

**Perception du débat sur les violences obstétricales par
les professionnels, sages femmes et
gynécologues-obstétriciens**

Amandine Macias

► **To cite this version:**

Amandine Macias. Perception du débat sur les violences obstétricales par les professionnels, sages femmes et gynécologues-obstétriciens. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02301776

HAL Id: dumas-02301776

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02301776>

Submitted on 24 Oct 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.





UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 20 juin 2019

Par

Amandine MACIAS

Née le 29 novembre 1980

**Perception du débat sur les violences
obstétricales par les professionnels, sages-
femmes et gynécologues-obstétriciens**

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Madame Mounia El Kotni

Anthropologue de la santé, Cems-EHESS

JURY :

Madame Sarah Benjilany

Sage-femme libérale et psychologue, Enghien Les Bains

Madame Magalie Delahaye

Sage-femme enseignante, Ecole Baudelocque

Madame Priscille Sauvegrain

Sage-femme, chercheuse en sociologie, Inserm

N° du mémoire : 2019PA05MA28

Remerciements

Je souhaite remercier en premier lieu ma directrice de mémoire, Mounia El Kotni, qui a toujours fait preuve d'enthousiasme et dont la perspicacité m'a permis de lire entre les lignes des retranscriptions.

Je remercie évidemment les sages-femmes et les obstétriciens qui ont accepté de participer à ce sujet de recherche, m'offrant leur temps et leur vision des choses, dans un café ou en salle de naissance à cinq heures du matin après de longues heures de garde.

Je tiens à remercier l'équipe pédagogique qui nous a accompagnées avec bienveillance dans ce parcours si riche pour devenir, je le souhaite, d'excellentes sages-femmes.

Merci à Elise, Apolline B., Apolline C., Camille et Adèle pour leur amitié durant ces quatre années. Merci à Cécilia, qui a été une véritable « marraine » durant ces études.

Quand j'ai décidé de devenir sage-femme à plus de trente ans passés, aucun de mes proches n'a douté que j'y arriverai, sauf moi, à quelques occasions. Je les remercie pour leurs encouragements constants, en particulier ma maman et ma sœur, qui elles aussi avaient su prendre des risques dans leur vie professionnelle.

Et vous mes filles, toutes petites au démarrage de l'aventure, on me demandait comment j'arrivais à faire des études de sage-femme en ayant des enfants, je me disais que je n'aurais pas pu le faire sans vous.

François, je te suis infiniment reconnaissante pour ta participation sans mesure dans ce projet, ton admiration que tu n'as jamais cachée et qui m'a portée, ton enthousiasme

lorsque les gardes se passaient bien, ton soutien lorsqu'elles se passaient un peu moins bien, ton indulgence quand les heures de sommeil étaient trop rares...

Résumé

Introduction – Objectifs. Près de deux ans après la polémique de l'été 2017 au sujet des violences obstétricales, notre étude propose d'explorer la perception de ce débat par les professionnels, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Au-delà des prises de position officielles des hautes instances représentatives de ces professions, il nous a paru important de recueillir le point de vue et les aspirations des professionnels en première ligne lors des accouchements. Notre analyse vise également à identifier les facteurs conduisant à reconnaître ou non l'existence de violences lors de la prise en charge des patientes en obstétrique.

Matériel et méthode. Seize entretiens semi-directifs ont été conduits auprès de sages-femmes et de gynécologue-obstétriciens entre septembre et décembre 2018.

Résultats. Notre étude a montré que le concept de violences obstétricales était reconnu par les professionnels de l'obstétrique, lui conférant une légitimité, même si l'expression ne faisait pas l'unanimité. Nombre d'entre elles et eux se sont remis en question, toute profession confondue, engageant certains à modifier leur pratique sur les derniers mois. Le seul facteur clivant identifié concernait les années d'expérience, en ce sens que les praticiens les plus âgés considéraient que la violence était plus importante au début de leur carrière. Un consensus s'est dégagé sur l'importance d'informer les patientes sur les actes réalisés et le fait qu'il existait peu de circonstances atténuantes pour justifier la survenue de violences obstétricales. Au contraire, le recueil du consentement ne faisait pas l'objet d'un consensus.

Conclusion. En définitive, le débat sur les violences obstétricales initié sur la base des témoignages de patientes semble avoir cédé le pas à un questionnement plus profond sur la relation entre soignants et soignés. Ainsi, il nous apparaît que ce débat exprime de

nouvelles aspirations en matière de prise en charge de la naissance, dont les professionnels semblent avoir pris la mesure par la remise en question de leur pratique.

Mots-clés : accouchement, consentement, épisiotomie, information, relation de soin, violence obstétricale, sage-femme, gynécologue-obstétricien.

Abstract

Introduction – goals : Almost two years after summer 2017 controversy about obstetrical violence, our study aims at exploring how this debate is perceived by professionals, midwives and gynecologists-obstetricians. Going beyond official statements from professional organizations, it felt crucial to collect the position and expectations from professionals who are directly involved in child deliveries. Our analysis also aims at spotting the key factors leading to the recognition, or non-recognition, of violence occurring during patient management in obstetrics.

Study material and methodology: Sixteen semi-directed interviews were conducted with midwives and gynecologists-obstetricians between September and December 2018.

Results: Our study has shown that the concept of obstetrical violence was recognized by professionals in obstetrics, conveying legitimacy to it, although the term does not meet unanimous support. Many of the interviewed professionals questioned themselves, leading some of them to change practice in the past few months. The only key driving factor that stood out was the length of the interviewees' professional experience, as elder practitioners considered that violence was more widespread earlier in their career. A consensus was met regarding the importance to deliver proper information to patients and on the fact that few mitigating factors existed to justify obstetrical violence. On the contrary, obtaining informed consent did not reach consensus.

Conclusion: In the end, the patient testimony-driven conversation on obstetrical violence seems to have led to a deeper questioning on the relationship between health care providers and recipients. It appears to us that this debate expresses some new aspirations around child birth management that professionals seem to have accounted for, as demonstrated by the questioning of their practice.

Keywords : child delivery, consent, episiotomy, information, care relationship, obstetrical violence, midwife, gynecologist-obstetrician.

Table des matières

Remerciements	2
Résumé	4
Abstract	6
Liste des tableaux	11
Liste des figures	12
Liste des annexes	13
Introduction	14
PARTIE 1 : CONTEXTE	17
GENESE DE L'EXPRESSION « VIOLENCE OBSTETRICALE »	17
<i>Une naissance en Amérique latine dans les années 2000</i>	17
<i>Organisations internationales et littérature scientifique</i>	19
<i>Son émergence dans le contexte français</i>	21
Critique sur la médicalisation de l'accouchement	21
La « première bataille de l'épisiotomie » et la logique du déconfinement (1).	23
LES VIOLENCES OBSTETRICALES SONT-ELLES CARACTERISABLES ?	24
<i>Etymologie et définition de la violence</i>	24
<i>Définitions de l'expression</i>	25
PARTIE 2 : MATERIEL ET METHODE	30
AXES DE LA RECHERCHE	30
<i>Problématique</i>	30
<i>Objectifs principal et secondaires</i>	30
<i>Hypothèses de recherche</i>	31
METHODOLOGIE DE RECHERCHE	31
<i>Outil méthodologique</i>	31
<i>Déroulement de l'étude et inclusion</i>	33
<i>Population</i>	34
<i>Entretiens et confidentialité</i>	36

<i>Méthode d'analyse</i>	37
PARTIE 3 : RESULTATS ET DISCUSSION	39
PRINCIPAUX RESULTATS	39
<i>Les « violences obstétricales » sont reconnues par les professionnels mais la terminologie ne fait pas consensus</i>	39
Analyse conceptuelle : des attributs partagés	39
Le filtre de la subjectivité	42
« <i>Je ne vois pas de débat. C'est un sujet</i> » : découverte du sujet et accueil du débat médiatique	44
Evolution des pratiques : effet générationnel, maturité ou injonction à la remise en question ?	50
<i>Elles sont rarement justifiables aux yeux des professionnels</i>	53
Le leitmotiv de la sécurité	53
L'urgence en obstétrique : un consensus professionnel hétérogène	55
« <i>On n'est plus dans la médecine à papa</i> » : la culture de l'autorité médicale invoquée	57
Charge de travail, violence structurelle, risque médico-légal : des institutions peu mises en cause ...	59
Une confraternité professionnelle en mosaïque	61
La violence de genre : une lecture quasi absente	63
<i>Les violences obstétricales : une opportunité de repenser la relation de soin ?</i>	65
Le lien de confiance comme condition de la légitimité	65
La légitimité de l'information et l'ambiguïté du consentement : stratégies autour de l'épisiotomie ...	67
<i>Ce que les professionnels nous disent de leur propre pratique</i>	70
« <i>On ne les prépare à rien du tout</i> » : l'exercice manqué de la préparation à la naissance et le profil de la patiente idéale	70
Comment l'expérience personnelle façonne t'elle la vision des soignants ?	73
FORCES ET LIMITES	75
<i>Un sujet peu exploré</i>	75
<i>Une méthode inductive</i>	75
<i>Un biais de sélection atténué</i>	76
<i>Les obstacles à l'objectivation du concept</i>	77
PERSPECTIVES	78
« <i>Pour qui on se prend. On n'a pas à convoquer</i> »	78
<i>Développer ce champ de recherche pour répondre aux besoins des patientes</i>	78
CONCLUSION	80

Bibliographie	82
Annexes	88

Liste des tableaux

Tableau 1 : répartition du nombre d'enfants par profession.....	35
Tableau 2 : nombre de participants pour chaque attribut de la violence obstétricale.....	40

Liste des figures

Figure 1 : répartition par profession	34
Figure 2 : répartition des personnes interrogées par tranche d'âge	35
Figure 3 : les attributs de la violence obstétricale par les soignants	40
Figure 4 : nuage de mots à partir de l'analyse sémantique des discours.....	41
Figure 5 : perception du débat et de la terminologie	46
Figure 6 : proportion de participants selon le type de maternité	77

Liste des annexes

Annexe 1 : Demande de rapport au HCE sur les violences obstétricales.....	89
Annexe 2 : Lettre ouverte du CNGOF à M. Schiappa	90
Annexe 3 : Communiqué de presse du CNOM.....	92
Annexe 4 : Communiqué de presse du CNOSF	94
Annexe 5 : Tableau récapitulatif sur la population d'étude.....	94
Annexe 6 : Grille d'entretien et témoignage de Marie	96
Annexe 7 : Appel à candidature	101
Annexe 8 : Méthodologie de l'analyse sémantique.....	102

Introduction

Depuis 2014, l'actualité de la gynécologie et de l'obstétrique est marquée par divers scandales et controverses qui s'illustrent dans le paysage médiatique français. A l'origine de ces contestations, la publication sur les réseaux sociaux de différentes affaires relayées par les médias (1): point du mari (2), #payetonuterus (3), touchers vaginaux sous anesthésie générale (4),... Ce qui est qualifié au départ de « maltraitance » voire de « violence » va progressivement être désigné sous l'appellation « violence obstétricale » dont le concept émerge en France dès 2016, inspiré de celui de « violencia obstétrica » développé en Amérique latine dans les années 2000 (1).

Dans un premier temps, ce sont les collectifs d'usagères du système de soin ainsi que les réseaux militants qui vont diffuser, via internet, ce terme et proposer de le définir (5,6). L'expression s'imposera au cours de l'année 2017 par une large couverture médiatique en lien avec les déclarations du 20 juillet de Marlène Schiappa, Secrétaire d'état chargée de l'Egalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations. Alors qu'elle commande un rapport auprès du Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE-fh), elle déclare que le taux d'épisiotomie est de 75% (annexe 1) (7). Les hautes instances représentatives des deux professions de l'obstétrique, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes, ne tardent pas à réagir sous forme de lettres ouvertes et communiqués de presse, le Collège national des gynécologues obstétriciens (CNGOF) et le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) dénonçant une campagne de dénigrement (annexe 2 et 3), le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) saluant l'initiative du gouvernement mais rejetant l'expression « violences obstétricales » (annexe 4) (8,9). La polémique porte en premier lieu sur les taux d'épisiotomie annoncés par la secrétaire d'Etat (10) mais également sur la terminologie qui est contestée : « lorsque vous parlez de violences obstétricales, vous maltraitez notre profession dans son ensemble » déclare le président du CNGOF tandis que la présidente du Collège National des Sages-femmes (CNSF) préférerait l'expression « manque de bienveillance » (11). La virulence des

témoignages et des réactions reflète la sensibilité du sujet qui va donner lieu à une médiatisation sans précédent dans le domaine de l'obstétrique, cristallisant le débat des violences obstétricales autour de l'épisiotomie (12). La réaction des professionnels nous est apparue finalement à travers la réaction de leurs instances dont il semble se dessiner des lignes de divergence entre les deux professions, notamment dans l'accueil initial réservé à ce sujet.

Ce dernier laisse entrevoir une fracture entre l'expérience de certaines patientes, notamment au moment du travail et de l'accouchement, et celle des professionnels, pour lesquels l'addition des deux termes « violence » et « obstétrical » a pu paraître antinomique. Les dénonciations publiques, sous forme de témoignages, qui ont accompagné la médiatisation semble avoir provoqué une réaction de défense, en témoigne l'expression « gyneco bashing » apparu peu de temps après pour exprimer le mécontentement des médecins de cette spécialité face à cet « acharnement médiatique » qui viserait l'ensemble de la profession sans distinction (13).

