respect de ne pas, effectivement, montrer ses fesses à ceux qui peuvent rentrer »*

Entretien 10 : « *Je sais pas si ça en fait partie mais bon c'est quand même important, bien fermer les portes euh tu sais quand tu ressors, tiens quand tu rentres… un peu cloisonner les trucs quoi »*

- **Droit au bon soin** (entretien 5, 17)

Deux sages-femmes ont notifié le droit au bon soin. En effet, conformément à l'article R.4127-325 du CSP, la sage-femme doit s'engager « *à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né.* » (21).

5.3 Droit du partenaire

Les maltraitances obstétricales étant encore peu relayées du point de vue du/de la partenaire présent en salle de naissance, il nous a semblé intéressant de savoir si le conjoint/la conjointe avait des droits. En effet, le traumatisme de l'accouchement peut être vécu à la fois par la parturiente mais également par l'accompagnant. Pour beaucoup, il a été difficile de trouver un consensus sur les droits légitimes de l'accompagnant.e en salle de naissance. Finalement, les propos recueillis lors des entretiens, n'ont pas permis l'analyse de cette partie.

5.4 Obstacles au respect du droit des patientes

Plusieurs obstacles pouvant empêcher le respect du droit des patients ont été identifiés.

- **L'urgence** (entretiens 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18)

A l'unanimité, toutes les personnes interrogées ont imaginé que l'urgence constituait le principal argument du non-respect des patientes. Une sage-femme a souligné que l'information pouvait être rattrapée une fois l'urgence vitale dépassée. Conformément à un mémoire de sage-femme mené en 2019 sur la perception des violences obstétricales par les professionnels de santé, le regard sur la composante « urgente » de l'obstétrique comme origine de la violence obstétricale, était plutôt mitigé (24). En effet, dans notre étude, d'une part l'urgence pouvait constituer une des origines possibles de la violence obstétricale. D'autre part, cette maltraitance n'était en aucun cas « excusable » du fait de l'urgence, certains professionnels considérant qu'il n'y avait presque aucune urgence où il n'était possible d'informer ne serait-ce qu'un minimum.

Entretien 9 : « *Après dans le temps où c'est l'urgence, c'est dit vite et je sais pas si c'est très entendu en fait. Mais tu vois, et c'est sûr que sur le temps de l'urgence vitale, t'en dis moins quoi. (…) Et finalement t'as pas, t'as un vrai manque d'information qui est donné à la personne qui part en césarienne et euh à l'accompagnant parce que c'est dans le même temps qu'il a ces informations et ils ont tous les 2 les informations à posteriori »*

Trois sages-femmes ont cité l'urgence de manière relative comme entrave au droit des patients. Pour toutes les 3, il était évident que l'urgence constituait un obstacle au recueil du consentement, mais pour autant il était possible, en cas d'extrême urgence, de l'informer de la situation.

Entretien 12 : « *l'urgence, même si, malgré tout, enfin… on peut quand même recueillir un consentement, mais c'est vrai que t'as pas d'information loyale donc euh quand ça va vite, on n'a pas le temps de tout expliquer mais malgré tout euh… voilà on peut quand même recueillir un consentement même si y a une urgence. Mais sinon ça serait vraiment l'urgence* »

Entretien 16 : *« l'urgence vitale bien sûr, ça reste quand même le motif où on laisse pas forcément le choix. Après je pense que l'information... je pense qu'on a toujours le temps de faire enfin moi personnellement je trouve que ça prend cinq secondes de dire aux gens ce qu'on fait en fait. (…) Donc euh… Pour moi normalement il devrait pas y en a voir* »

Entretien 17 : « *le degré d'urgence j'imagine. Voilà l'urgence absolue, vitale… et encore que… c'est quand même rare de ne pas avoir le temps d'expliquer ne serait-ce qu'en deux mots genre ce qui se passe*. »

- **Barrière de communication** (entretiens 5, 7, 8, 10, 18)

Comme autre obstacle au respect du droit des patientes en salle de travail, a été beaucoup citée la barrière de la communication. Deux types de barrières ont été rapportés : d'une part la barrière de la langue, d'autre part la communication limitée par un état de santé durable ou temporaire, empêchant l'information libre et éclairée.

Entretien 5 : « *effectivement si elle est inconsciente c'est sûr qu'on ne pourra pas recueillir son consentement »*

Entretien 7 : *« tu peux pas expliquer la même chose à un schizophrène qu'à une personne qui n'a pas de pathologie mentale »*

Si l'on reprend le propos de cette dernière sage-femme, se pose alors la question de l'indépendance des personnes en situation de handicap dont découle l'asymétrie de relation soignant-soigné. Sabine Delzescaux, maitre de conférences en sociologie, a beaucoup écrit à propos de ce qu'elle appelle la « relation d'aide » entre soignant et personne en situation de handicap. Dans un de ses articles, elle écrit « *cette asymétrie de relation [soignant-soigné ndlr], elle tient donc bien, en première instance, à la situation de dépendance objective des bénéficiaires qui ne disposent pas ou plus de leur pleine autonomie et doivent faire appel à un aidant extérieur (…) Dès lors qu'une personne doit en effet faire appel à un tiers aidant elle est*

vulnérable et se trouve structurellement placée en position de sujétion par rapport à cet aidant dont elle va dépendre soit partiellement, soit totalement. » (27). Comme souligné plus haut, la femme, par son état de grossesse, se trouve reléguée en situation de vulnérabilité. Lorsque le handicap s'ajoute, les critères de vulnérabilité sont accentués. Si l'on en croit S. Delzecaux, l'asymétrie soignant-soigné, qui existe déjà parfois chez des patientes non touchées par le handicap, devient d'autant plus grande. Lors de cet entretien, la sage-femme semble confirmer que le défaut d'information et de consentement est plus probable en situation de handicap, et donc que l'asymétrie soignant-soigné est majorée.

- **Désir de ne pas angoisser la patiente** (entretien 5)

Dans un des entretiens, il a été abordé le cas particulier où le professionnel pouvait être amené à ne pas divulguer certaines informations, dans l'unique but de protéger le patient et ne pas l'inquiéter.

Ces propos allaient à l'encontre du devoir d'information du professionnel de santé et des droits des patients. Même si une exception était faite à ce propos par le code civil de 1955 (28), celle-ci a depuis lors été modifiée. L'article 34 du code civil de 1955 stipulait : *« Un pronostic grave peut-être légitimement dissimulé au malade ».*

Bien que cet argument soit facilement compréhensible par d'autres soignants, il semblerait qu'il soit éthiquement non acceptable. Aucune mention à ce sujet n'est accordée dans le CSP ou le code de déontologie. La rétention d'information dans le but de protéger la patiente d'une potentielle angoisse fait directement écho à l'asymétrie soignant-soigné et une perte d'autonomie de la femme. Pourtant, des articles démontrent que la perte par la femme de sa place d'interlocutrice, d'actrice centrale des événements lors de l'accouchement fait partie du traumatisme de la naissance et pourrait être responsable d'un syndrome de stress post traumatique. (29)

- **Manque de temps** (entretien 9, 11, 13)

Sur 15 entretiens, 5 nous faisaient part des gardes où la charge de travail pouvait devenir tellement importante qu'elle empêchait la bonne information des patientes. Ce résultat rejoignait un mémoire de sage-femme publié en 2018, dans lequel les sages-femmes concédaient ne pas avoir le temps de donner une information loyale et éclairée lorsqu'elles devaient s'occuper de plusieurs patientes dans le même temps (30). Pour rappel, le manque

d'information est décrié par plusieurs études et vécu par les femmes interrogées comme une maltraitance obstétricale. (23)

Entretien 9 : « *le seul obstacle que je vois c'est euh le manque de temps parce que je vois pas d'autres obstacles qui pourraient, enfin, entraver ça. Enfin je veux dire… après je vois pas comment, enfin même quand t'as pas le temps, t'as quand même le temps d'expliquer 2-3 trucs, alors peut-être moins… peut-être un peu moins détaillés mais euh, enfin le seul truc pour moi, qui, je pense, pourrait freiner et qui pourrait empêcher cette information c'est juste le temps parce que... le temps où y a la grosse charge de travail* »

- **Manque d'habitude** (entretien 8)

Une seule sage-femme nous faisait part du caractère récent du devoir d'information et de recueil du consentement des professionnels de santé. Parfois, l'absence de consentement serait une omission de la part du soignant, par manque d'habitude.