Cette absence de vision partagée s'explique en partie par le fait qu'il s'agisse d'un sujet introduit par les milieux militants et féministes, s'inscrivant dans une genèse plus ancienne autour des thèmes de la naissance respectée (1). D'autre part, la diffusion du concept fait face à deux difficultés, l'absence de définition institutionnelle et l'impossibilité de quantifier le phénomène par des données épidémiologiques, motifs qui ont d'ailleurs conduit l'Etat à s'emparer du sujet (7).

Dans un climat de défiance, les acteurs de la profession vont peu à peu devoir se justifier face à l'enjeu principal d'une « perte de confiance » des femmes envers les professionnels en charge de la santé génésique et reproductive des femmes (8,13). Ainsi, certaines publications au cours des mois qui vont suivre le pic médiatique de l'été 2017 semblent attester d'une volonté des professionnels à s'emparer du sujet sans pour autant accréditer la terminologie proposée de « violence obstétricale » popularisée par les médias (14-16). Un article publié dans la revue du praticien et rédigé par quatre médecins, dont le président du CNGOF, évoque qu'il « n'y a jamais de fumée sans feu : le déversement de

violences contre nos pratiques et notre profession trouve ses origines dans des faits avérés [...] Alors que faire ? Nier et traiter par le mépris ces accusations, certainement pas. Ce serait indigne des professionnels attentifs à la qualité des soins qu'ils dispensent » (14).

Près de deux ans après la médiatisation du sujet, ce mémoire propose d'explorer la perception des violences obstétricales par les professionnels en première ligne autour de l'évènement de la naissance, sages-femmes et obstétriciens. Comment ces professionnels, à titre individuel, se sont positionnés dans ce débat qui réinterroge les pratiques en matière de gynécologie et d'obstétrique, et questionne la posture du soignant ?

Afin de traiter de notre problématique, il nous a paru important de revenir, dans une première partie contextuelle, sur la genèse de l'expression en Amérique latine, sa diffusion à l'international, son émergence en France et tenter en dernier lieu de caractériser ce phénomène dans le contexte de l'obstétrique française. La deuxième partie s'emploiera à exposer les axes de la recherche ainsi que la méthodologie employée. La troisième partie constituera le cœur de l'analyse avec la présentation des résultats, leur mise en perspective par rapport à la littérature sur le sujet et enfin les forces et limites de notre étude.

PARTIE 1 : CONTEXTE

GENESE DE L'EXPRESSION « VIOLENCE OBSTETRICALE »

Dans les années 2000, une expression fait son apparition en Amérique latine, celle de « violencia obstétrica ». En France, son utilisation par les réseaux militants et associatifs s'inscrit dans cette filiation tout en rappelant la particularité du contexte institutionnel et social du continent latino-américain.

Il nous a paru important de présenter en premier lieu le concept de violence obstétricale dans les pays où une législation a été produite sur ce sujet, lui conférant une reconnaissance institutionnelle. Nous aborderons ensuite la reconnaissance du phénomène par les organisations internationales et la littérature scientifique.

Une naissance en Amérique latine dans les années 2000

Dès les années 1990, des mouvements activistes se mobilisent autour du thème de la naissance humanisée et des revendications sur le droit des femmes. Dans un contexte de médicalisation accrue et de violence endémique envers les femmes, des acteurs de différents horizons (ONG, militants de la société civile, professionnels de santé, chercheurs) vont promouvoir un véritable « réseau de revendications transnational » à l'échelle du continent Sud-Américain qui va donner lieu à une législation dans plusieurs Etats (1,15).

Le Venezuela est le premier à légiférer en 2007 autour du concept de violence obstétricale défini comme « l'appropriation du corps et des processus de reproduction des femmes par le personnel soignant, s'exprimant par la **déshumanisation**, la prise en charge hiérarchique, la **surmédicalisation** et l'interprétation pathologique d'un processus naturel, lesquels facteurs produisent une **perte d'autonomie** et de **liberté de choix** au niveau du corps et de la sexualité, ce qui impacte **négativement** la **qualité de vie** des femmes » (15).

Les actes constitutifs de violence obstétricale sont classés en cinq catégories (1) :

- Prise en charge inadaptée et inefficace des urgences obstétricales ;
- Imposition de la position couchée (lithotomie), avec les jambes élevées, pour accoucher lorsque les moyens nécessaires pour effectuer un accouchement en position verticale sont disponibles;
- Entrave à la proximité de l'enfant à sa mère sans cause médicale, empêchant ainsi l'attachement et bloquant la possibilité de tenir et d'allaiter le bébé immédiatement après la naissance;
- Modification du processus naturel de l'accouchement à bas risque en utilisant les techniques d'accélération du travail, sans obtenir le consentement volontaire et éclairé de la femme;
- Accouchement par césarienne, alors qu'un accouchement par voie basse est possible, sans obtenir le consentement volontaire et éclairé de la femme.

Le Mexique et l'Argentine vont également inscrire dans la loi, en 2007 et en 2009, le concept de violence obstétricale dans des termes quasi similaires : « celle qu'exerce le personnel de santé sur le corps et les processus de reproduction des femmes, un traitement **déshumanisé**, l'abus de la médicalisation et la **pathologisation** des processus naturels » (6). Cette institutionnalisation du concept permet de valider les critiques émises depuis plusieurs années sur la médicalisation de la naissance et la violation du droit des femmes relatif à la santé reproductive et sexuelle (15).

La violence obstétricale, dans sa conception latino-américaine, se situe donc à l'intersection d'une **violence institutionnelle** et d'une **violence de genre**, lecture qui va être confirmée par les organisations internationales ainsi que la littérature scientifique et académique. Il apparaît cependant difficile de transposer le concept tel qu'il est défini par la loi au regard du contexte institutionnel des pays concernés (« épidémie de césariennes » non justifiées médicalement, présence non autorisée d'un accompagnant lors de l'accouchement, norme d'admissibilité de violences faites aux femmes) (16). De plus, malgré la tentative d'objectiver les attributs de la violence obstétricale dans la législation, certaines notions

demeurent imprécises et difficilement évaluables comme la « déshumanisation » et la « surmédicalisation » (6).

Organisations internationales et littérature scientifique

Dès 1985, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se préoccupe des excès de médicalisation de l'accouchement, rappelant que les interventions médicales inutiles pourraient être réduites en appliquant les principes du recueil du consentement et du droit de refuser une intervention médicale (15). L'OMS pointe le recours massif aux césariennes dans les pays en voie de développement, phénomène particulièrement remarquable en Amérique latine depuis plusieurs années (17).

En 2014, l'OMS publie un document intitulé « Prévention et élimination du manque de respect et des maltraitances durant l'accouchement dans un établissement de santé » visant à dénoncer certaines pratiques telles que **soins non consentis**, manque de **respect**, **abus d'autorité** et mécanisme de **culpabilisation** des patientes par les soignants (18). Cette préoccupation de l'OMS répond à un enjeu de santé et de société puisque ces expériences négatives ont des conséquences sur la mère et le nouveau-né, s'agissant d'une violation des droits fondamentaux (droit à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination) (19).

Une revue systématique de la littérature scientifique est réalisée en 2015 sur le sujet de la maltraitance durant l'accouchement témoignant du caractère international du sujet malgré la diversité des contextes institutionnels (20). Elle analyse 65 études incorporant les terminologies suivantes : « obstetric violence », « dehumanized care » et « disrespect and abuse ». Les auteurs proposent la typologie suivante :

- « mauvais traitements physiques ;
- abus sexuels ;
- abus verbaux ;
- stigmatisation et discrimination ;
- non application du standard de soin ;

- faible relation entre le patient et le soignant ;
- contraintes du système de soin ».

La littérature francophone apporte un éclairage sur la dimension conceptuelle des violences obstétricales. Au Québec, ce thème s'inscrit dans une tradition d'engagement féministe militant pour « l'humanisation de la période périnatale » ayant donné lieu à la création du Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) dès les années 1980. Cet engagement se traduit par un soutien de la pratique des sages-femmes au Québec, la réalisation d'études notamment celle de 2008 sur la « maltraitance, de la négligence ou de la violence pendant l'accouchement » ainsi que l'organisation d'ateliers sur la « violence obstétricale » pendant les « Etats Généraux » de 2012 organisés par la principale organisation féministe institutionnelle québécoise (1). En 2018, un article issu d'un travail de recherche partenarial présente une analyse conceptuelle, permettant de clarifier et favoriser « l'émergence de sens d'un concept qui est vague et ambigu, et ce, dans le but d'uniformiser son utilisation » (Rhodes, 2012 in Lévesque, Bergeron, Fontaine, Rousseau) (19). Les auteures signalent que la littérature scientifique privilégie les expressions telles que « comportements abusifs », « négligence », « mauvais traitements », « manque de respect », ou « déshumanisation des soins » qui ne rendent pas compte de la violence systémique, genrée, ni de la charge émotionnelle rattachée aux expériences de l'accouchement. Elles lui préfèrent l'expression « violences obstétricales » qui « comprend une dimension **dénonciatrice** qui reprend la construction sociale liée à la violence genrée et s'inscrit dans une perspective historique des luttes des femmes pour se réapproprier leurs expériences d'accouchement ». Ainsi, au regard des conséquences multiples de la violence obstétricale dans le spectre des différentes formes de violences, il existe un enjeu certain à définir le concept et à rendre compte de la particularité de cette spécialité médicale. L'impact des violences obstétricales seraient lisibles à plusieurs échelles : au plan **individuel** (intégrité physique et syndrome de choc post traumatique), **familial** (lien mère enfant, vie conjugale), **systémique** (refus de soin et de suivi) et en dernier lieu au plan **légal** puisque les abus considérés comme une violation des droits fondamentaux resteraient impunis car

appartenant à la norme sociale. Les auteurs déterminent trois attributs de la violence obstétricale :

- la **négation du consentement** éclairé dans les pratiques médicales et obstétricales ;
- la **non reconnaissance** de la capacité de **réflexion**, de **planification** et **d'action** des femmes en matière de grossesse et d'accouchement désignée par l'expression « agentivité reproductive » (Unnithan-Kumar, 2005) ;
- le peu « d'outils d'opérationnalisation » confère à la violence obstétricale un caractère **subjectif** puisque l'expérience constitue le filtre d'analyse principal, sa reconnaissance dépendant de la perception d'un individu, d'un contexte ou d'une culture même s'il existe certains critères d'objectivation de la violence comme nous l'avons vu dans la littérature internationale.

Ici, la dimension **militante** de la terminologie « violences obstétricales » est clairement exprimée et s'inscrit dans une perspective de lutte contre la **violence structurelle** et la **violence de genre**.

Malgré l'intérêt que suscite le sujet à l'échelle internationale, il existe peu de publications scientifiques et l'expression ne fait pas consensus dans les milieux académiques et institutionnels.

Son émergence dans le contexte français

Critique sur la médicalisation de l'accouchement

Le courant militant pour une « naissance respectée » apparaît finalement peu de temps après l'institutionnalisation de la naissance en maternité. La transition engagée depuis l'entre-deux guerres sur les lieux de la naissance s'opère surtout à partir des années 1950 où le taux de naissances hospitalières passe de 53 % en 1952 à **85 %** en **1962** (21). Une deuxième vague de restructuration autour des lieux de naissance interviendra entre 1975

et 2010 avec la fermeture de **60 %** des maternités, touchant ainsi les établissements privés et/ou de petite taille (ENP 2016).

Les années 1970, et déjà avec l'accouchement sans douleur (ASD) importé d'Union Soviétique par le médecin F. Lamaze en 1951, voient s'exprimer les partisans de la naissance respectée autour de l'ouvrage « Pour une naissance sans violence » publié en 1974 par F. Leboyer (1). Les « profanes » et quelques « experts » se rejoignent autour d'une moindre médicalisation des accouchements traduite par l'idée d'une naissance « **humanisée** ». Les mouvements féministes se préoccupent, en parallèle de leur lutte pour le droit à l'avortement, de l'amélioration des conditions d'accouchement et choisissent la voie de l'accouchement à domicile avec l'aide de certains professionnels engagés. Un autre médecin, M. Odent, développera dès 1976 une vision « anthropologique » de la naissance où la femme se libère de la contrainte générée par les normes de mise au monde pour retrouver un état « sauvage », laissant le libre choix aux femmes de leurs positions d'accouchement (21). Les critiques autour de la médicalisation s'incarnent finalement autour de médecins engagés qui restent marginalisés au sein de leur profession. La contestation issue des milieux « profanes » reste minoritaire, les femmes ayant massivement adhéré aux normes de l'accouchement en maternité et à la technicisation qui monte en puissance dans les années 1980 (échographie, péridurale,...) (22).

Il faut attendre les années 2000, à la faveur de la diffusion d'informations via les nouvelles techniques de communication et de la législation qui confère des droits au patient, pour que les usagers revendiquent leur place et leur droit de décision dans le système de soin. La notion de « démocratie sanitaire » développée par la **loi du 4 mars 2002**, ou loi Kouchner, se concrétise par la possibilité offerte aux associations de siéger auprès de différentes instances décisionnaires notamment lors de la formulation de recommandations de bonne pratique (RPC) (1).

Pour le sujet qui nous concerne, le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) créé en 2003, constitue un acteur incontournable puisqu'il rassemble près de 30 associations concernées par des questions relatives à la grossesse, la naissance, le post-

partum (Césarienne, AFAR ou Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté, Maman Blues, Leche league ...). Le collectif illustre parfaitement le nouvel acteur émergent du système de santé, « l'expert profane » (23). En effet, le CIANE rassemble des militants, professionnels, associations et institutionnels, s'inscrivant dès sa création dans le courant de la naissance respectée dénonçant les excès de la médicalisation. Un élément apparaît dans l'argumentaire de ce nouvel acteur, la **transparence de l'information**. Ainsi, d'un discours contre l'hyper médicalisation, les militants de la naissance respectée vont peu à peu s'orienter vers une dénonciation de l'absence d'information et du défaut de consentement, incarnée par le sujet emblématique de l'épisiotomie.

La « première bataille de l'épisiotomie » et la logique du déconfinement

(1).

Dès les années 2000, les militantes avaient dénoncé la pratique de l'épisiotomie. Ce geste chirurgical, importé des Etats-Unis dans les années 1980, s'est rapidement répandu pendant une quinzaine d'années dans les pratiques obstétricales françaises. Cette incision médio-latérale sur différents plans musculaires du périnée était indiquée dans le but de prévenir les déchirures périnéales sévères et d'accélérer la naissance de l'enfant. Parallèlement, dès les années 80 aux Etats-Unis, alors que la pratique se systématisait en France de manière continue jusqu'en 1995, certaines publications scientifiques rapportent l'absence de preuve sur son bénéfice.

En 2003, l'AFAR, membre du CIANE, choisit le thème de l'épisiotomie pour lancer la première Semaine mondiale pour l'accouchement respecté (SMAR), diffusant à l'occasion les données issues de la médecine basée sur les preuves ou Evidence based medicine (EBM). Dans la continuité, le CIANE dépose en 2004 un dossier de saisine pour la réalisation de RPC sur l'épisiotomie auprès de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES, remplacée depuis par la HAS ou Haute autorité de Santé). Cette mobilisation va donc conduire à la réalisation de RPC sur l'épisiotomie en 2005, sous l'égide du CNGOF, visant à diminuer cette pratique et dont le bénéfice médical a été infirmé en matière de prévention périnéale.

A l'issue de cette première victoire et dans la perspective d'évaluer l'utilité de certains actes obstétricaux, le CIANE va recourir d'une part à l'EBM et d'autre part recueillir le témoignage des patientes lors de leur accouchement. Ainsi, en 2012, le collectif lance une vaste enquête en ligne en vue de constituer une base de données qui va progressivement être diffusée au-delà des milieux militants via des articles de presse. Ainsi la « publicisation » de ces sujets traduit un double phénomène avec d'une part **l'attractivité des médias** pour ce thème et d'autre part l'utilisation du **témoignage** comme vecteur de dénonciation. Il en résulte un « **déconfinement** » de thèmes qui seront revendiqués dans le cadre du débat sur les violences obstétricales, passant d'une sphère privée ou militante à une convocation du sujet dans l'espace public (24). La possibilité d'expression offerte par les réseaux sociaux ainsi que l'attractivité des médias pour ces sujets ont permis de porter à la connaissance de tous et de légitimer une parole qui appartenait à l'espace privée (le vécu de l'accouchement). La libération de cette parole a donné lieu à un débat qui a pris un tournant politique à la suite de l'intervention des pouvoirs publics sur ce sujet.

LES VIOLENCES OBSTETRICALES SONT-ELLES CARACTERISABLES ?

Etymologie et définition de la violence

Nous avons souhaité comprendre pourquoi les professionnels semblaient rejeter l'expression « violence obstétricale » en rappelant l'étymologie et la définition du terme « violence ».

En effet, pour R. Jewkes et L. Penn-Kekana, chercheuses en sociologie du genre et de la santé, la violence s'oppose en tout point à la posture du soignant car ce terme est contraire à leur « **ethos** » (25) défini comme « un système de croyances, valeurs, normes et modèles qui constitue un cadre de référence du comportement individuel et de l'action sociale au sein d'une collectivité définie » (26).

Le terme « violence », du latin *vis*, s'apparente à l'idée de vigueur, de puissance mais surtout celle de **force** (27). Les dictionnaires proposent plusieurs définitions comme :

- « le fait d'agir sur quelqu'un ou de le faire agir contre sa volonté en employant la force ou l'intimidation ;
- l'acte par lequel s'exerce la violence ;
- une disposition naturelle à l'expression brutale des sentiments ;
- la force irrésistible d'une chose ;
- le caractère brutal d'une action ».

Y. Michaud, professeur de philosophie, définit la violence, dans son acception la plus courante comme renvoyant « à des **comportements** et des **actions physiques**. Elle consiste dans l'emploi de la **force** contre quelqu'un avec les dommages physiques que cela entraîne ».

Dans cette perspective, nous pouvons comprendre le mécanisme conduisant les professionnels à rejeter l'expression du fait de la connotation **intentionnelle** du terme. Or, Y. Michaud précise que le caractère de violence ne prend sa valeur qu'à travers un système de normes qui varient historiquement et culturellement. Il illustre son propos par l'exemple du châtement corporel envers les enfants : « la brutalité de la vie quotidienne peut faire qu'un certain niveau de violence, qui est pour nous aujourd'hui insupportable, soit dans d'autres situations considéré comme normal – par exemple dans le cas des châtements corporels administrés aux enfants ». Il existerait donc des faits de violence avérés (torture, meurtre, coups) et « d'autres sur lesquels les sensibilités et les avis diffèrent ». Il ajoute que « dans une société du confort et du droit, où les comportements sont de plus en plus réglementés et normés, la **sensibilité à la violence** peut augmenter ».

Définitions de l'expression

A l'heure actuelle, il n'existe pas de définition consensuelle. Celles proposées dans le cadre législatif en Amérique latine ont montré la limite de l'exportation du concept de violences

obstétricales à l'international, hors du contexte institutionnel et social spécifique des pays concernés. La même critique peut être formulée à l'égard des données produites par la littérature scientifique internationale puisqu'il est difficile de transposer les définitions dans le contexte du débat en France, même si nous retrouvons des thématiques communes.

En définitive, les sources retenues pour éclairer notre problématique sont celles produites par les réseaux militants féministes ou associatifs autour du thème de la naissance respectée en France. Dès 2013, l'auteur du blog « Marie accouche là », M.-H. Lahaye, par ailleurs avocate et militante, partage sa réflexion sur les conditions de la naissance et propose de porter un regard différent sur l'expérience de l'accouchement (28). En 2016, elle définit la violence obstétricale comme « 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 » (6). Elle précise ainsi que la violence ne réside pas seulement dans les actes, ou dans leur abstention, mais aussi dans les mots et l'attitude du personnel soignant. Ainsi, la violence est dans le non-dit, le non-fait et la non prise en compte du ressenti, du besoin et de la douleur des femmes. Cette définition précise que **l'ensemble du personnel soignant** est concerné, « pas seulement les obstétriciens » faisant écho au débat porté à la connaissance du grand public un an plus tard et dont la médiatisation cristallisera les critiques autour de la figure du gynécologue et de l'obstétricien. Il est intéressant de constater que la définition proposée des violences obstétricales ne remet pas en cause la médicalisation et le haut degré de technicisation qui peut être compatible avec un accouchement respecté. En effet, elle précise que le recours à l'EBM, soit la médecine basée sur les preuves, doit être le pilier central de la réflexion, devant le compagnonnage, l'expérience et l'application des protocoles institutionnels. Enfin, cette définition rappelle l'importance du consentement libre et éclairé dans cette spécialité médicale qui en cas de manquement pourrait constituer une atteinte d'ordre sexuel voire un viol.

Le CIANE, collectif d'usagers du système de soins né grâce aux possibilités offertes par la loi du 4 mars 2002, s'est employé à recueillir dès 2012 le témoignage de patientes au sujet de leur accouchement à partir d'un questionnaire en ligne. Leur expertise dans ce domaine leur a permis de formuler une définition de la maltraitance, et par extension de la violence obstétricale qui est « considérée comme une **perturbation de la relation de soins** comprise dans sa globalité (29). Le manque d'explications, la non recherche du consentement, l'absence de prise en compte de la douleur, la brutalité des gestes qui peuvent transformer un acte technique comme la pose de forceps en violence obstétricale ». Leur définition s'appuie à la fois sur leur expérience mais également sur leur connaissance de la littérature exclusivement internationale comme en témoigne la bibliographie publiée sur leur site en 2016 (5). Les attributs de la violence obstétricale, tels que définis par le CIANE, nous paraissent particulièrement intéressants en vue d'une analyse conceptuelle puisqu'ils permettent une classification systématique des faits de violence obstétricale rapportés dans les témoignages :

- « violence **verbale** (dénigrement, propos infantilisants, sexistes, homophobes, humiliants, menaces, intimidations, ...) ;
- déni de la **douleur** exprimée et mauvaise prise en charge de la douleur (césarienne à vif, minimisation du ressenti de la patiente, ...) ;
- absence **d'information** et de recherche du **consentement** et non-respect du **refus** de soins ;
- absence **d'accompagnement** ou de bienveillance ;
- absence de respect de **l'intimité** et de la pudeur ;
- **brutalité** des gestes et des comportements ».

En réponse à la demande de la secrétaire d'Etat d'explorer la question des violences obstétricales durant l'été 2017, le HCE-fh a publié un rapport portant sur « les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical » en juin 2018 (30). La définition proposée s'inscrit dans une perspective de genre qui nous a paru réductrice puisqu'elle

oblitère non seulement la dimension institutionnelle de la violence mais également d'autres formes de discriminations que celle de genre (31). Nous souhaitons cependant faire figurer leur définition concernant les actes sexistes en matière de gynécologie et d'obstétrique. En effet, elle révèle la vision institutionnelle face à une problématique qui a appelé une réponse des pouvoirs publics. Il semble que cette intervention confère au sujet des violences obstétricales des caractéristiques relevant d'un problème de santé publique qui se définit comme « l'opération au terme de laquelle une préoccupation à caractère sanitaire est élevée au rang de question d'intérêt général et provoque l'intervention des pouvoirs publics » (Ogien, 1995) (32). Le HCE-fh dénombre 6 types d'actes sexistes « dont certains relèvent des violences » :

- « La non prise en compte de la gêne d'une patiente ;
- Des propos porteurs de jugements sur la sexualité, le poids, le désir d'enfant ;
- Les injures sexistes ;
- Les actes exercés sans consentement ;
- Le refus d'actes ;
- Les violences sexuelles ».

Dans notre perspective de recherche, la définition du CIANE nous a paru la plus appropriée afin d'identifier les perceptions des professionnels sur le sujet des violences obstétricales. Cependant, nous avons souhaité faire figurer un attribut de la violence obstétricale non abordé par la définition du CIANE, celui de **non-respect du standard de soin** faisant référence à l'absence de recours à la médecine basée sur les preuves comme le mentionnait M.-L. Lahaye dans sa définition. Ainsi, nous avons listé neuf attributs de la violence obstétricale :

- Violences verbales ;
- Absence d'information ;
- Non recherche du consentement ;

- Non-respect du refus de soin ;
- Absence d'accompagnement et de bienveillance ;
- Brutalité des gestes et des comportements ;
- Non-respect de l'intimité et de la pudeur ;
- Non-prise en charge de la douleur ;
- Non-respect du standard de soin.

Nous avons volontairement dissocié l'information et le recueil du consentement qui figuraient ensemble dans la définition du CIANE puisque nous verrons comment en pratique, à travers la lecture des entretiens, l'information semble souvent dispenser les professionnels de recueillir le consentement. De plus, le respect du refus de soin est une dimension peu abordée du champ des violences obstétricales mais qu'il nous semble important de faire figurer séparément du consentement, contrairement à la proposition du CIANE.

PARTIE 2 : MATERIEL ET METHODE

AXES DE LA RECHERCHE

Problématique

Au cours de l'année 2017, suite à la commande d'un rapport au HCE-fh par la secrétaire d'Etat chargée de l'Egalité entre les femmes et les hommes, le sujet des « violences obstétricales » fait une apparition remarquée dans le paysage politico-médiatique alors qu'il n'avait émergé en 2016 que dans les milieux militants et réseaux sociaux. Le traitement médiatique a polarisé le débat entre les patientes, qui livraient leur témoignage, et les professionnels, dont le point de vue nous est apparu à travers la réaction des instances professionnelles. Ces dernières se positionnaient différemment selon l'appartenance au corps professionnel des gynécologues obstétriciens ou à celui des sages-femmes, du moins dans un premier temps.

Objectifs principal et secondaires

L'objectif principal de l'étude est de déconstruire l'opposition binaire entre patientes et soignants pour nuancer le positionnement des professionnels en recueillant leur perception du débat et du concept de violences obstétricales.

L'analyse vise également à évaluer l'impact du débat sur les pratiques professionnelles des soignants interrogés : sages-femmes et gynécologues-obstétriciens.

Enfin, l'étude souhaite interroger l'existence de facteurs conduisant à une divergence de point de vue : profession, années d'expérience, sexe, lieu d'exercice, ...

Hypothèses de recherche

Lors de l'élaboration du sujet de mémoire, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- les « violences obstétricales » sont connues par les soignants mais ne peuvent être dénoncées car elles leur paraissent inhérentes au risque obstétrical, à l'organisation institutionnelle et s'opposent au principe de confraternité ;
- la dénonciation des violences obstétricales pourrait être assimilée à un souhait d'autonomisation, perçu comme une perte de pouvoir par les soignants.