Entretien 8 : « *Je sais que, avant tu vois, tu demandais pas forcément le consentement avant de faire une épisiotomie. Maintenant tu vois, tu dois demander ou en tout cas prévenir la patiente et le couple. (…) Après les situations où on passe peut-être à côté, peut être par manque d'habitude. Parce que ça* ***c'est assez récent qu'on fasse attention aux droits du patient***. »

Une sage-femme nous a fait part de la nouveauté pour elle de demander le consentement notamment avant une épisiotomie, cela pourrait être expliqué par le fait que cette sage-femme avait terminé ses études avant le début de la polémique sur les violences obstétricales, et que cette notion était moins abordée lors de la formation initiale à l'école de sage-femme. Cependant, les sages-femmes les plus expérimentées et ayant travaillé depuis plus longtemps n'ont pas toutes avancé cet argument. Les résultats sont donc plutôt hétérogènes quant à cette hypothèse.

- **Raisons médicales exceptionnelles** (entretien 10)

Seulement un des participants mettait en avant la situation médicale exceptionnelle où la patiente n'est plus en position de consentir. Ici, une sage-femme nous parlait des cas où la péridurale est fortement recommandée. Effectivement, même s'il n'existe pas de recommandations précises à ce sujet, dans certaines situations obstétricales à risque, l'analgésie péridurale est conseillée (31). Se pose alors la question de l'autonomie du patient, un concept bien connu en éthique médicale.

En éthique médicale, l'autonomie du patient se définit comme un être humain, capable d'exprimer sa liberté, son projet, sa rationalité et ses désirs et de les imposer au sein d'un contrat

de soins égalitaire. Lors de sa proposition de loi à l'assemblée, Bernard Kouchner, médecin et homme politique français, déplorait : *« Sous prétexte d'agir pour leur bien, les médecins décident trop souvent à la place des malades »* (30). La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, visait à corriger cette asymétrie entre médecin et patient ; que le patient puisse être acteur de ses choix. Dans ce verbatim, l'interrogé mettait en exergue toute l'ambiguïté de la place de soignant dans une relation de soin.

5.5 Evolution du métier de sage-femme

Une des hypothèses autour de notre problématique était l'évolution des pratiques en obstétrique, plus précisément la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement comme explication des maltraitances obstétricales. Il était important de comprendre le changement dans la pratique du métier de sage-femme pour répondre à notre problématique.

- **Médicalisation de la grossesse** (entretiens 4, 9)

Seulement 2 sages-femmes ont été marquées par le développement de la technique et la surmédicalisation autour de la grossesse comme tournant récent dans l'évolution des pratiques obstétricales.

Entretien 4 : *« le suivi de grossesse est beaucoup plus pointu aujourd'hui qu'il y a 15 ans, ha oui c'est plus médicalisé, on fait beaucoup plus* ***d'examens****, enfin on a l'examen très facile »*

Entretien 9 : « *(…) une demande plus importante de* ***bilans****, d'explorations, de pleins de choses en fait* »

Il n'existe pas vraiment d'étude à propos de la surmédicalisation dénoncée à la fois par les femmes et les sages-femmes interrogées. Par contre, le parallèle peut être fait avec le manque de physiologie des accouchements actuels.

Il est important de remarquer qu'au début du siècle dernier, les parturientes accouchaient à la maison. Désormais les accouchements s'effectuent en très grande majorité à l'hôpital (28). Aujourd'hui, les maternités de proximité (dites de type I) ferment leurs portes au profit de la centralisation des établissements de niveau II et III, eux même spécialisés dans les grossesses à risque, ne favorisant probablement pas la physiologie. Le nombre des maternités de type I est passé de 1369 en 1975 à 471 en 2018 en France métropolitaine. Les maternités de type II ou III concentrent désormais 79% des accouchements (33).

Si l'on prend l'exemple de la position d'accouchement, largement dénoncée par les femmes de nos jours, le fait qu'elle s'effectue sur le dos constitue une des avancées médicales datant du XVIIIème siècle. Aussi appelée « lithotomie », elle est considérée par son inventeur ;

Mauriceau, gynécologue et obstétricien français, comme « *un aménagement du décubitus dorsal imposant un fléchissement des cuisses préalablement écartées et pour lesquelles la flexion est obtenue en plaçant les jambes ou pieds dans des étriers* ». Malgré son manque de physiologie, elle est aujourd'hui la position d'accouchement la plus commune de nos salles d'accouchement occidentales (34), facilitant le déroulement de la naissance pour l'accoucheur. Une revue de la littérature internationale, écrite par Bohren et Al en 2015, recensait également que, sur 34 pays, dans 25 pays les femmes ne pouvaient pas choisir leur position d'accouchement (23).

- **Manque de temps** (entretiens 6, 9, 18)

Les sages-femmes plus expérimentées rapportaient une part administrative grandissante dans le travail, au détriment du temps passé avec les couples lors du suivi de travail.

Entretien 6 : *« on a moins de temps à accorder aux patientes pour les rassurer, les guider, puis du coup c'est vrai qu'on est plus dans l'acte et dans* ***l'administratif*** *que dans le soin, les entourer »*

Entretien 9 : « *je trouve que le… comment… que les conditions de travail elles se sont très, très rapidement* ***dégradées*** *(…). J'ai l'impression que ça va dans un sens où on a de plus en plus à faire en moins en moins de temps »*

Entretien 18 : « *Oui dans le mauvais sens c'est-à-dire qu'on a* ***de moins en moins de temps*** *pour s'occuper des patientes voilà, car on est de moins en moins déjà et on a de plus en plus d'activité. Le travail est tellement* ***rationalisé*** *et on croule sous la* ***paperasse*** *que en fait c'est assez compliqué de pouvoir gérer une patiente. Quand on peut le faire c'est tellement génial ! mais gérer une patiente entièrement enfin de prendre du temps pour gérer une patiente euh c'est quelque chose qui est* ***forcément au détriment d'autre chose*** *selon moi.* »

Un rapport effectué en 2016 par la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie du Limousin rapportait une charge de travail jugée trop lourde chez les sages-femmes. Cette étude, menée auprès des sages-femmes du Limousin, faisait état d'une part administrative en augmentation depuis quelques années, constatée par 88% des sages-femmes hospitalières, entrainant même une « lassitude professionnelle » (35). Les résultats rapportés par nos entretiens semblaient concorder avec ceux de cette étude de 2016.

5.6 Perception des violences obstétricales par les sages-femmes

L'émergence de témoignages relatant la maltraitance obstétricale induisait des sentiments différents chez les interrogés. Tandis que certains faisait état d'une réalité difficile à accepter, la majorité estimait la prise de parole des femmes libératrices pour les patientes, illustrant ainsi que les sages-femmes étaient plutôt enclines à parler du sujet.

- **Une acceptation difficile** (entretiens 5, 7, 8, 9)

Globalement, pour 4 sages-femmes sur 15, il a été difficile d'être confronté aux témoignages sur la maltraitance en salle de naissance. Une sage-femme nous rapportait à quel point elle avait trouvé ça *« hyper violent »* (entretien 9). Pendant qu'une autre se sentait plutôt *« attristée »* par la situation (entretien 7).