Au fil des entretiens, nous avons souhaité remplacer un des termes de la première hypothèse. En effet, la relative nouveauté du concept de « violences obstétricales » ne permet pas de s'inscrire sur le temps long. Ainsi nous préférons la formulation suivante :

- les « violences obstétricales » sont **re**connues par les soignants mais ne peuvent être dénoncées car elles leur paraissent inhérentes au risque obstétrical, à l'organisation institutionnelle et s'opposent au principe de confraternité.

METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Outil méthodologique

Notre approche visait à recueillir la perception d'un phénomène, ici les « violences obstétricales », au sein d'un groupe choisi, les **professionnels en maternité** en première ligne lors des accouchements : sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Afin de répondre à nos objectifs de recherche, nous avons conduit une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs. Cette approche de type émique, propre aux sciences sociales, permet de favoriser la compréhension d'un objet d'étude à l'intérieur d'un groupe social. Elle nous paraissait la plus appropriée pour faire émerger via les personnes interrogées un cadre conceptuel et des catégories d'analyse.

Une revue de la littérature scientifique, principalement internationale, ainsi que la lecture d'articles de presse français nous ont permis de construire une grille d'entretien (annexe

5). L'entretien pilote a eu lieu avec une sage-femme rencontrée lors de nos stages qui avait accepté de se prêter à l'exercice. Cela a permis d'évaluer sa durée, environ 35 minutes, la formulation des questions et surtout la pertinence d'introduire au cœur de l'entretien la lecture du témoignage d'une patiente nommée Marie. L'adéquation de la grille d'entretien initiale aux objectifs de recherche nous a conduits à inclure cet entretien test dans le corpus. Seules quelques adaptations mineures ont été réalisées notamment l'ordre d'apparition de certaines questions ou leur formulation. Cela s'est notamment présenté lorsque nous avons souhaité recueillir la conception des violences obstétricales aux yeux des professionnels, élément que nous détaillerons plus bas dans l'analyse. Le témoignage de la patiente a été conservé.

Notre démarche d'entretien visait à initier une discussion libre sur le thème des violences obstétricales, leur perception, et leur médiatisation afin de saisir leur propre représentation du phénomène. Nous avons cherché à savoir s'il s'agissait d'une définition partagée au sein de notre échantillon et au-delà du groupe professionnel, dans l'usage qu'il en est fait par les médias et les militantes. La lecture du témoignage de Marie intervenait rapidement dans le déroulé afin d'orienter les échanges vers des éléments « factuels » identifiés comme violences obstétricales (gestes non consentis et/ou non nécessaires). Ce récit d'1h30 a été recueilli auprès d'une patiente de notre réseau ayant un vécu difficile de son accouchement. Elle nous a rapporté que son expérience a été éclairée par l'apparition de ce sujet dans les médias. De plus, cette vignette clinique pouvait permettre d'aborder certains sujets s'ils n'avaient pas encore été évoqués spontanément par les participants. Il a été résumé en deux pages dont la lecture était inférieure à 5 minutes. La dernière partie de l'entretien s'attachait davantage à évaluer l'impact de la polémique sur les pratiques et à développer une vision prospective. De manière générale, les questions de relance nous ont permis d'aborder l'ensemble des thèmes de notre recherche.

Déroulement de l'étude et inclusion

L'étude a été initiée en avril 2018 par le recueil du témoignage de Marie, parallèlement à l'élaboration du synopsis de recherche déposé en mai 2018. Afin de tester la grille d'entretien, nous avons contacté directement une sage-femme rencontrée dans le cadre d'un stage qui a accepté de se prêter à l'exercice au cours du mois de septembre.

Le recrutement s'est principalement effectué sur la base du volontariat (7/16) au moyen d'un appel à candidature (annexe 6) diffusé dès septembre 2018 par mail via les sages-femmes coordinatrices et/ou chefs de services des maternités pré identifiées. Ces prises de contact ont été exclusivement réalisées par mail. Il a fallu effectuer une relance pour quatre participants qui avaient donné leur accord de principe et deux d'entre eux n'ont jamais donné suite. La deuxième voie de recrutement fut la sollicitation directe de professionnels lors des gardes lorsqu'un créneau s'est présenté (4/16). Enfin, une professionnelle rencontrée lors d'un stage précédant a été recontactée directement par mail afin que nous ayons au moins quatre entretiens issus de maternités de type II afin d'équilibrer notre échantillon qui comptait peu de professionnels exerçant en type II.

Ainsi, les entretiens se sont déroulés entre le 14 septembre et le 21 décembre 2018. Les 16 participants sont issus de quatre maternités de type I à III situées sur Paris et sa première couronne. Trois des maternités avaient été sélectionnées au préalable par connaissance des lieux. Deux autres pré-identifiées lors du synopsis n'ont finalement pas été incluses par absence de retour de participant suite à un mail et une relance. Ces deux maternités présentaient l'avantage d'être situées sur des territoires socio-économiques permettant de varier notre échantillon avec une population issue des quartiers prioritaires de politique de la ville alors que les autres maternités étaient plutôt situées dans des quartiers dits « mixtes » ou « à dominante aisée » (dénominations employés dans le cadre de la politique de cohésion urbaine et de solidarité) (33). L'opportunité d'inclure une maternité de première couronne s'est présentée par l'intermédiaire d'un contact de notre réseau, nous permettant de recruter trois participants exerçant dans un quartier prioritaire de la politique de la ville.

Population

Notre question de recherche axée sur les violences obstétricales nous a conduits à interroger spécifiquement les sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Les critères d'inclusion étaient peu restrictifs : avoir un exercice en salle de naissance depuis un an minimum, à l'exclusion des internes et étudiants sages-femmes pour lesquels la posture d'apprentissage pourrait influencer la perception des violences au sens large. Compte-tenu de la teneur du débat à l'été 2017, nous avons choisi de nous restreindre à l'expérience en salle de naissance et donc à la prise en charge du travail et de l'accouchement qui nous paraît dominer les échanges à ce moment-là. Pour un entretien, nous avons fait l'impasse sur le critère de l'expérience inférieure à 1 an puisque cela nous permettait d'inclure au moins un sage-femme dans notre corpus. Le nombre de participants pour chaque groupe professionnel s'est révélé être relativement équilibré avec 9 sages-femmes et 7 gynécologues-obstétriciens. Notre échantillon comptait 12 femmes pour 4 hommes, gynécologues obstétriciens pour la plupart (3 sur 4) (annexe 7).

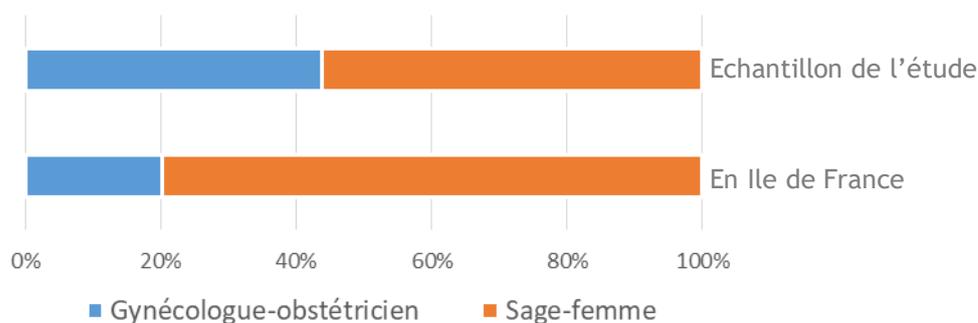


Figure 1 : répartition par profession (34,35)

Les professionnels interrogés avaient entre 24 et 58 ans, pour une moyenne de 37 ans.

D'un point de vue générationnel, nous comptons :

- 6 professionnels de moins de 35 ans ;
- 7 professionnels de 35 à 45 ans ;

- 3 professionnels de plus de 45 ans.

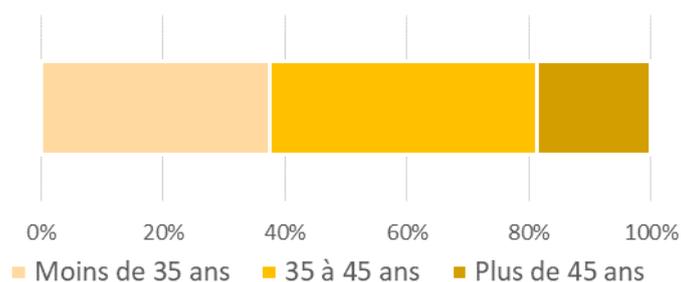


Figure 2 : répartition des personnes interrogées par tranche d'âge

Les données sur le nombre d'enfant par professionnel nous ont permis de compléter notre approche sur les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon. Le nombre moyen d'enfants par personne était de 1,69 avec de fortes disparités, fonction de l'âge et du groupe professionnel. Ainsi, tous les gynécologues-obstétriciens avaient un ou plusieurs enfants alors que les deux tiers des sages-femmes n'en avaient pas.

	Pas d'enfant	3 enfants et +	N. moyen d'enfants
Gynécologue-obstétricien Age moyen 44 ans	0%	57% Age moyen 47 ans	2,9
Sage-femme Age moyen 34 ans	67% Age moyen 28 ans	11% Age moyen 53 ans	0,8

Tableau 1 : répartition du nombre d'enfants par profession

Notre corpus de sages-femmes est quasi exclusivement féminin, puisque nous comptons 8 femmes pour 1 homme, à l'instar de la profession qui compte seulement 2,6% d'hommes en 2017 (35). La moyenne d'âge de notre corpus est de 34 ans, allant de 24 ans à 53 ans. Si l'on se réfère à la démographie professionnelle, la moyenne d'âge des sages-femmes hospitalières était de 40 ans en 2018. Notre échantillon de sage-femme est certainement

plus jeune car la salle de naissance, physiquement éprouvant, est généralement moins fréquentée par les sages-femmes ayant le plus d'expérience.

L'échantillon de gynécologues-obstétriciens est représentatif de la démographie médicale dans cette spécialité chirurgicale. En 2016, la chirurgie gynéco-obstétricale compte autant d'hommes que de femmes avec une pyramide des âges en faveur d'un rajeunissement et d'une féminisation de la profession (34). Notre corpus compte quatre femmes pour trois hommes dont la moyenne d'âge est respectivement de 38 ans et 51 ans, proche des moyennes de 2016 de 43 ans et 52 ans pour chaque sexe.

Entretiens et confidentialité

Afin de répondre à la question de recherche et au regard des attendus universitaires, il était prévu de réaliser 12 à 15 entretiens. Ce seuil a été atteint fin novembre 2018, permettant de confirmer l'existence d'un effet de saturation au sein des discours, notamment sur la perception positive du débat et la définition du concept de violences obstétricales. La possibilité de réaliser un seizième entretien s'est présentée au cours du mois de décembre par réponse de notre mail datant de septembre 2018. Ce dernier se détache du corpus par un positionnement qui diffère de l'ensemble des participants, ne remettant pas en question l'effet de saturation atteint mais alimentant le débat par de nouvelles questions que nous aborderons dans la partie résultats. Tous les entretiens ont été réalisés en face à face, il n'a jamais été envisagé de réaliser ces échanges par téléphone compte tenu de la structure de l'entretien et de la sensibilité du sujet.

Chaque entretien a été enregistré après accord des participants et doublé d'une prise de notes succincte. L'objectif de l'étude, la structure et la durée probable de l'entretien ont été rappelés à chaque fois, avec une garantie de l'anonymisation et de la suppression des enregistrements à l'issue du travail de recherche. Chaque entretien a été numéroté et rappelle la profession du participant ainsi que son lieu d'exercice donnant lieu aux abréviations suivantes : SF pour sage-femme, GO pour gynécologue-obstétricien, I pour maternité type 1, II pour maternité type II, etc... Il ne nous a pas paru pertinent de

mentionner systématiquement le sexe et l'âge des professionnels pour chaque citation. Cependant, lorsque cela apportait un éclairage, nous n'avons pas hésité à le mentionner dans l'analyse.

La durée des entretiens était extrêmement variable étant donné qu'ils se déroulaient majoritairement sur le lieu de travail (13/16) comportant certains aléas (durée des consultations, réunions, césarienne en urgence, suivi des patientes en travail...). La durée moyenne d'un entretien était de 30 minutes pour des extrêmes allant de 17 à 58 minutes, hors temps de lecture du témoignage de la patiente, inférieur à 5 minutes. Pour un entretien, il a été décidé d'un commun accord de supprimer la lecture du témoignage faute de temps. La richesse du contenu de cet entretien n'a pas remis en question son inclusion dans l'étude.

L'opportunité de réaliser des entretiens lors des gardes de nuit en salle de naissance s'est présentée à deux reprises permettant la conduite de quatre entretiens. Il semble que ces conditions aient donné lieu à des entretiens plus courts, en moyenne 22 minutes. Trois entretiens ont eu lieu dans des cafés sur les jours de récupération des participants.

Méthode d'analyse

Chaque entretien a été intégralement retranscrit et a fait l'objet d'une **analyse thématique** ainsi qu'une **analyse sémantique** passant en revue tous les termes clefs.

L'analyse thématique a fait apparaître les items que nous souhaitions aborder ainsi que de nouveaux sujets tels que la figure de la patiente idéale aux yeux des soignants, la référence à d'autres thèmes d'actualité comme #MeToo, la « charge mentale », ... La classification par grands thèmes nous a permis de procéder à une analyse transversale propice à l'élaboration de nos résultats.