Entretien 5 : *« C'est ça qui est le plus blessant je trouve, c'est de s'imaginer qu'en fait on est des bourreaux et qu'on adore venir bosser pour faire du mal quoi et c'est vraiment loin, loin d'être le cas (…). Je suis convaincue que personne ne vient travailler pour regarder les gens souffrir ou pour leur faire mal quoi. »*

Dans un premier temps, quelques professionnels s'étaient sentis très peu soutenus. Les médias ayant, au moment de l'émergence des témoignages sur les violences obstétricales, relayé de nombreuses informations, parfois non vérifiées, les professionnels s'étaient sentis dénigrés et montrés du doigt. Marlène Schiappa, la secrétaire d'Etat en 2017, relayait une information plutôt grossière à propos du nombre d'épisiotomies en France : elle annonçait un taux de 75% (36), sans aucune preuve de ces propos. Provoquant ainsi les foudres des différentes professions du domaine de l'obstétrique, le professeur Israël Nisand, président du CNGOF, soulignait dans une lettre ouverte destinée directement à Marlène Schiappa que le taux s'élevait plutôt à 27%. Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) se saisissant à son tour de la polémique, alertait surtout sur la nécessité de mettre en place des axes d'amélioration pour apaiser les esprits (37).

- **Une remise en cause de la parole des femmes** (entretiens 5, 7)

Même si la majorité des participants trouvait légitime le débat autour des violences en salle d'accouchement et estimait que la médiatisation du sujet amenait à une libération positive de la parole des femmes ; certains mettaient l'accent sur la subjectivité de la thématique et remettaient en cause les témoignages qu'ils avaient entendus dans les médias à propos de la violence en salle d'accouchement.

Entretien 5 : *« parfois elles ont **l'impression** d'avoir vécu des choses et toi tu le sais que c'est **pas possible** quoi... »*

Entretien 7 : *« après coup **je me suis posé la question** de savoir ce qu'avaient vraiment vu les patientes en fait. »*

Lors de l'interrogation de gynécologues obstétriciens et de sages-femmes autour de la violence obstétricale, A. Macias, sage-femme trouvait le même résultat (38) : le terme violence englobe quelque chose qui attraie beaucoup au subjectif. Ces deux résultats n'étaient pas sans rappeler l'absence de définition des maltraitances obstétricales dans les textes de loi en France et donc la difficulté de trouver un consensus entre la définition du point de vue du patient et celui du professionnel.

- **Un manque de confiance de la part des usagers** (entretiens 8, 18)

D'autres l'ont ressenti comme un manque de confiance de la part des couples. Deux sages-femmes nous ont rapporté ce manque de confiance qui semblait offensant notamment avec l'émergence des projets de naissance depuis quelques années. Peu d'études exploitent les données à ce sujet. Le seul document retrouvé est le rapport de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie du Limousin qui met en avant certaines difficultés rencontrées par les sages-femmes. En 2016 donc, 21% des sages-femmes hospitalières exprimaient un manque de respect de la part des usagers, et 11%, des demandes excessives de leurs parts. (35)

Entretien 8 *: « elles arrivent avec des projets de naissance longs comme le bras (…) et là du coup moi, là c'est là où ça m'énerve beaucoup parce que tu vas pas voir un médecin avant ton opération avec un projet de naissance, d'opération en disant je veux qu'on me mette de la bétadine de cette manière ou de trucs comme ça tu vois. Et moi ça, ça m'énerve (…) parce que je trouve que **ça respecte pas notre métier** ou en tout cas ça nous fait pas confiance »*

Apparus il y a une vingtaine d'années dans les pays anglos-saxons, les « *birth plans* » ou projets de naissance semblent provoquer une certaine hostilité dans ces entretiens. Ici la relation de confiance soignant-soigné est remise en cause par ces projets. Selon le CIANE, c'est un document qui favoriserait la communication entre corps médical et patientes lors de l'accouchement (36). Il permettrait au couple d'exprimer ces souhaits concernant l'accouchement et l'accueil du nouveau-né en salle de naissance. On suppose qu'il fait également référence à la montée de l'autonomie du patient depuis les années 2000, en lien direct avec la question du consentement pour chaque acte effectué. Cependant, juridiquement, il n'a aucune valeur.

Selon une enquête de l'INSERM, en 2016, seulement 3,7% des patientes en rédigeaient un (4). Pourtant, certains personnels médicaux semblaient percevoir parfois dans les projets de naissance, des injonctions qui leur étaient dictées, les faisant ainsi tomber non pas dans une relation d'égal à égal avec le patient mais plutôt asymétrique et en faveur du patient où le professionnel ne serait qu'un exécuteur.

Entretien 18 : *« Le problème c'est que voilà quoi tu fais au mieux avec les patientes que tu as. Quand t'as des patientes qui sont, qui, comment dire, c'est-à-dire qui sont respectueux, qui entament des projets tout ce que tu veux, enfin nous on est là pour que ça se passe, que ce soit le plus beau jour de leur vie.* ***On a des gens qui sont irrespectueux, qui ont des demandes fantaisistes basées sur des bêtises****, et, il faut qu'on fasse au mieux avec les gens et qu'on essaie que ce soit un beau jour pour eux. Et c'est compliqué*. »

Dans une autre mesure, une sage-femme décrivait un changement profond de mentalité chez les patients ces dernières années, rendant ainsi l'exercice de la profession plus difficile.

Entretien 4 : *« je trouve qu'on est du* ***consommable****, du* ***jetable*** *enfin j'avais un retour hyper positif, on l'a toujours, je trouve mais… qui s'est vraiment cassé la gueule au niveau du retour des gens, y a une* ***exigence des gens pour un retour parfois qui me choque****. (…) c'est un changement d'évolution des gens, un retour que je trouve beaucoup moindre. (…) Les gens, il faut que tout roule quoi »*

Si l'on se penche de plus près sur le projet de naissance, celui-ci n'existant pas dans un cadre légal en France, cela laisserait libre court à des demandes « fantaisistes » de la part des usagers, comme nous le rapportait ce dernier entretien. En 2005, la HAS préconisait que le projet de naissance fasse partie intégrante de la préparation à la naissance, supposant la rédaction avec une sage-femme (40), mais comme le soulignait encore une fois le CIANE, désormais les usagers de la santé ont accès à de nombreuses données dans les médias, et notamment sur internet (39), faisant d'eux de vrais acteurs de leur santé et aidant l'écriture des projets de naissance. Ainsi, le projet de naissance était un pas de plus vers l'abolition du paternalisme médical. Il est en revanche compréhensible que le soignant se retrouve rapidement dans une position délicate ; ayant l'obligation juridique et éthique de respecter le choix du patient et, le cas contraire constituant une faute professionnelle. Malgré tout, il existe parfois des situations où le professionnel de santé est confronté à des demandes très particulières et non compatibles avec les exigences de sécurité de l'établissement.

5.7 Remise en question personnelle

- **Interrogation** (entretiens 4, 8, 9)

Seulement 1/5 se sont interrogées sur leur propre pratique en cherchant à savoir ce qu'elles avaient à modifier pour améliorer le ressenti de la parturiente, le reste de la population considérant qu'elle avait toujours veillé au respect de la patiente.

Entretien 9 : *« Y a peut-être un moment donné où j'ai eu des mots qu'il fallait pas, où j'ai eu des gestes qu'il fallait pas et qui fait que les gens se sont sentis comme ça »*

Entretien 4 : *« J'ai essayé de voir où je pouvais être violente avec les gens »*

Les témoignages des femmes ont interrogé certains des professionnels sur leurs pratiques, seulement, ils n'étaient qu'une minorité à s'être questionné. La question du vécu des patientes est encore plutôt absente dans la formation initiale et continue des sages-femmes, ce que déplorait le HCE (3). Ce résultat de notre étude montrait probablement une méprise entre bien-être physique et bien-être psychique. En rapport direct avec la médicalisation de l'accouchement et de la grossesse, il semblerait que les professionnels soient très axés sur la « sécurité » de la médecine, n'ayant alors d'yeux que sur les résultats de leurs actes et non plus sur le vécu du patient. Comme le soulignait un article de 2020 sur les violences obstétricales : « *une maman et un bébé en bonne santé ne signifient pas forcément que l'expérience de la naissance ait été positive* » (41). De ce côté-là, dans son mémoire A. Macias trouvait un résultat qui confirmait l'hétérogénéité des avis des gynécologues-obstétriciens et sages-femmes sur les maltraitances obstétricales (38). Pour le résultat de notre étude, il semblait en accord avec les résultats cités précédemment.

- **Moins d'actes invasifs** (entretien 7, 17)

Certaines concluaient avoir moins recours à des actes pouvant être considérés comme invasifs par les parturientes, comme ici où une sage-femme nous cite le toucher vaginal (TV).

Entretien 7 : *« Et donc oui **je les examine pas** toutes les heures, pas forcément sauf si elles me le demandent »*

Ce que citait cette sage-femme à propos de la réduction du nombre d'examen chez la parturiente pouvait faire écho aux dernières recommandations de la HAS sur les bonnes pratiques de l'accouchement. Selon la HAS, ces recommandations ont pour but de « *répondre à la demande des femmes quant à une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement, en respectant son déroulement spontané* » en visant « *des interventions techniques et médicales minimales* ».

Ainsi, lors de la première phase de travail, la phase de latence, le toucher vaginal peut être proposé toutes les 2 à 4 heures. (18) Les pratiques ont donc évolué puisque d'anciennes recommandations préconisaient un examen vaginal toutes les heures.

- **Sentiment d'avoir toujours veillé au respect de la femme** (entretiens 4, 5, 6, 7, 8, 9)

Environ 40% des interrogés considéraient avoir toujours été attentifs au respect des droits de la femme en salle de naissance.

Entretien 6 : *« Moi personnellement **je ne me suis pas sentie concernée** parce que je pense que j'ai toujours essayé de privilégier cette intimité d'être en accord avec la patiente* »

Le chiffre de notre étude est plutôt discordant par rapport à un mémoire de sage-femme soutenu en 2020 : dans ce mémoire, 82% des professionnels interrogés disaient ne pas avoir à modifier leurs pratiques, y faisant déjà attention avant la médiatisation des violences obstétricales. 14% de la population d'étude le justifiaient parce qu'ils n'avaient jamais eu de retour négatif à cet égard. Cela montre que, bien que des changements ne s'imposent pas chez tous les soignants, ceux-ci restent attentifs aux retours des femmes. (42)

- **Plus de rigueur dans le respect du patient** (entretiens 5, 6, 7, 8, 9)

Parmi ceux ayant toujours veillé au respect des droits de la femme, environ 33% disaient avoir notamment fait « *encore plus attention à bien respecter leurs souhaits »* (entretien 5) ainsi qu'avoir été plus attentif au respect de la patiente après l'émergence des nombreux témoignages sur les violences obstétricales.

Entretien 9 : « *Donc je pense que la recherche du* "oui" *pour le consentement elle **a été plus présente après tous les évènements médiatiques** du euh, de… tu sais, des violences obstétricales »*

Ce résultat rejoignait indirectement le résultat du mémoire de sage-femme de A. Macias qui soulignait que, globalement les professionnels de l'obstétrique (sages-femmes et gynécologues-obstétriciens) s'étaient remis en question dans le cadre de la médiatisation du thème des violences obstétricales, voire avaient modifié leurs pratiques, pour s'atteler à plus de respect de la parturiente. (38)

5.8 Remise en question des pratiques en gynécologie-obstétrique

Lors des entretiens, la pratique de l'obstétrique en salle de naissance a largement été remise en question et plusieurs axes d'amélioration ont été soulevés

- **Respect grandissant de l'intimité des femmes en gynécologie-obstétrique** (entretiens 4, 5, 6, 8)

Parmi les interrogées, une majorité a remarqué que le respect de l'intimité était plus rigoureux en salle de naissance, et ce, de manière plutôt récente.

Entretien 4 : « *Je dirais que y avait beaucoup plus de violences faites aux femmes avec les vieux gynécos que j'avais. (…) je dirais plus de respect, beaucoup plus de douceur avec les gynécos que j'ai aujourd'hui donc non, je trouve que là-dessus on a une super évolution* »

C'est dans cette mouvance d'encouragement des professionnels à prendre en compte ce que la gynécologue obstétricienne Amina Yamgnane appelle le « *traumatisme obstétrical* », que le CNGOF a créé en 2017 la Commission de la promotion de la bientraitance en gynécologie-obstétrique (43), proposant à des maternités d'adhérer à ce label si elles respectent un certain nombre de consignes et pratiques.

La mise en place récente de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP), la réduction du nombre d'épisiotomie, l'amélioration de la communication entre les équipes ainsi qu'avec les patientes sont autant d'axes d'amélioration suggérés et parfois déjà mis en place dans les pratiques courantes en obstétrique. Prenons l'exemple de l'épisiotomie, largement décriée et crainte par les patientes : les recommandations du CNGOF ne préconisant plus de la pratiquer – le bénéfice chez la mère et le nouveau-né n'étant pas démontré – celle-ci est en nette diminution depuis 10 ans. Sur ce point, la majorité des sages-femmes s'accordait : les épisiotomies ont effectivement quasiment disparu des pratiques en salle de naissance.

Pourtant, malgré la réduction de cette pratique, plusieurs sages-femmes exprimaient une difficulté à demander un consentement avant d'effectuer une épisiotomie, ayant peur de s'exposer à une réponse négative.

Entretien 5 : « *la grosse question qui fait débat c'est aussi le consentement à l'épisiotomie, est-ce que c'est un geste d'urgence vitale ou est-ce que ça l'est pas c'est vraiment difficile à dire quoi euh… je… dans l'idéal il faudrait recueillir le consentement c'est dans les textes, après est-ce que quand on fait un accouchement dire « j'ai besoin de couper, est-ce que c'est OK pour vous euh » je trouve que c'est pas facile honnêtement et je ne saurais pas me positionner*. »

Entretien 13 : « *Voilà… et pour l'épisio si ça vient après ou je sais pas dans le questionnaire, c'est tout un problème, j'ai vraiment du mal à dire « je vais vous faire une épisiotomie » (…) je le dirai après je pense que je m'en sors plutôt en disant « je vais vous aider » plutôt que.. plutôt que.. ouais voilà. Mais, mais j'ai une grande difficulté à prononcer le mot*. »

Un mémoire paru en 2018 sur la pratique de l'épisiotomie démontrait que les sages-femmes avaient du mal à adopter le recueil du consentement par crainte de la réponse de la patiente. Cela s'expliquait par le caractère plutôt récent de l'obligation de consentement ainsi que la différence de formation entre les générations à propos de la pratique de l'épisiotomie (29).

Comme le recommandait en 2017 le CNGOF, et le mettait en avant le HCE en 2018, il semblerait que les mentalités soient en évolution, même si des progrès sont encore possibles en pratique.

- **Banalisation de pratiques intimes** (entretiens 6, 8, 9, 11)

Environ 26% des interrogés ont remarqué que, le métier de sage-femme touchant particulièrement à l'intime de la femme, il était possible de banaliser des actes peu anodins pour les usagères.

Entretien 6 : *« peut-être que des fois **on oublie** que y a un corps derrière une personne, enfin derrière le périnée »*

Entretien 8 : *« Mais après je pense que t'as une certaine habitude aussi, t'examines les femmes de manière… pas mécanique hein mais bon c'est ton, ça devient ton travail »*

Dans un domaine autre que la spécialité obstétricale, le rapport Compagnon, commandité en 2009 par le Collège de la HAS ; porte sur ce que l'on appelle, la « maltraitance ordinaire » dans les établissements de soins (44). Avant d'aborder ce type de maltraitance, intéressons-nous à la définition de la maltraitance. Comme abordé précédemment, à l'origine, le mot maltraitance ne traitait que de l'enfant. La Convention Nationale du Droit des Enfants la définit ainsi : « *toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitement ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle »* (45).

La maltraitance ordinaire peut être définie ainsi : « *il peut s'agir de maltraitance passive tissée de "petites" négligences quotidiennes : faire des toilettes trop rapides, ne pas répondre aux appels des personnes, servir des repas trop tôt, ne pas respecter les rythmes de chacun pour le lever et le coucher…* ». Aussi le rapport du collège de la HAS fait état, après avoir interrogé patients et professionnels, d'une « *banalisation et une acceptation de gestes limites [survenant] quand la priorité n'est plus le malade mais l'organisation hospitalière et ses professionnels* » (44). Après avoir lu ces définitions, il parait facile d'en trouver l'application

dans le domaine de l'obstétrique en salle de naissance, que ce soit lors d'actes intimes pratiqués rapidement, sans consentement, d'annonces de diagnostic négligées, le tout par manque de temps et l'organisation des services.