Nous avons, par ailleurs, réalisé une analyse sémantique ne retenant que les mots significatifs pour évaluer leur occurrence par entretien et sur l'ensemble du corpus. Cette analyse systématique a fait apparaître des termes attendus mais également des termes mettant en lumière de nouveaux résultats non identifiés au préalable. Il nous a paru

important de détailler en annexe le travail de filtre qui a été réalisé sur le texte brut. Nous avons choisi la méthode du « nuage de mots » pour exprimer les résultats. Ce procédé nous a paru adapté pour illustrer graphiquement l'importance de certains thèmes sur l'ensemble des discours (annexe 8).

PARTIE 3 : RESULTATS ET DISCUSSION

PRINCIPAUX RESULTATS

Les « violences obstétricales » sont reconnues par les professionnels mais la terminologie ne fait pas consensus

Analyse conceptuelle : des attributs partagés

La première partie nous a permis de présenter la genèse du concept de « violences obstétricales » à travers le monde ainsi que les différentes définitions qui existaient, nous permettant d'élaborer des outils opérationnels pour appréhender ce sujet. Nous avons retenu neuf attributs relatifs aux violences obstétricales en se basant principalement sur la définition proposée par le CIANE.

Ici, nous souhaitons mettre en perspective les représentations du phénomène propres aux participants en les rapportant aux attributs théoriques que nous avons choisi de retenir à l'issue de la première partie. Initialement, la grille d'entretien prévoyait la question suivante : « Comment définiriez-vous les violences obstétricales ? ». Or cette formulation induisait une reconnaissance du concept. Il fallait que notre interlocuteur se sente libre d'exprimer son point de vue. Nous lui avons donc préféré la formulation suivante : « Que vous évoque l'expression "violences obstétricales" ? » permettant de faire apparaître certains attributs récurrents.

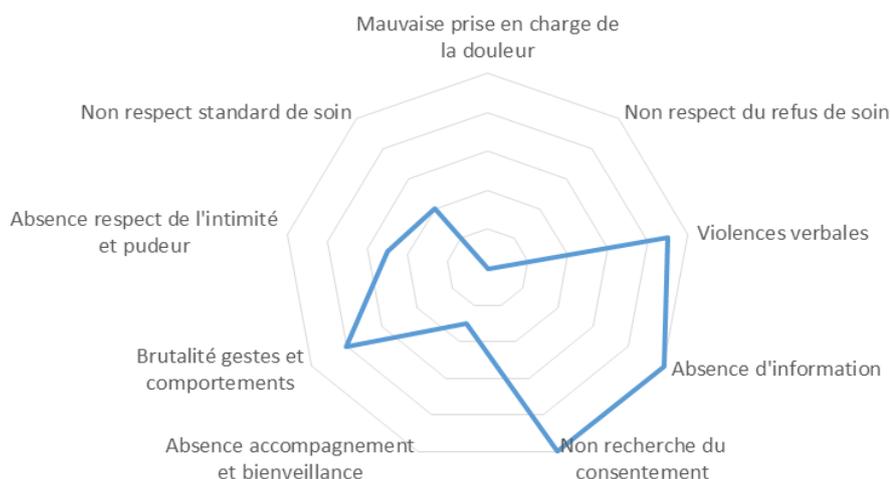


Figure 3 : les attributs de la violence obstétricale par les soignants

ATTRIBUTS THEORIQUES DE LA VIOLENCE OBSTETRICALE	NOMBRE DE PARTICIPANTS AYANT EVOQUE L'ATTRIBUT EN DEBUT D'ENTRETIEN
Absence d'information	10
Non-recherche du consentement	10
Violences verbales	9
Brutalité des gestes et des comportements	8
Absence de respect de l'intimité et de la pudeur	5
Non-respect du standard de soin	4
Absence d'accompagnement et de bienveillance	3
Mauvaise prise en charge de la douleur	0
Non-respect du refus de soin	0

Tableau 2 : nombre de participants pour chaque attribut de la violence obstétricale

Il apparaît clairement que l'expression « violences obstétricales » était le plus souvent associée à la notion d'information ou de consentement (12 participants sur 16). Les deux

Entretien 9 (GO, type II) « Cela comprend les violences physiques, les violences verbales. Et puis si je crois bien comprendre, tout ce qui serait fait sans consentement [...] sans la compréhension, que ce soit des mots qui puisse être dits, dévalorisants, dégradants, agressifs et des gestes, qui soient faits certes sans consentement mais qui sont perçus comme violents parce que non expliqués alors qu'ils ont une justification médicale réelle et qu'ils ne sont pas violents [...], des positions inadaptées, un non-respect de l'intimité, un non-respect du projet de la patiente ».

Entretien 1 (SF, type II) « Ce n'est pas uniquement un geste, ça peut être un propos, une omission d'informations, qui peut aller d'une part à l'encontre de la volonté du patient, à l'encontre des règles de bonne conduite dans le domaine de l'application de la médecine et qui pourrait induire plus qu'une surprise, une méfiance vis-à-vis des professionnels de santé par les patients. Quelque chose qui vient blesser le contrat de confiance dans la relation patient-médecin ou patient-sage-femme ».

Il est apparu une relative homogénéité conceptuelle des « violences obstétricales » au sein du groupe des professionnels, qui s'approche de celle retenue dans le cadre de notre approche théorique.

Seuls deux attributs ne figuraient chez aucun participant lorsque nous avons initié l'entretien. En premier lieu, la **non-prise en charge de la douleur** n'était jamais évoquée comme appartenant au champ des violences obstétricales même si ce thème apparaissait au fil de l'entretien dans le cadre du témoignage de la patiente.

Entretien 2 (SF, type III) « Par contre ce qui est **inadmissible** c'est qu'au moment de la suture elle ait eu mal, qu'il n'y ait pas eu des choses adaptées pour la prise en charge de la douleur ».

Entretien 16 (GO, III). « La suture de l'épisiotomie sans anesthésie, là c'est aussi une violence obstétricale. Mais pour moi, faire l'épisiotomie n'est pas une violence obstétricale alors qu'elle le décrit comme tel [...]. La sage-femme n'aurait pas dû recoudre, on n'a pas le droit de recoudre si on n'a pas une bonne anesthésie ».

De la même manière, le **non-respect du refus de soin** n'était pas affilié au concept de violence obstétricale. Une seule participante l'évoquait au décours de l'entretien.

Entretien 10 (SF, I) en évoquant l'épisiotomie « Si j'étais amené à en faire une, je le dirais. Et si la femme me dit **non**, je ne le ferais pas ».

Le filtre de la subjectivité

Les discours ont mis en évidence une notion qui semble opposer d'un côté l'expérience des professionnels marquée par l'**objectivité scientifique** et de l'autre celle des patientes dont le récit serait marqué par la **subjectivité**. Ainsi, ce filtre subjectif agirait comme un

obstacle à la définition des violences obstétricales puisqu'un même évènement pourrait être vécu différemment selon chaque patiente. Malgré la tentative de délimiter la violence obstétricale dans un cadre conceptuel, il apparaît que pour certains, il s'agisse d'une notion non factuelle, donc difficilement identifiable.

*Entretien 7 (SF, II) « Pour moi "violence obstétricale" c'est tout acte, geste ou parole de la part du soignant qui pourrait être **mal vécu** par le soigné [...] Où s'arrête la limite entre la **vraie** violence qui peut être reçue comme telle alors qu'une autre femme ne va pas forcément le vivre de la même façon. C'est là où je trouve que c'est compliqué ce débat ».*

*Entretien 3 (GO, III) « Il y a beaucoup d'intervenants, la santé de son enfant qui est en jeu donc voilà, ça combine tout ce qui peut faire que le **vécu** peut être très agressif. Alors que les soignants n'ont pas l'impression du tout de faire quelque chose d'agressif ».*

*Entretien 4 (SF, III) « Je placerais ça plutôt sur un **ressenti** des patientes sur ce qu'elle considère comme une atteinte à leur vie privée, physique et morale qui n'est pas forcément perçue de la même manière du point de vue professionnel ».*

L'analyse sémantique des discours a fait apparaître un recours massif à la notion de « vécu », de 2 à 18 occurrences par entretien, sans compter les termes de « ressenti » ou de « perception » qui étaient également mobilisés.

Deux auteurs en psychologie clinique évoquent, au sujet des violences obstétricales, une « mise en tension apparemment insoluble entre subjectivité et objectivité » (36). A leurs yeux, il semblerait que cette opposition binaire soit à l'origine d'une incompréhension entre soignants et soignés, perpétuant une certaine forme de violence en attribuant d'un côté le savoir médical (objectif) et de l'autre le vécu (subjectif). Or, cette répartition des rôles néglige le fait que les soignants ne peuvent pas être exemptés de subjectivité dans leur pratique comme le souligne l'un de nos interlocuteurs.

*Entretien 6 (GO, II) « Et la subjectivité, il faut en parler aussi. Penser que d'un côté on est objectif, de l'autre côté on est subjectif, c'est une erreur fondamentale. La **subjectivité** elle est **partagée** des **deux côtés** ».*

Ainsi malgré l'édification d'un concept basé sur des attributs objectivables, les notions de vécu ou de ressenti étaient souvent perçues par les participants comme un facteur d'incompréhension entre soignants et soignés. Notre même interlocuteur soulignait le devoir du professionnel de prendre en considération ce vécu subjectif au même titre que la clinique et les données paracliniques dans la prise en charge de la patiente.

Entretien 6 (GO, II) « Quand on n'est pas capable de prendre le vécu subjectif d'un acte c'est qu'on n'a rien compris au métier que l'on fait [...] Arrêter de penser que cette subjectivité n'a pas de sens, c'est l'essence de notre métier, c'est manier une matière subjective. Il y a très peu d'objectif, il y a un peu de biologie, et quelque fois un peu d'imagerie. Mais la clinique c'est un matériau hautement complexe et si on n'est pas capable d'**entendre** ces patientes, on n'est pas capable de soigner correctement. ».

En miroir de cette subjectivité, intervenait donc l'objectivité du soignant du fait de ses connaissances. Or, cet argument était invalidé par certains participants, remettant en question le poids accordé à la rationalité scientifique dans la pratique professionnelle et par voie de conséquence le fondement de l'asymétrie dans la relation soignant/soigné.

Entretien 14 (SF, I) « Il faut qu'on s'ôte de la tête qu'en tant que soignant on a la **science infuse**, qu'on connaît mieux que les patients ce qu'il se passe. Surtout que je pense qu'en obstétrique, ce n'est absolument pas une **science exacte**. On n'a pas de légitimité à dire "moi je sais mieux que la patiente". Forcément qu'en tant que professionnel, on a des connaissances que la femme n'a pas. Mais nous, ce que l'on n'a pas, c'est le ressenti de la patiente, sa connaissance d'elle-même et de son corps. Si l'on veut que ça marche, il faut que déjà on s'enlève ça de la tête, il faut qu'on soit une équipe en fait ».

Entretien 6 (GO, II) « Quand on ne comprend pas qu'on manie des niveaux de preuve qui sont ras les pâquerettes et que nos vérités ne sont pas meilleures que les gens qu'on soigne, finalement on maintient cette position hiérarchique en pensant que voilà, c'est la science qui parle quand on parle. En réalité, quand on regarde l'**assise scientifique** de la plupart des décisions qui sont les nôtres tous les jours, elle est très **faible**. La plupart des recommandations professionnelles dans notre discipline sont des accords professionnels, le plus bas niveau. Et donc je trouve que comprendre ça, c'est comprendre qu'on n'est pas détenteur d'un savoir qui doit nous amener à passer sous silence l'expérience subjective [...] Voilà, les **médecins** et les **sages-femmes** sont des **sorciers** ».

« Je ne vois pas de débat. C'est un sujet » : découverte du sujet et accueil du débat médiatique

Pour la majorité des participants, la prise de connaissance du concept de « violences obstétricales » se situait durant les deux voire trois dernières années. A la question « pourriez-vous dater l'apparition du débat dans les médias ? », nous nous attendions à ce que l'emballement médiatique de l'été 2017 revienne fréquemment dans les réponses. Seuls trois participants, tous gynécologues-obstétriciens, mentionnaient explicitement cet évènement comme mode d'entrée dans le sujet. Quatre autres participants évoquaient une médiatisation remontant à 2015 avec l'affaire des touchers vaginaux sous anesthésie générale ou le documentaire radiophonique de France Culture traitant des maltraitances

gynécologiques (1). Malgré le fait que l'expression « violences obstétricales » soit réellement popularisée en 2017, certains professionnels avaient, dès 2015, pris connaissance du sujet qui était désigné à l'époque de « maltraitements » en obstétrique ou en gynécologie.

De manière générale, nous avons pu constater que c'était bien le traitement médiatique et les réseaux sociaux qui ont porté le sujet des « violences obstétricales » à la connaissance des professionnels plus généralement à partir de 2017. Un seul participant s'inscrivait sur une période plus ancienne et n'évoquait pas la médiatisation comme vecteur d'information. Il inscrivait la libération de cette parole dans une démarche plus globale de contestation du pouvoir médical et de libération de la parole sur des sujets tabous.