- **Peur du médico-légal** (entretien 4)

Une seule sage-femme a abordé la peur du médico-légal, comme explication des violences en salle de naissance, en renvoyant directement au concept de la médecine défensive. Paul Cesbron, gynécologue-obstétricien, dans son « *Plaidoyer pour une bientraitance obstétricale* », met en exergue le lien entre peur du médico-légal et maltraitance en obstétrique : « *L'obsession sécuritaire est pathogène et douloureusement confondue avec la recherche du bien ou du mieux-être. Elle s'alimente aux sources empoisonnées des peurs, hantises et cauchemars médico-légaux (…) Ainsi, de proche en proche, une sourde hostilité s'installe dans nos salles de naissance ne préservant que les apparences et distillant la maltraitance dans toutes les relations et bientôt tous les gestes* » (46). Asher et Al, les auteurs d'une étude israélienne de 2013 ont ainsi pu conclure, qu'en Israël, des taux plus élevés de césariennes étaient pratiqués par certains obstétriciens par peur de poursuites judiciaires à leur encontre (47). Certaines études menées aux Etats-Unis, ne démontraient, quant à elles, aucun lien entre césariennes et crainte de l'aspect médico-légal.

Enfin, le rapport déposé par le Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie du Limousin indiquait que seulement 22% des sages-femmes hospitalières du Limousin craignaient les poursuites judiciaires des patientes (35).

Entretien 4 : *« tout passe par les examens, une **peur du médico-légal** et à la fois j'ai vu ça et qui pourrait être corrélé aussi à un changement profond de mentalité chez les gens »*

- **Des pratiques de plus en plus techniques** (entretiens 4, 6, 8)

Cette peur du médico-légal, non citée directement par les autres interrogés, renvoyait également à la médicalisation de la grossesse et l'accouchement, de par la multiplication des actes techniques.

Depuis la naissance de l'obstétrique, les avancées sont innombrables tant des progrès ont été faits. Certaines sages-femmes, plus anciennes et avec plus de recul, déploraient une évolution en faveur de la technique, plutôt que de la clinique. Ce point-là rejoignait l'aspect évolutif du métier de sage-femme, avec de plus en plus de choses imposées aux parturientes, plus d'examens spécialisés, avec l'apparition de l'échographie dans les années 70 (48), dans le même temps, le dépistage de la trisomie 21 (49), le tout, aux dépens d'examens cliniques. Peu

de littérature existe à ce propos, mais il est indéniable que l'obstétrique a évolué depuis près d'un siècle. C'est du moins ce que nous rapportaient les interrogés.

Entretien 4 : *« les gynécos, un bistouri facile, des **examens multipliés**, des consultations multipliées, pour un résultat…. Est-ce qu'on avait plus de mortalité ? Je ne suis pas convaincue non plus. »*

Entretien 6 : *« c'est vrai qu'on est **plus dans l'acte** et dans l'administratif que dans le soin, les entourer »*

Entretien 8 : *« depuis que la médecine s'est développée, (…) je pense que y a tout le secteur médical qui a évolué et qui fait que euh tu as un peu changé ton point de vue sur le corps de la femme et du coup avec tout le **développement technique** qu'il y a eu (…) bah du coup t'es tellement obnubilé un peu par toute cette technique (…) **tu ne vois le patient plus dans son intégralité, mais dans sa maladie et du coup ça t'éloigne de lui** »*

5.9 Remise en question du système de santé en général

En interrogeant les sages-femmes de salle de naissance, plusieurs « points noirs » faisant partie du système de santé français actuel ont été soulevés.

- **Système paternaliste** (entretiens 8, 9, 10, 17)

Pour près de 26% des interrogés, le système de santé actuel en obstétrique était encore paternaliste. Les sages-femmes semblaient déplorer une relation soignant-soigné asymétrique. Plusieurs de ces sages-femmes ont évoqué un comportement qui semblait « héritier » de l'histoire culturelle de la médecine française.

En médecine, le serment d'Hippocrate, traditionnellement prêté par tous les futurs médecins, ne mentionne jamais la volonté du malade. Le texte a été depuis modifié et mentionne désormais : « *je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté (…)* ».

Or, c'est ce modèle paternaliste traditionnel que l'émergence de la notion de « violences obstétricales » remet en question, en révélant le passage de la patiente compliante (dans une logique « *Doctor knows best* ») à celui d'usagère du système de santé capable de choisir (« *Patient knows best* ») (50) et dont les décisions doivent être respectées. La démocratie sanitaire, mise en place par la loi Kouchner du 4 mars 2002, fondée sur un principe de codécision médicale et un droit du patient à l'information, tente ainsi de pénétrer les cabinets gynécologiques et les salles d'accouchement : d'où la dénonciation croissante de gestes médicaux inutiles ou disproportionnés, voire contraires à la volonté des parturientes. Les

soignants interrogés dans notre étude semblaient être en accord avec les témoignages de patientes dénonçant les pratiques paternalistes.

Entretien 8 : « *Je pense qu'elle est là depuis un bon moment euh elle vient… **du système patriarcal** je sais pas (rit) des hommes qui, pendant des années euh… avant l'accouchement c'était quand même une affaire de femme hein c'était des madones à la maison, ça se faisait pas trop sous le regard des hommes, je suis pas sûre que y avait des violences obstétricales à l'époque ou du moins c'était peut-être pas d'actualité* »

Entretien 9 : « *Et je pense que y a pas d'explication autre que… bah que les antécédents historiques et que le fait que pendant très longtemps bah, c'était le médecin ou la sage-femme qui avait tous les pouvoirs et que **les patients avaient rien à dire** parce qu'ils y connaissaient rien. »*

- **Manque de temps et de moyens** (entretiens 4, 5, 9, 10, 18)

Encore un tiers de la population étudiée évoquait un manque de temps dans les services de salle de naissance ; à la fois l'urgence mais aussi la charge de travail, comme explication du ressenti traumatisant, mais également, et directement lié, le manque de personnel et de moyens.
Entretien 4 : « *je ne nie pas qu'il peut y avoir des, effectivement, des situations d'urgence qui sont vécues comme des violences, ce sont des violences, enfin y a des gestes violents. Mais parce **qu'on n'a pas assez de temps**. (…) Ça dépend aussi de la charge de travail, parce que quand on a sa sage-femme, qui n'a pas X choses à faire en même temps, et X patientes, et que du coup ça tourne mal, elle a quand même le temps de jeter des mots, des phrases, explicatives qui font que la violence des gestes vont beaucoup, beaucoup mieux passer. **Notre charge de travail, induit des violences** »*

Deux sages-femmes ont évoqué un manque de personnel, ou de matériel, pouvant entraîner une certaine tension dans le système de santé et indirectement de la violence. C'était d'ailleurs ce qu'indiquait déjà l'Académie de médecine, en 2018, lors de la publication d'un « traité de bientraitance ». (14)

Entretien 5 : *« peut-être qu'on n'a pas suffisamment de matériel, oui ça c'est sûr, y a des trucs qui sont compliqués et l'hôpital manque de moyens »*

Récemment, ce constat au sein de la profession de sage-femme se traduisait par un mouvement ; celui de Anna Roy, chroniqueuse, sage-femme libérale et anciennement hospitalière, qui lançait le *hasthag #jesuismaltraitante.* Rejoignant la définition de la maltraitance décrite plus haut, cette sage-femme révélait la surcharge de travail en salle de

naissance, en appelant le Ministre de la Santé, Olivier Véran, à signer une pétition qui revendiquait qu'une sage-femme ne s'occupe que d'une seule parturiente à la fois. La pétition était intitulée : *« 1 femme = 1 sage-femme »* (51). Ce que cette sage-femme dénonçait à travers cette pétition, est ce que l'on pourrait appeler de la « maltraitance institutionnelle ». Cette typologie de maltraitance est définie ainsi par le pédopsychiatre Stanilaw Tomieckwicz : « *violence institutionnelle toute action commise dans et par une institution, ou toute absence d'action, qui cause à l'enfant une souffrance physique ou psychologique inutile* ». (45) Si l'on applique, encore une fois, cette définition à la femme enceinte qui accouche, cela semble correspondre aux conditions d'exercice dénoncées par les sages-femmes lors de leurs grèves et aux témoignages des femmes sur leurs conditions d'accouchements. Il semblerait ainsi que la maltraitance puisse trouver son origine dans l'organisation des soins en obstétrique.

- **Sexisme ancré dans l'air du temps** (entretien 9)

Deux sages-femmes ont évoqué le lien entre les violences obstétricales et les violences faites aux femmes, en le traduisant par un sexisme encore très présent dans notre société.

Entretien 9 : *« je pense que **le côté féminin de l'accouchement… fait que ces violences elles étaient beaucoup plus acceptées** tu vois, enfin ça choque personne. Mais comme les violences conjugales, les violences intra familiales tout ça, tout ça. Qui fait que ça continue et c'est pas que tout le monde s'en fout mais que personne ne met les moyens nécessaires pour que ça s'arrête tu vois. »*

Entretien 10 : « *donc si tu veux le, le corps de la femme historiquement, ça n'a jamais été une grande préoccupation de la part des hommes qui étaient un peu **les décideurs de la vie** (…) et ça malheureusement c'est un petit peu resté insidieusement. Les professeurs de gynécologie obstétrique, y a pas si longtemps que ça, c'était que des hommes et c'est eux-mêmes qui ont formé par la suite des générations de médecins et de sages-femmes* »

Les violences obstétricales, des violences de genre ? Pour l'anthropologue Françoise Héritier, la domination masculine prend racine dans « l'exorbitant privilège d'enfanter » assorti de ce paradoxe que les femmes peuvent donner naissance à d'autres femmes mais aussi à des hommes. Là réside la clé : récupérer le pouvoir en déniant aux femmes le statut de sujet pour les réduire à l'état d'objet. Pendant longtemps, les femmes ont été incriminées pour leur sexualité et considérées par l'homme comme leur « propriété ». Les femmes, au début en charge de pratiquer les accouchements ; ont très vite été éclipsées du domaine médical au profit des hommes, scandant leur « imbécilité féminine », chassées car bravant la punition divine infligée

à Ève et à ses descendantes « *Tu enfanteras dans la douleur* » (Genèse, 3 :16) (41). Bien plus tard, c'est finalement l'accouchement sans douleur qui fait son apparition : tout droit venue de l'URSS, c'est une méthode aux antipodes de la tradition biblique de l'enfantement dans la douleur que Fernand Lamaze développe dans les années 50. Dans le même courant, en 1975, au cœur des revendications féministes et des avancées de la médecine, la loi sur l'IVG est promulguée. Il est indéniable que les pratiques en gynécologie obstétrique ont évolué au fil des siècles, et que la place de la femme au sein de ces pratiques fait facilement migrer le débat vers un enjeu sociétal. Si le militantisme féministe place aujourd'hui le curseur en haut de l'échelle de la dangerosité en s'attaquant aux « violences obstétricales », il répond à ce besoin de reconnaissance d'un phénomène dont l'ancrage historique est évident.

Aucune étude ne démontre que les violences sont plus exercées par les professionnels femmes ou hommes. Le lien étant difficile à mettre en avant puisque les violences obstétricales sont largement dénoncées, sans précision du genre majoritaire de leurs auteurs. Pour rappel, la profession de sages-femmes ne comprenait que 2,6% d'hommes en 2017 (53). Quant à la profession de gynécologue-obstétricien, elle est composée de 56,2% d'hommes (53). Ces données rendent difficile le fait de conclure à un lien significatif entre genre et violence. De plus, 85% des femmes interrogées récemment (2016) pour une thèse sur le sexisme dans le domaine de la gynécologie, rapportaient qu'elles se sentaient respectées en consultation (54).
Au vu du peu d'études existant à ce sujet et de l'hétérogénéité des témoignages, il est impossible de statuer.

6 Conclusion

Pour rappel, notre problématique était la suivante : trouver l'origine des maltraitances obstétricales dans nos salles de naissances.

Une de nos hypothèses résidait dans le fait que, malgré la subjectivité de la maltraitance, un acte devenait maltraitant lorsque le patient le subissait, c'est-à-dire que son autonomie n'était pas respectée.

La grande majorité des interrogés ont cité le droit à l'information comme élément phare des droits des patients. L'autre droit le plus cité était celui au consentement. Telle que nous la connaissons dans la loi, l'autonomie du patient est définie par le respect de l'information et du consentement. Ces résultats validaient donc notre hypothèse. Même s'ils n'existaient pas sous la même appellation dans les textes de loi, d'autres droits ont été cités, tels que le droit d'avoir le choix quant aux actes médicaux pratiqués, ou le respect de la dignité, ce qui montrait que les sages-femmes portaient une attention particulière aux droits des patients.

La principale entrave au respect de ces droits constituait un élément très présent dans le service de salle de naissance : l'urgence. Il était donc supposé par une grande majorité des sages-femmes que, sous couvert de l'urgence, des violences pouvaient être commises par le professionnel. Ainsi, une des origines de la maltraitance prenait sa source dans le fait que le service de salle de naissance était un service d'urgence.

Une autre de nos hypothèses était la médicalisation de la naissance comme source de maltraitance chez les femmes. Lorsque l'on interrogeait les professionnels à propos de l'évolution du métier de sage-femme depuis quelques années, pour comprendre l'émergence du problème des violences obstétricales, ceux-ci rapportaient notamment une technicité grandissante dans le domaine de l'obstétrique. Les sages-femmes relatant cette évolution étaient plutôt minoritaires, la majorité faisant plutôt état d'un manque de temps dans les services, et donc d'une lacune dans l'accompagnement des femmes. Ces derniers résultats étaient peu représentatifs, notre population d'études étant plutôt jeune et ne voyant parfois pas d'évolution de leur métier depuis le début de leur exercice.

Nous formulions également la possibilité que, si la grossesse était médicalisée, cela était dû à la part grandissante du médico-légal dans les pratiques obstétricales. Seulement une sage-femme nous a cité ce droit, elle faisait partie des sages-femmes ayant le plus d'expérience, ainsi que de celles ayant cité la médicalisation de la grossesse. Notre hypothèse n'était pas confirmée, au vu du peu de réponses obtenues dans ce sens.

Enfin, nous émettions la supposition que le système médical était en partie responsable des maltraitances vécues par les femmes. Dans ce sens-là, les réponses ont été multiples, soulevant des manquements dans le système de soins et mettant en avant dans la grande majorité un système de santé qui se reposait encore sur l'époque paternaliste de la médecine, ainsi qu'un manque de temps et de moyens humains indéniable. Le premier point, étant difficile à démontrer par la littérature, il était difficile de statuer sur ce résultat, d'autant plus que les premiers résultats démontraient l'importance accordée à la question du consentement et de l'information par les professionnels.

En revanche, le 2ème point, attestant de manque de personnel, très soulevé à l'heure actuelle par l'hôpital public, semblait plutôt représentatif et mettait en avant une autre forme de maltraitance croisée, la maltraitance institutionnelle.

Nous aurions souhaité intégrer le/la partenaire de la parturiente dans la notion de maltraitance obstétricale, mais trop peu de résultats ont été obtenus et ils n'étaient pas interprétables.

Globalement, les sages-femmes semblaient s'être toutes questionnées sur la question des maltraitances obstétricales, ayant interrogé leurs pratiques personnelles mais aussi les pratiques courantes en gynécologie-obstétrique.