*Entretien 6 (GO, type II) : « Je ne sais pas, ça fait cinq ou dix ans qu'il y a des injonctions faites à la profession pour changer des trucs. En réalité, je ne pense pas que ça ne concerne que l'obstétrique, c'est toute la médecine qui est concernée [...] Je crois que ce sont vraiment les attentes des usagers qui ont changé au fil du temps. Ça remonte déjà aux années 80, on prend toujours en exemple cette épidémie de SIDA qui a fait monter le patient au statut d'expert dans certains cas et le processus se poursuit. Aujourd'hui il faut quelqu'un qui ait le courage de parler pour que les autres suivent. C'est comme #MeToo, il a fallu une première et puis ça été l'avalanche. Et là c'est pareil, moi je trouve ça très bien mais je me fais **pourrir** par mes collègues ».*

Nous avons souhaité illustrer de manière graphique l'accueil du débat par les professionnels. Ainsi, près de trois professionnels sur quatre s'étaient remis en question alors que moins de la moitié d'entre eux trouvaient l'expression « violences obstétricales » appropriée. Au total, douze professionnels avaient remis en question leur pratique au cours de ces dernières années donc dix directement en lien avec le débat sur les violences obstétricales. Huit d'entre eux avaient modifié de manière effective leur pratique professionnelle comme nous le verrons plus bas dans l'analyse.

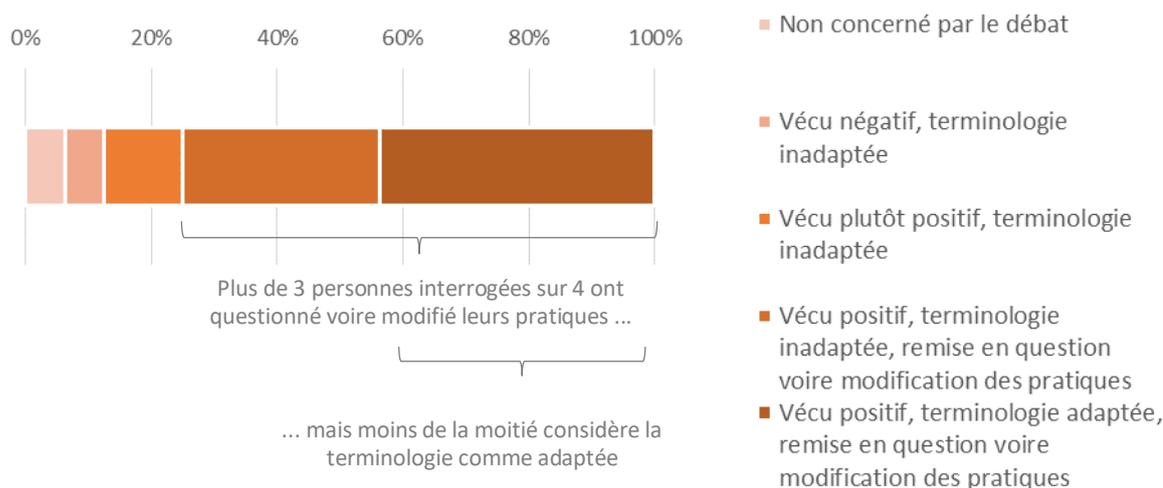


Figure 5 : perception du débat et de la terminologie

Au début de la médiatisation des violences obstétricales, la perception du sujet a été majoritairement négative pour les gynécologues-obstétriciens avec le sentiment d'être stigmatisé.

Entretien 3 (GO, type III) « D'abord, j'ai eu une réaction un petit peu de défense. Et bien alors, n'importe quoi, si on a besoin de faire une épisiotomie on va faire une épisiotomie, on ne va pas s'arrêter en plein accouchement pour dire "excusez-moi madame, alors vous savez une épisiotomie..." [...] Au départ, on a tous trouvé ça ridicule et disproportionné de dire que les gynécologues étaient des barbares et des brutes épaisses qui faisaient des épisiotomies pour le plaisir ».

Cette attitude initiale « de défense » a été qualifiée de « corporatiste » par l'un des participants qui imputait cette réaction au traitement médiatique.

Entretien 6 (GO, type II) « Je n'aime pas entendre le terme violence obstétricale dans la bouche d'un journaliste qui ne connaît pas son sujet, qui le traite par le petit bout de la lorgnette et qui veut vendre du papier. En revanche, dans une perspective très constructive, je pense que c'est extrêmement intéressant. Le problème c'est que l'utilisation médiatique qui en est faite a braqué beaucoup de gens qui se sont retranchés dans une position très corporatiste et défensive, malsaine, mais qu'on peut voir et qu'on comprend quelque part quand on voit le positionnement de certains médias ».

Cette première réaction plutôt défavorable a progressivement évolué vers une reconnaissance du phénomène, accordant une place **légitime** à cette parole voire un effet **vertueux** pour améliorer les pratiques.

Entretien 9 (GO, type II) « A l'époque, j'avoue avoir refusé d'aller creuser dans les médias. Je me suis contentée d'écouter ce que j'entendais parce que je crois que je n'avais pas envie et je trouvais que ce n'était pas ce que je vivais, ce

MACIAS Amandine

que je ressentais dans ma pratique. Mais après je me suis mise à lire un peu plus, notamment les réponses qui ont été faites par l'académie nationale de médecine, parce que je me suis dit c'est vrai que ça existe et il faut qu'on comprenne pourquoi ».

Entretien 13 (GO, type I) « La première violence dont je me souviens, pour les professionnels qui travaillent en salle de naissance, c'est violent de nous dire qu'on a violenté certaines patientes qui sont venues accoucher et qu'on a essayé d'aider à accoucher. C'est assez violent. Et puis en recueillant progressivement des choses sur ce que me racontaient les patientes sur leurs accouchements précédents [...] je me suis dit effectivement il y a quelque chose à creuser dans cette affaire ».

Entretien 3 (GO, type III) « Il y a un certain tabou qui est en train d'être levé grâce à ça ».

Entretien 6 (GO, type II) « Moi je pense qu'il y a un vrai travail et c'est très bien qu'il y ait tout ce bruit, ça nous met devant la tâche à accomplir ».

Une seule participante évoquait une forme d'exaspération face à la couverture médiatique des violences obstétricales tout en reconnaissant l'existence de pratiques peu respectueuses.

Entretien 5 (GO, type III) « Après, tout le monde peut s'améliorer parce qu'il y a toujours des choses à entendre dans ce qui est relayé mais c'est tellement exagéré, grossi et injustifié qu'au final, pour certaines choses, je ne peux plus entendre parler de violences obstétricales, ça me rend dingue. Vraiment ».

Du côté des sages-femmes, l'accueil était d'emblée plutôt favorable même si l'une d'entre elles nous a fait part de son sentiment de remise en cause en tant que professionnelle.

Entretien 8 (SF, type I) au sujet de sa réaction initiale « Mitigée [...] D'un côté je me sens accusée, forcément t'es pas content, et en même temps tu te dis "moi-même je l'ai vécu", pas forcément en termes de violence obstétricale, mais par rapport au corps médical ».

Entretien 4 (SF, III) « J'étais contente parce que c'est comme l'histoire de la charge mentale. J'ai l'impression qu'on a mis un mot sur un élément qui existait depuis toujours et qui maintenant est un fait, ça permet de mettre en évidence quelque chose, ça permet d'être un **tremplin** pour réfléchir sur nos pratiques et la manière dont elles sont vécues par les patientes ».

Entretien 7 (SF, II) « S'il y a un gros **bénéfice** à ce débat c'est d'avoir renoué le lien, d'avoir mis beaucoup plus de communication entre le soignant et le soigné ».

Parmi nos interlocuteurs, un participant témoignait du fait qu'il ne se sentait pas concerné en tant qu'obstétricien puisque la profession est majoritairement féminine. L'existence du phénomène était donc implicitement reconnue tout en attribuant l'entière responsabilité

aux professionnelles du fait de leur prépondérance. Or en 2016, la démographie des gynécologues-obstétriciens faisait état d'un équilibre à l'échelle nationale avec une proportion légèrement plus élevée de femmes en Ile de France soit 53% (34). Le point de vue de ce participant masquait également le fait que les témoignages relatant de violences obstétricales ciblaient les professionnels de la gynécologie et de l'obstétrique, indépendamment du sexe. En dernier lieu, il considérait que la médiatisation avait privé les professionnels de toute discussion par la mise en avant d'un **sujet** de manière unilatérale. A ses yeux, seul un échange entre les protagonistes (patientes et soignants) aurait pu permettre le déroulement d'un véritable débat.

*Entretien 16 (GO, type III) « Pour moi, la première chose qui me vient à l'esprit c'est que les professionnels de l'obstétrique sont des femmes, c'est pour ça qu'en tant qu'homme, je me sens un peu étranger à ça [...] C'est une **question entre femmes**, et les médias en font une question d'hommes à femmes [...] Alors moi je préfère le mot **sujet** au mot **débat**, je ne vois pas de **débat**, ça voudrait dire qu'il y a des gens qui parlent entre eux et qui débattent ».*

De manière générale, les participants ont tous pris connaissance du concept de « violences obstétricales », ont intégré la majorité des éléments de définition portés par la médiatisation et nous ont fait part du retentissement sur leur réflexion et leur pratique quotidienne. L'étanchéité des points de vue entre soignants et soignés qui pouvait apparaître dans le traitement médiatique initial n'a pas été vérifié dans le cadre de nos entretiens, près de 2 ans après le pic médiatique de l'été 2017. Au contraire, une véritable **porosité** était lisible dans le partage conceptuel des violences obstétricales et surtout l'accueil plus fréquemment favorable qui lui était réservé dans notre panel de professionnels.

Sur la question de la terminologie, la majeure partie des professionnels ne trouvait pas l'expression adaptée. La critique formulée en premier lieu était l'excessivité du terme, traduisant des actes **intentionnels**. Quelques propositions ont été suggérées comme « mauvais vécu obstétrical », « maltraitance », « attitudes inadaptées »

Entretien 2 (SF, III) « Violence, je trouve que c'est un mot fort ».

Entretien 9 (GO, II) « Non je trouve que le mot est vraiment trop fort [...] Violence ça semble vouloir obligatoirement dire derrière qu'il y a quelque chose de volontaire ».

Entretien 12 (GO, I) « Je trouve que c'est une expression qui est peut-être trop exagérée [...] Violence pour moi c'est vraiment donner un coup ».

En deuxième lieu, il leur apparaissait que la notion de violence ne pouvait pas être réduite à la spécialité obstétricale mais que la réflexion devait être étendue à l'ensemble du monde médical.

Entretien 3 (GO, III) « C'est bien plus large que ça, c'est trop réducteur de dire violence obstétricale. Oui, elle (Marie) a été victime d'une sorte de violence mais surtout d'une absence de considération, de son souhait, de son projet, de sa douleur, de ses inquiétudes et une absence de délicatesse [...] Parce qu'il y a plein de domaines de la médecine où je pense que c'est pareil. Je pense qu'il y a des situations où l'équipe médicale peut être brutale, peut ne pas être à l'écoute, peut ne pas tenir compte du vécu ou de la douleur ».

Entretien 16 (GO, III) « On peut appeler ça une violence obstétricale mais j'appelle ça une violence médicale au sens large [...] Mais ça désigne toute mal practice. On peut parler de violence cardiologique, de violence gastro-intestinale, violence neurologique, ce n'est pas propre à l'obstétrique ».

Entretien 6 (GO, II) « En réalité je ne pense pas que ça concerne que l'obstétrique, c'est toute la médecine qui est concernée. L'obstétrique, elle, a à voir avec une forme d'intimité qui jette une lumière toute particulière sur cette problématique. Mais en réalité c'est le problème du soin en général, la position du soignant par rapport au patient qui est questionné ici ».

Pour les soignants qui étaient en accord avec la terminologie, le mot était certes jugé « fort » mais exprimait justement l'intensité de cette problématique.

Entretien 7 (SF, II) « C'est vrai que le mot "violence" fait un peu peur [...] Il faut appeler un chat, un chat. Oui c'est une violence finalement oui ce sont des violences. Je ne vois pas quelle autre expression on peut utiliser ».

Entretien 11 (SF, I) « Disons que ça percute quand tu dis ça, ça fait parler ».

Entretien 6 (GO, II) « Je vous dis, le terme de violence, il est choquant, il est violent, il est tout ce que vous voulez, mais au moins il est efficace. Il fait bouger. Donc parfois il faut ça »

En définitive, il semble donc que l'existence de violences obstétricales soit reconnue, regroupant des éléments factuels ou non (vécu, ressenti,...), mais que l'appellation ne soit pas satisfaisante pour la majorité d'entre eux.

Evolution des pratiques : effet générationnel, maturité ou injonction à la remise en question ?

Le thème du changement de pratiques était largement évoqué. Nous avons souhaité relever dans les différents discours l'origine de ces changements, et le cas échéant, évaluer l'impact du débat sur les pratiques professionnelles.

En premier lieu, il existait une catégorie de participants qui évoquait une remise en question antérieure au débat médiatique. Les expériences en tant qu'interne ou étudiant sage-femme étaient souvent citées comme structurantes dans leur démarche de bienveillance. Un effet « générationnel » a été cité à plusieurs reprises, notamment chez les gynécologues obstétriciens, témoignant aux yeux des participants d'une évolution vers une médecine plus respectueuse.

Entretien 6 (GO, type II) « Moi ça fait très longtemps que je réfléchis à ça, ça fait très longtemps que je m'interroge sur mon positionnement par rapport aux autres, que j'essaie d'y réfléchir en permanence. Je ne dis pas que je suis parfait ou quoi que ce soit, j'ai comme tout le monde des moments où je me comporte mieux que d'autres, on n'est pas des robots et on réagit à notre environnement. Oui je pense que depuis que je suis étudiant ce sont des questions qui me tiennent à cœur. J'ai souvent été heurté par les comportements de mes séniors et ça m'a fait beaucoup réfléchir donc je continue ».