A partir de ce travail de mémoire, il nous a paru intéressant de proposer une définition des maltraitances obstétricales. La définition, selon nous, pourrait être la suivante : *de manière non intentionnelle tout acte, parole, comportement ou absence d'action commis par le personnel de santé sur la femme enceinte, incluant le déni de sa personne ou sa dignité, le tout non justifié médicalement.*

7 Bibliographie

1. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2018, France − Bilan démographique 2017 | Insee [Internet]. [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926&q=bilan+demographique

2. Naissances et taux de natalité en 2017 [Internet]. Insee ; 2018 [cité 26 sept 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381380

3. Rapport : Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. [En ligne] Paris (FR) : HCE ; juin 2018 [cité 6 oct 2018]. Disponible sur: http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf

4. Rapport : Enquête nationale périnatale. [en ligne] INSERM, DREES ; octobre 2017 [cité 27 nov 2019]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

5. Haute Autorité de Santé - Tableau des recommandations ou travaux relatifs à la bonne pratique [en ligne]. [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1101438/fr/tableau-des-recommandations-ou-travaux-relatifs-a-la-bonne-pratique

6. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

7. Code de la santé publique - Article L1111-2. Code de la santé publique.

8. Dupont G. Le Monde. [en ligne] Paternalisme, condescendance, gestes irrespectueux… Comment lutter contre le sexisme en gynécologie et en obstétrique. [cité 7 oct 2018]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/06/29/comment-lutter-contre-le-sexisme-en-gynecologie-et-en-obstetrique_5322909_3224.html?utm_campaign=Echobox&utm_medium=Social&utm_source=Twitter#Echobox=1530251735

9. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a un Vida Libre de Violencia. Ley n°38668 del lunes 23 de abril de 2007.

10. Mondragón AL, Cuarto Poder [en ligne] Mexique : Violencia obstétrica es un delito en Chiapas [cité 15 nov 2018]. Disponible sur: http://www.cuartopoder.mx/violenciaobstetricaesundelitoenchiapas-169386.html

11. Les violences obstétricales et gynécologiques (VOG) : définition de l'IRASF [en ligne]. IRASF - Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes. [cité 23 oct 2018]. Disponible sur: https://www.irasf.org/definition-violences-obstetricales-gynecologiques/

12. Dossier de presse : Violences obstétricales comprendre, prévenir. [en ligne]. CIANE ; 2017 [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2017/10/Dossier-Ciane-Violences-Obstetricales-oct-2017.pdf

13. Lokugamage A, Pathberiya S. Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. Reprod Health. 1 déc 2017;14.

14. Rudigoz RC, Milliez J, Ville Y, Crepin G. MOTS CLÉS : BIENTRAITANCE, ACCOUCHEMENT, NAISSANCE, PRATIQUES ; OBSTÉTRICALES. :22.

15. Barbot J, Fillion E. La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès. Sci Soc Sante. 2006;Vol. 24(2):5-33.

16. Lettre ouverte à Madame Marlène SCHIAPPA Secrétaire d'Etat chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes. [en ligne] Paris (FR) : CNGOF, 2017. [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/actualites/533-lettre-ouverte-a-mme-marlene-schiappa-secretaire-d-etat-chargee-de-l-egalite-entre-les-femmes-et-les-hommes

17. Les maisons de naissance. Paris (FR) [en ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2018. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance

18. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. [en ligne]. Haute Autorité de Santé ; 2018. [cité 27 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales

19. Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. [en ligne] 2008. 6:6. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er660.pdf

20. Marie accouche là [en ligne] Belgique ; 2016. Qu'est-ce que la violence obstétricale ? [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: http://marieaccouchela.net/index.php/2016/03/09/quest-ce-que-la-violence-obstetricale/

21. Krug EG, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. World report on violence and health. Geneva; 2002. 346 p.

22. Article 223-15-2 - Code pénal

23. Malet S, Choux C, Akrich M, Simon E, Sagot P. Violence au bloc obstétrical : une enquête prospective multicentrique auprès des femmes dans les maternités de Bourgogne. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. nov 2020;48(11):790-9.

24. Ferrer-Ferrer M. Les violences obstétricales: état des lieux des pratiques associées à un mauvais vécu de l'accouchement en CHU à Marseille. [mémoire en ligne] Marseille (FR) : Université de Marseille ; 2019. [cité 9 mai 2021] Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02379300/document

25. Bonjour P. La dignité humaine, philosophie, droit, politique, économie, médecine. Reliance. 1 juill 2006;no 20(2):85-92.

26. Article R4127-325 - Code de la santé publique

27. Delzescaux S. La qualité au domicile : un rapport *négocié* entre professionnels et bénéficiaires et un rapport différencié selon les catégories de bénéficiaires » journee_services_2015_sabine_delzescaux.pdf [en ligne]. 2015 [cité 9 mai 2021] :12 Disponible sur: http://www.creai-bretagne.org/images/pdf/journee_services_2015_sabine_delzescaux.pdf

28. Ceccaldi J. Le consentement, entre souveraineté et allégeance. Laennec. 2009;Tome 57(2):31-42.

29. Evrard A. Reconnaître et analyser les violences obstétricales, une démarche pertinente d'évaluation et d'amélioration des pratiques. Perinatalite. 2020;Vol. 12(4):172-7.

30. Berthonneau D. Épisiotomie: annonce et consentement.[mémoire en ligne] Clermont-Ferrand : Université Clermont Auvergne [cité 9 mai 2021] Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01943763/document

31. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : présentation du siège. janv 2020 [en ligne] [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: https://ansfl.org/document/2020-cngof-presentation-du-siege/

32. Tannier C. Ethique de l'autonomie et relation de soins. Réflexions hospitalières [en ligne]. 2013 [cité 9 mai 2021] : 4. Disponible sur: http://le-cercle-ethique.fr/resources/Articles-Etudiants/Autonomie.et.relation.de.soin_Christian-Tannier.pdf

33. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation des statistiques [en ligne]. Paris (FR) : DREES ; 2020. Les établissements de santé - édition 2020. [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2020

34. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Histoire de l'accouchement en Occident : évolution des connaissances, techniques, croyances, rites et pratiques professionnelles au travers des âges. Devenir. 2018;30(4):399.

35. Alles S, Barris M, Borel MC, Bourgin D, Charles E, Esquirol C, et al. Comité de Pilotage interprofessionnel. :60.

36. Sénat [en ligne]. Paris (FR) : Le Sénat ; 2017. Audition de Mme Marlène Schiappa, secrétaire d'Etat chargée de l'Egalité entre les hommes et les femmes - Propos liminaire de Mme Marlène SCHIAPPA. videos.senat.fr. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: http://videos.senat.fr/video.379101_59704ef4e76fa.audition-de-mme-marlene-schiappa-secretaire-d-etat-chargee-de-l-egalite-entre-les-hommes-et-les-fem?timecode=3811000

37. Ordre des sages-femmes [en ligne]. Paris (FR) : Conseil National de l'Ordre des sages-femmes ; 2017. Rapport sur les violences obstétricales : une nécessité. [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/rapport-sur-les-violences-obstetricales-une-necessite/

38. Macias A. Perception du débat sur les violences obstétricales par les professionnels, sages femmes et gynécologues-obstétriciens [en ligne]. Paris (FR) : Université Paris Descartes [cité 15 mai 2020]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02301776/document

39. Communiqué de presse : Projet de naissance et données scientifiques, le rôle des associations d'usagers [en ligne]. CIANE ; 2014 [cité 31 mai 2021]. Disponible sur : https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/SFMPLyon2014_Texte.Ciane_.PdN_.pdf

40. Recommandations pour la pratique clinique : préparation à la naissance et à la parentalité. [en ligne] Haute Autorité de Santé ; 2005 [cité 26 mai 2021] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_rap.pdf

41. Hatem-Gantzer G. Violences obstétricales et gynécologiques L'expérience du Cercle d'études des gynécologues obstétriciens d'Île-de-France (Cegorif). Périnatalité. 1 déc 2020;12(4):178-82.

42. Louati Y. Violences gynécologiques et obstétricales: le vécu des professionnels concernés. :104.

43. Dossier de presse : la parole aux femmes [en ligne]. CNGOF ; oct 2019 [cité 27 mai 2021] Disponible sur: http://www.cngof.net/Medias-CNGOF/Communiques/2019/CNGOF-dossier-presse-bientraitance-label-ressources-humaines.pdf

44. Compagnon C, Ghadi V. La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. (FR) HAS ; 2009 [cité 24 avril 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf

45. Corbet É. Les concepts de violence et de maltraitance. ADSP. 2000 ; 2(3): 20-24.

46. Cesbron P. plaidoyer pour une bientraitance obstétricale. J Pédiatrie Puériculture. sept 2001;14(6):341-6.

47. Asher E, Dvir S, Seidman DS, Greenberg-Dotan S, Kedem A, Sheizaf B, et al. Defensive Medicine among Obstetricians and Gynecologists in Tertiary Hospitals. PLOS ONE. 6 mars 2013;8(3):e57108.

48. Soler A. Historique et technique de l'échographie. 1001 Bebes. 2005;41-55.

49. Adamsbaum C, Akrich M, Bailleux É, Blanchot-Isola C, Boutet G, Carbonne B. COMITÉ PERMANENT PÉRINATALITÉ. 2007;182.

50. Monaghan C. Does the Doctor Know Best? A Deconstruction of Informed Consent. IALS Stud Law Rev. 12 sept 2017;4(2):25-30.

51. La maison des maternelles [en ligne]. Paris (FR) : France Télévisions : 2020. 1 femme = 1 sage-femme : pétition pour une naissance respectée [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: http://www.lamaisondesmaternelles.fr/article/1-femme-1-sage-femme-petition-pour-une-naissance-respectee

52. Ordre des sages-femmes [en ligne]. Paris (FR) : Conseil national de l'Ordre des sages-femmes ; 2017. Données démographiques de la profession. [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/

53. Syndict de Gynécologues et obstétriciens de France [en ligne]. Montpellier : Syngof ; 2015. Données chiffrées en gynécologie obstétrique et gynécologie médicale [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: https://www.syngof.fr/wp-content/uploads/2015/10/2015-Demographie-Gynecologie.pdf

54. Gineste C. « L'IMPACT DU SEXISME SUR LA QUALITE DES SOINS EN GYNECOLOGIE ». :105.

8 ANNEXES

Annexe I

1 – Pouvez-vous vous présenter ? Notamment me dire depuis quand vous êtes diplômé(e) et où vous exercez actuellement.

2 – Pourriez-vous me parler de votre métier ?

3 – Pouvez-vous décrire ce que vous faites dans une journée type de travail ?

4 – Pensez-vous que la pratique de votre métier a évolué dernièrement ?

5 – Quels sont les droits des patients qui vous paraissent le plus important ?

- Et pour le/la partenaire ? (*si le sujet est non abordé dans la réponse)*

6 – Selon vous, quels sont les obstacles qui feraient que le droit à l'information pourrait ne pas être respecté ?

7 – Selon vous, quels sont les obstacles qui feraient que le droit au consentement pourrait ne pas être respecté ?

8 – Pensez-vous que votre rapport au corps et à l'intimité de la femme aurait évolué ces dernières années dans votre métier ?

9 – Votre pratique a-t-elle été modifiée par certains évènements médiatiques ?

10 – Comment appelez-vous ces évènements et comment les avez-vous vécus ? (hors covid)

11 – Que pensez-vous de la définition de Marie-Hélène Lahaye ? ***Définition des violences obstétricales :*** *Marie accouche là : « 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 » (Lahaye, 2016)*

12 – Pouvez-vous me donner des exemples ? Et d'où pensez-vous qu'elle vienne ?

13 – Est-ce que le rapport corps et à l'intimité de la femme dans votre métier a évolué suite à ces évènements ?

14 – Pensez-vous que votre pratique a été modifiée par les violences obstétricales ?

Abstract :

Introduction : As it appeared in 2014, the scandal of obstetric violence gave birth on social media to a multitude of testimonials from women feeling mistreated during obstetric consultations. Little recognized in France, obstetric violence does not have an exact legal definition as of today. Yet its consequences on women are not negligible and can lead, among other things, to post-traumatic stress disorder or healthcare renunciation. Obstetric professionals, at the core of this debate and often singled out, have not expressed themselves much on the matter for a long time. This study was the opportunity to gather their point of view on obstetric violence.

Objectives of the study : to understand the different etiologies of obstetric mistreatment in birth rooms. To evaluate the place of information and consent in birth rooms and appreciate the perception of obstetric mistreatment by midwives. Multiple research hypothesizes were formulated before the analysis. Among the factors which foster violence: birth giving would be too medicalized for a few years, the intimate context of birth giving would encourage the rise of mistreatment. Finally, the healthcare system and growing activity in maternities would be elements which trigger mistreatment.

Material and method : a qualitative study was conducted through semi-directed interviews with 15 midwives. The interviews were done by phone and then anonymized during the writing of this study. The study took place from April 2020 to September 2020.

Results : Overall, the participants had questioned themselves about their practice after the appearance of the debate concerning obstetric violence. The midwives gave a specific importance to the right to information and consent. It was undeniable that urgency was a major impediment to the respect of patients' rights and thus a factor promoting obstetric mistreatment. It was stressed that the workload was more and more important for midwives in birth rooms, due to a constant lack of staff. The health care professionals all agreed to say that there did not exist any mitigating circumstance which could justify the appearance of mistreatment in the units.

Conclusion : This study highlights a preexisting form of mistreatment at the hospital which consists in institutional abuse as a result of a lack in human resources. The outcome of this memoir provided the possibility of a definition of obstetric mistreatment.

Key words : birth, mistreatment, patient rights, patient caregiver relationship, midwife

Résumé :

Introduction : Apparu durant l'année 2014, le scandale des violences obstétricales a fait naître sur les réseaux sociaux une multitude de témoignages de femmes se sentant maltraitées durant des consultations obstétricales. Peu reconnues en France, ces violences obstétricales n'ont, à ce jour, pas de définition légale exacte. Pourtant leurs conséquences sur les femmes sont non négligeables et peuvent entrainer – entre autres – des syndromes de stress post traumatique ou un renoncement aux soins. Au cœur de cette polémique et beaucoup montrés du doigt, les professionnels de l'obstétrique ce sont, pendant longtemps, peu exprimés à ce sujet. Ce travail était l'occasion de recueillir leur point de vue sur les violences obstétricales.

Objectifs de l'étude : connaitre les différentes étiologies des maltraitances obstétricales en salle de naissance. Evaluer la place de l'information et le consentement en salle de naissance et apprécier la perception des maltraitances obstétricales par les sages-femmes. Différentes hypothèses de recherches étaient formulées avant l'analyse. Parmi les facteurs favorisant les violences : l'accouchement serait trop médicalisé depuis quelques années, le contexte intime de celui-ci favoriserait l'émergence de maltraitances. Enfin, le système de santé et l'activité grandissante dans les maternités seraient des éléments déclencheurs de maltraitances.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative menée par le biais d'entretiens semi-directifs auprès de 15 sages-femmes. Les entretiens ont été effectués par téléphone, puis anonymisés lors de la réaction. L'étude s'est déroulée d'avril 2020 à septembre 2020.

Résultats : Globalement les participantes s'étaient toutes interrogées sur leurs pratiques après l'émergence de la polémique des violences obstétricales. Les sages-femmes accordaient une importance particulière aux droits à l'information et au consentement. Il était indéniable que l'urgence constituait un obstacle majeur au respect du droit des patients et donc un facteur favorisant les maltraitances obstétricales. Il était souligné que la charge de travail était de plus en plus importante pour les sages-femmes en salle de naissance, avec un manque de personnel constant. Les professionnelles s'accordaient à dire qu'il n'existait aucune circonstance atténuante pouvant justifier l'apparition de maltraitances dans les services.

Conclusion : Ce travail mettait en avant une maltraitance déjà connue à l'hôpital : la maltraitance institutionnelle, conséquence du manque de moyens humains. L'issue de ce mémoire ouvrait une possibilité de définition des maltraitances obstétricales.

Mots-clés : accouchement, droit du patient, relation soignant-soigné, sage-femme, maltraitance