Entretien 2 (SF, type III) « Je trouve que pendant mes études médicales, selon les praticiens, surtout les praticiens âgés, ce n'était pas systématique de demander le consentement de la patiente avant de l'examiner, de la faire examiner par quelqu'un d'autre ».

Entretien 4 (SF, type III) : « J'ai trouvé que pendant mes études et le début de ma pratique de sage-femme, les choses étaient beaucoup plus violentes. Des expressions abdominales qui m'ont beaucoup marquées, qui étaient pour moi des actes très violents (...) et je trouve que les choses ont beaucoup évolué [...]. Par rapport à ma pratique d'il y a quinze ans, ça n'a rien à voir. Je trouve que les sages-femmes qui sont fraîchement diplômées sont beaucoup plus douces. Je ne dis pas que les anciennes sages-femmes ne sont pas douces, mais je trouve qu'elles ont été formées, je ne sais pas s'il y a des cours pendant la formation, mais elles ont été formées pour un accompagnement qui est plus physiologique, je les trouve plus dans l'accompagnement. Moi j'ai l'impression d'avoir été formée par "c'est une primipare tu coupes" point final. Je me rappelle une fois ne pas avoir coupé, et la sage-femme m'a dit "mais c'est incroyable, tu n'as pas coupé sur une primi(pare)" ».

Entretien 5 (GO, type III) : « Il y a des médecins qui ont des attitudes qui sont incorrectes, plus les anciens, vraiment vieux, qui vont taper sur les fesses de leurs patientes ».

Entretien 9 (GO, type II) : « C'est un changement de mœurs, je verrai ça comme ça. Je ne pense pas qu'on soit plus violent qu'on ne l'était, bien au contraire. Je dirais qu'en termes de violence, c'était certainement plus violent avant que

ça ne l'est maintenant [...] C'est comme ça que je verrai les choses, non pas que j'ai vécu dans l'ancien temps que je ne connais pas. Mais les anciens obstétriciens peuvent vous dire qu'on n'avait pas à se justifier. On nous a quand même tous enseigné en Internat "quand on a un **siège**, on coupe, quand on a un **forceps**, on coupe". Alors que maintenant on essaye de préserver un maximum le périnée, même quand il y a des extractions instrumentales. Je dirais que j'aimerais bien revenir en arrière pour voir l'évolution mais le débat surgit à un moment où il y a justement un inversement des pratiques et ce qui est confirmé par le fait que quand on regarde il y a moins d'extractions, moins d'épisio. En tout cas on a une meilleure qualité **technique** de soin ».

Entretien 16 (GO, III) « La violence obstétricale, je l'ai plus rencontré à la fin des années 80 et début des années 90. C'était des **refus de péridurale**, des sages-femmes qui **insultaient** les patientes. Depuis 15 ans, franchement, je trouve qu'on est un peu hors sujet quand même. Alors, bien sûr, qu'il existe quelques collègues, sages-femmes ou médecins, qui ne sont pas dans l'empathie, c'est vrai, mais il y'en a quand même beaucoup moins que dans les années 80-90 ».

Pour certains professionnels plus âgés, il existait d'autres facteurs générateurs de violence tels que la violence institutionnelle ou l'absence de péridurale.

Entretien 13 (GO, I) : « Moi je suis assez vieux pour avoir connu à la maternité ..., pour ne pas la citer, [...] Toi tu n'étais peut-être même pas née, peut-être j'exagère. A cette époque-là, **l'institution** était perverse et violente avec le personnel. J'ai connu une école de sage-femme en particulier, ce serait aujourd'hui, les responsables seraient tous en prison tellement c'était délirant. Les élèves sages-femmes étaient systématiquement humiliées, maltraitées, au sens vraiment **délictueux** du terme, considérées comme des moins que rien [...] Les pères étaient mal traités. Ils avaient le droit de sortir une fois, s'ils assistaient au travail de leur épouse. S'ils étaient déjà sortis une fois, ils ne rentraient pas. Non mais vraiment, vu d'aujourd'hui ça paraît...C'était il y a 30 ans. C'est une histoire incroyable, tout le monde était **maltraité**. Du coup les patientes l'étaient aussi. [...] Je pense qu'on a fait des progrès quand même. Je suis assez vieux pour avoir connu l'époque où franchement c'était rude. Je veux dire moi j'ai eu un patron qui foutait des baffes aux patientes, les patientes qui perdaient les pédales, qui se mettaient à crier, qui bougeaient un peu trop, on leur mettait des baffes ».

Entretien 15 (SF, I) « A l'époque je me souviens il n'y avait pas de péridurale. On parlait réellement de **boucherie**. On ne parlait même pas d'accouchement douloureux ou difficile, on se disait entre nous c'est la boucherie et on savait ce que ça voulait dire. Les femmes avaient des forceps **sans anesthésie**, les femmes avaient des révisions utérines sans anesthésie après un travail long et douloureux parce qu'il n'y avait pas de péridurale ».

Ainsi, pour les professionnels plus âgés ainsi que pour certains praticiens ayant au moins dix ans d'expérience, les pratiques apparaissaient plus respectueuses aujourd'hui qu'au début de leur carrière. Le paradoxe apparent entre une médecine plus respectueuse et la dénonciation de violences en obstétrique/gynécologie fait écho à l'analyse d'Y. Michaud qui évoque une élévation de la sensibilité vis-à-vis de la violence en fonction des normes et des époques, et ceci de manière encore plus marquée dans les sociétés où la réglementation des comportements augmente (27).

Deux professionnels évoquaient un cheminement personnel lié à leur expérience et à la maturité, dissocié d'une évolution des recommandations issues des sociétés savantes ou d'origine sociétale.

Entretien 13 (GO, I) « Avec l'expérience, on peut apprendre à en faire le moins possible (en parlant des épisiotomies) et c'est vrai que du coup on peut se permettre d'en faire très peu ».

Entretien 2 (SF, III) « Moi je n'ai pas l'impression que depuis 2 ou 3 ans j'ai changé ma pratique. Je pense que j'étais comme ça avant. Par rapport à mon début de pratique, j'ai beaucoup évolué [...] C'est une question de maturité dans la prise en charge des patientes et de se rendre compte avec l'expérience, qu'il y a des choses qui nous paraissent tellement évidentes qui sont mal vécues par la patiente. Que ce soit ça ou autre chose, il y a des choses qui nous paraissent tellement banal. En fait, non ce n'est pas banal, ni évident pour une patiente ».

Entretien 16 (GO, III) « J'ai mûri, je veux dire c'est un cheminement personnel, je suis plus mature aujourd'hui que je ne l'étais il y a 20 ans ».

Pour certains, les changements de pratique en matière obstétricale, n'intervenaient pas en réponse à une demande de la société civile mais témoignaient d'une prise de conscience interne au groupe d'experts professionnels.

Entretien 2 (SF, type III) « Ce n'est pas forcément lié au fait que ce soit sorti dans les médias. C'est une évolution globale, qu'on ne soit plus dans l'épisiotomie systématique. Pour les forceps d'ailleurs aussi, c'est quelque chose sur lequel on fait attention [...] On voit évoluer les collègues, on les voit vieillir. Je pense qu'on est tous dans la tendance d'en faire de moins en moins avec l'expérience et tout ».

Or, il faut rappeler que concernant l'épisiotomie, les pressions exercées par les mouvements militants et associatifs avaient conduit en 2005 à l'élaboration de RPC par le CNGOF (37) dans un but de limiter le recours à cet acte chirurgical. Malgré un infléchissement dès 1996, le taux d'épisiotomie en 2003 était encore de 68% chez la primipare et de 31% chez la multipare (38). Il semblerait donc que la corrélation entre la diminution continue du taux d'épisiotomie et la genèse des RPC produites par le CNGOF ne soit pas visible par les professionnels même si la communauté scientifique avait commencé à s'interroger avant l'élaboration de recommandations.

Outre ces différents contextes qui ont conduit à des modifications de pratiques, il apparaît que le débat médiatique au sujet des violences obstétricales ait entraîné une remise en question et pour certains un changement de pratiques comme nous l'avons vu. Ces

derniers témoignaient d'un soin plus grand accordé à l'information et au recueil du consentement voire d'une diminution de leur taux d'épisiotomie pour deux sages-femmes.

*Entretien 3 (GO, type III) « L'aspect **consentement** est important, expliquer ce qu'on fait, pourquoi on le fait et puis recueillir l'accord de la patiente et ça je pense que ce n'est pas quelque chose qui me paraissait évident avant [...] Ce que je faisais d'habitude quand j'examinais une patiente en consultation, et bien j'ai un tout petit peu changé [...] Je les prévenais "je vous examine " et maintenant je dis la même phrase avec une interrogation dedans [rires...] et c'est rigolo parce qu'elles me disent "oui oui bien sûr" et il y'en a qui sont presque étonnées que j'attende leur acquiescement. Donc c'est très simple, parce que ce n'est pas une grande phrase, je ne prépare pas toute une explication. Mais j'attends qu'elle soit **prête** ».*

*Entretien 1 (SF, type II) « Je dirais qu'il y a peu de temps encore je **n'assumais pas** de faire une épisiotomie. Et bien devant ses articles de presse racontant ce que sont les violences obstétricales, je me suis dit que je n'avais pas le droit de ne pas leur dire que je faisais ça [...] Ca a changé le fait que je formule beaucoup plus souvent l'indication [...] Ce n'est pas juste de l'intuition [...] Du coup j'ai l'impression que je **diminue** mon taux d'épiso et l'autre truc c'est que j'ai l'impression que les gens **acceptent** beaucoup mieux ».*

*Entretien 4 (SF, III) « Alors du coup ça fait 2 ou 3 ans que je ne fais quasiment plus d'épisiotomie, j'en ai fait une par an. Je ne dis pas que c'est bien, ou que ce n'est pas bien, c'est juste que je n'en fais plus. La dernière fois que j'en ai fait une, parce qu'il y avait eu tout ce **contexte** de violences obstétricales, je me suis dit que j'allais lui **dire** le moment venu ».*

*Entretien 9 (GO, type II) « Ce que je faisais déjà avant mais la seule chose que je rajoute c'est "au moment du geste il se peut que j'ai besoin de couper. Est-ce que vous souhaitez que je vous prévienne ou que je ne vous prévienne pas ?". Et étonnamment la plupart des patientes souhaitent que je ne les prévienne pas [rires]. C'est essentiellement ça que j'ai modifié dans ma pratique, c'est ma manière **d'expliquer** aux gens le geste technique de l'épiso et d'implicitement demander leur **consentement**. ».*

Elles sont rarement justifiables aux yeux des professionnels

Le leitmotiv de la sécurité

La sécurité constitue une priorité aux yeux de nombreux professionnels mais répond également à une demande exprimée par les parturientes. Lors de nos entretiens, nous avons pu constater que le point de vue des professionnels ainsi que le témoignage de Marie s'intégraient pleinement dans cette logique.

*Témoignage de Marie « Quand je l'ai appris, (sa grossesse) je ne savais pas trop où aller pour accoucher et comme c'était un premier enfant, et que j'étais un peu...pas angoissée mais... On m'avait dit qu'à *** ça allait être compliqué,*

qu'il fallait être conseillé par un gynéco. Donc j'ai un peu baissé les bras et je me suis dit va à *** parce que j'avais entendu dire que c'était un bon hôpital et ça me **rassurait** d'être dans un niveau 3. Ce qui n'était pas forcément une bonne idée [rires] ».

Entretien 3 (GO, type III) « Je trouve ça triste parce que ça aurait pu être fait totalement différemment sans prendre aucun risque en termes de sécurité pour cette patiente et pour son bébé [...] Le principal c'est leur satisfaction quand elles accouchent. Evidemment il y a **d'abord la sécurité**, on est d'accord. Au-delà de ça, il faut que les femmes soient heureuses de leur accouchement ».

Entretien 13 (SF, type I) « La patiente a besoin de bons professionnels avec leur connaissance, savoir comment se passe un accouchement, quand est-ce que ça devient pathologique en fait, qu'on leur apporte la **sécurité** autour de la naissance ».

La recherche d'une sécurité optimale pour la mère et pour l'enfant est un objectif prioritaire depuis les années 1980, guidant les réformes en matière de périnatalité et aboutissant à une catégorisation du risque (39). La classification en trois niveaux sous-tend l'idée qu'il n'existe pas de risque zéro puisque la grossesse est au minimum à bas risque (22). Il s'agit donc d'un véritable consensus professionnel auquel adhère une partie de la population. Les auteurs de l'ouvrage, Sociologie de la Naissance, déclarent que les femmes se sont appropriées le modèle du risque et choisissent elle-même les établissements les plus sécuritaires, préoccupation qu'elles placent au premier rang derrière une prise en charge plus physiologique (21). Or, pour D. Carricaburu, sociologue, ce n'est pas tant sur cette priorité de la sécurité que les points de vue divergent, mais sur l'importance et le poids à accorder à ce risque. Il incombe au professionnel de veiller à ce que les patientes partagent cette idée du risque latent en les informant de l'imprévisibilité de l'accouchement comme en témoignent les passages ci-dessous.

Entretien 7 (SF, II) « On est là pour les accompagner, pour que ce soit **sécuritaire** pour elle, pour leur bébé, pour leur conjoint même s'il n'est pas question de sécurité vitale. Il faut leur rappeler des fois, j'ai l'impression qu'elles ont tendance à **l'oublier** ».

Entretien 12 (GO, I) « Parce qu'on n'est jamais aussi bien préparé que quand on est **prévenu de tout** ce qui peut arriver. Qu'une femme ne soit pas démunie quand on lui dit qu'on va faire une césarienne, si elle ne s'était pas préparée à ça. Chaque accouchement peut se terminer **potentiellement** par une césarienne, ou une épisiotomie ou un forceps [...] Et si elles sont formées à ça elles le vivront mieux et nous aussi en tant que personnel soignant ».

Pour certains professionnels de notre étude, cette recherche de sécurité a pu générer une certaine perte d'humanité notamment dans son versant techniciste comme l'évoquait une participante. Cette dernière effectuait une corrélation entre une forme de « déshumanisation », cette recherche de sécurité et le modèle institutionnel de la maternité de type III.

*Entretien 1 (SF, II) « Médicalement, il n'y a pas de fautes, il n'y a pas de failles, ce sera suivi, **sécurisée**, mais ce n'est pas du tout humain [...] Pour moi le problème majeur c'est que d'une part, pour des raisons économiques, on ait créé des gros centres de maternité où sont réunies toutes les technologies disponibles dans l'état actuel des connaissances de la science, en se disant "on ne met personne en danger, les gens viennent accoucher en sécurité, où elles auront accès à tous les soins qu'on peut leur donner". Néanmoins elles sont hyper **seules** dans ce genre de structure les dames [...] Elle est un **bout de chair** pour lequel on se bat pour qu'elle ne saigne pas, pour que son bébé naisse ».*

L'urgence en obstétrique : un consensus professionnel hétérogène

Il nous a paru important de traiter le thème de l'urgence de manière distincte même s'il aurait pu être plus globalement intégré à l'enjeu de sécurité. En effet, il apparaît que le paramètre de l'urgence pourrait conduire à un défaut d'information, la réalisation de gestes obstétricaux et plus globalement la survenue de violences obstétricales. Quelques semaines après les déclarations de la secrétaire d'Etat durant l'été 2017, plusieurs professionnels avaient rappelé dans une publication de la Revue du praticien que « certaines situations (procidence du cordon...) sont imprévisibles et la nécessité d'une action rapide laisse **peu de temps** à l'explication et à la discussion. Ce type de situation, hautement pourvoyeuse de stress post-traumatique, doit être débriefé avec la patiente et son conjoint le lendemain et/ou à distance » (14).

De manière générale, l'urgence obstétricale constitue un consensus tout aussi important que celui de la sécurité comme l'illustre le rapport du Haut Conseil de la santé public en 1994 (40) « L'obstétrique est une activité **d'urgence**, les accouchements ne sont pas programmés et les complications obstétricales encore moins [...] les complications sont strictement **imprévisibles** et d'une **gravité** extrême justifiant une intervention souvent importante ». Ce rapport a d'ailleurs conduit à l'édification du nouveau plan de périnatalité de 1998 et la restructuration des établissements en trois niveaux de risque.

Entretien 5 (GO, type III) « Il faut rester un peu en phase avec la **réalité** de l'urgence obstétricale, du fait qu'il y a des décisions qui doivent être prises **rapidement** et qu'effectivement parfois c'est difficile à vivre [...] On ne peut pas toujours **argumenter** une demi-heure avant ».

Entretien 13 (SF, I) « Donc elle pousse et là **providence** du cordon alors qu'elle était à dilatation complète et là je lui dis "il faut que votre bébé sorte en urgence je vais vous faire une épisiotomie" et je m'en suis vraiment voulue en me disant mince cette patiente, ce n'était pas celle à qui ça devait arriver. Après coup (après avoir réalisé une épisiotomie en urgence) je me suis réexcusée et elle m'a dit "ah non mais de toute façon j'ai vu dans votre regard que ça n'allait pas, qu'il fallait la faire et que c'était une **urgence**" et finalement je pense qu'elle a mieux vécu son épisio que moi parce qu'elle a compris que ce n'était pas un geste fait en systématique, ce n'était pas un geste banal que j'ai fait. Et que je l'ai fait vraiment pour **sauver** son enfant. C'était une **urgence vitale** et le bébé n'allait pas très bien à la naissance ».

Entretien 8 (SF, I) « Je leur dis (aux patientes lors des préparations à la naissance) quand vous ne comprenez pas, il faut que vous demandiez parce que la sage-femme a peut-être l'impression qu'elle vous a expliqué mais la patiente n'a pas forcément compris. Alors dans l'**urgence** ça arrive souvent. Sur un accouchement un peu en **panique** ou en urgence, j'essaie de reprendre à la fin avec la patiente et surtout le conjoint parce qu'en fait elle ne capte pas tout ».

Entretien 12 (GO, I) « Pendant une hémorragie, on n'a **pas le temps** de leur parler, je veux dire ça saigne, il y a du monde, ça bouge de tous les côtés. **Après** ce qu'on fait c'est qu'on revient vers elle pour leur réexpliquer ce qui s'est passé ».

Or ce paradigme de l'urgence qui domine le monde de l'obstétrique semblait être questionné par certains participants.

Entretien 3 (GO, type III) « On avait l'**impression** que dans le contexte de l'urgence on **pouvait tout faire**. Faire des choses qui pouvaient **même** être **douloureuses**, c'était pour le bien de l'enfant et même pour le bien des femmes tel que c'était perçu ».

Entretien 10 (SF, type I) « Franchement c'est **hyper rare** les vraies urgences, tu as le temps de dire. Tu vas peut-être en voir trois fois dans ta vie des urgences où tu n'auras pas le temps de dire. En obstétrique tu as **souvent le temps**, c'est **faux de dire que tu n'as pas le temps** ».

Entretien 13 (GO, type I) « Mais quand il (le médecin) est dépassé par quelque chose qui lui fait vraiment peur, souvent il est **maltraitant**. C'est-à-dire qu'il **n'explique plus rien** et surtout il **dramatise** tout "si je ne fais pas ça vous allez mourir, si je ne fais pas ça votre bébé va mourir". Or c'est quand même **rarement** le cas. On **ne sauve pas tant d'enfants** que ça, on en sauve **quelques-uns** mais ce n'est pas vraiment si fréquent que ça qu'on sauve la vie d'un enfant ».

Entretien 7 (SF, II) « Ça prend **30 secondes** d'expliquer que là, elle en train de perdre trop de sang. Qu'on va aller vérifier s'il ne reste pas un morceau de placenta, vérifier que ce n'est pas le col qui est en train de saigner, qu'on est train de tout faire pour arrêter les saignements et éventuellement, qu'en attendant, on peut mettre bébé en peau à peau avec le papa pour qu'elle puisse se concentrer sur elle parce qu'on ne peut pas tout gérer en même temps. Et ça prend 30

secondes de tout expliquer, et très souvent les dames qui *vivent mal* des actes, ce sont des *défauts d'information...* j'ai l'impression ».

Entretien 10 (SF, I) « évoquant l'incitation à la pose de péridurale pour certaines situations à risque) Je trouve que c'est pour *compenser notre peur* à nous, du coup on leur fait peur. Je pense qu'on utilise dans ces cas-là des mots qui font peur pour qu'elles soient obligées d'accepter. Quand *tu fais peur à une femme*, que son bébé peut mourir et qu'elle peut mourir, *évidemment* qu'elle la prend son anesthésie ».

Dans nos entretiens, il semblerait que la remise en question de l'urgence obstétricale émerge plus facilement chez les professionnels de maternité de type I ou type II. Les situations plus fréquemment pathologiques rencontrées en type III pourraient, sans surprise, influencer la vision de ces professionnels sur ce thème.

« On n'est plus dans la médecine à papa » : la culture de l'autorité médicale invoquée

Les différents participants ont massivement dénoncé le modèle d'une médecine dite « paternaliste » voire « patriarcale », quelle que soit la profession, le lieu d'exercice, le sexe ou l'âge. La critique renvoyait directement à l'asymétrie de la relation soignant/soigné qui en découlait.

Entretien 1 (SF, type II) « En fait c'est vrai, la grossesse tu as l'impression d'être à *l'école*, c'est-à-dire que si tu ne fais pas bien tes trucs, si tu ne rentres pas dans les cases t'es... C'est terrible, ça m'effraie en fait. Tu te dis comment les gens ne peuvent pas *culpabiliser*, comment les gens peuvent être sereins quand ils arrivent ? Les soignants se posent en "je suis *détenteur du savoir* et toi tu viens juste demander mon savoir". On n'est pas sur une base solide d'emblée ».

Entretien 6 (GO, type II) « Cette médicalisation a permis de beaucoup progresser [...] et tout ça s'est fait dans un contexte très marqué encore par une forme de *paternalisme* médical, de *toute puissance des médecins*. En fait, ce paternalisme ainsi que la médicalisation de l'accouchement ont déterminé des pratiques, qui ne posaient pas de problème jusqu'à un certain moment. Et l'évolution de la société pour ce qu'elle est aujourd'hui, fait qu'on se retrouve pour une grande partie de cette profession, en *décalage avec les aspirations* ».

La plupart des discours inscrivaient cette médecine dans un temps révolu, où les pratiques n'étaient ni contestées par les patients, ni réinterrogées par les professionnels eux-mêmes. A. Jaunait, doctorant à l'IEP de Paris dont les travaux portent sur la normativité médicale, considère que le paternalisme « porte davantage atteinte au principe **d'autonomie** de la personne – définie comme une capacité individuelle à faire ses propres choix et à réaliser

ses propres objectifs – qu’au principe de liberté – compris comme non-ingérence. Le paternalisme suppose ainsi qu’il y a des valeurs ou des intérêts supérieurs au prix qu’on peut attacher à l’autonomie d’une personne » (41).

*Entretien 2 (SF, type III) « Je pense que depuis quelques années, on est passé d’une médecine paternaliste à une médecine où le patient n’est plus un **spectateur** de sa prise en charge mais un **acteur** de sa prise en charge. Je trouve ça bien. [...] Moi je le comprends comme ça, on n’est plus dans la **médecine à papa** ».*

*Entretien 9 (GO, II) « Déjà on a fait comprendre aux gens que le milieu médical **n’était pas tout puissant**, qu’on avait le droit de dire, je pense que les **langues se délient** désormais sur tous les sujets. On a le **droit de dire** qu’on n’est **pas content** d’un médecin, d’une sage-femme, alors qu’avant on n’avait pas le droit de dire. En tout cas c’est comme ça que je le ressens ».*

*Entretien 13 (GO, I) « J’ai souvenir à ***, je suis resté un an en plus, j’ai fait 2 semestres. Je me souviens de la grande visite où le professeur *** qui était en plus un type plutôt sympa, qui n’était pas du tout un grand méchant, ce n’était pas une grosse personnalité (dans le sens autoritaire). Il faisait la grande visite, il examinait des patientes, on était 14 dans la pièce à faire la visite avec lui. Alors oui, il y avait quelqu’un qui tenait pudiquement un voile devant les fesses de la dame. Mais je veux dire **qu’est-ce qu’il avait besoin d’examiner devant tout le monde franchement !** En plus ça ne servait à rien. C’était juste parce qu’il avait toujours fait comme ça et que voilà. Et pourtant c’était quelqu’un de vraiment charmant par ailleurs. Et les patientes le trouvaient plutôt sympa de base. Alors qu’est-ce que ça devait être les autres [rires] ? ».*

Aux yeux des participants, l’évolution de la médecine s’est faite en faveur d’une médecine plus « participative ». Le « droit du patient » était cité à plusieurs reprises, témoignant de l’impact de la législation sur la relation soignant/soigné.

*Entretien 6 (GO, II) « Je dirais qu’on a eu cette révolution du **4 mars 2002**, qui a fait bondir tout le monde mais qui nous a fait **énormément progressé** mais pas assez encore. Je crois qu’on est dans cette idée qu’il faut avancer dans la communication avec le patient et qu’il faut sortir d’une communication verticale, du haut vers le bas pour accepter l’idée qu’il n’y pas, d’un côté la **rationalité** du médecin scientifique et de l’autre côté **l’irrationalité** du profane qui devrait être lavé par des injonctions ».*

Les études en sciences sociales confirment la profonde transformation de la posture du patient face au médecin au contact du droit. J.-P. Pierron (cité dans A. Jaunait 2007) montre que la déontologie médicale, considérée comme « un ensemble de valeurs corporatives » a longtemps interféré dans l’application du droit de la santé en faisant obstacle « à l’empowerment juridique des malades » (42). Or, l’évolution des codes de déontologie des cinquante dernières années s’est faite en faveur d’une « coopération médicale » permettant une reconnaissance de la déontologie par le droit. Ainsi A. Jaunait déclare que « c’est

justement la mutation de la réflexion médicale sur ses propres devoirs qui autorise une forme nouvelle de coopération médicale ». Certains spécialistes ont même comparé la loi du 4 mars 2002 à « un cinquième code de déontologie ».

Charge de travail, violence structurelle, risque médico-légal : des institutions peu mises en cause

Nous nous attendions à ce que le thème de la violence institutionnelle à l'égard des professionnels soit massivement invoqué pour justifier la survenue de violences obstétricales, faisant écho aux déclarations des instances professionnelles. Or, ce n'était pas le cas puisque ce discours était largement minoritaire (2/16), non dépendant des logiques professionnelles.

Entretien 1 (SF, type II) « C'est assez difficile à admettre mais les violences elles surviennent plus facilement selon la charge de service. [...] Moi j'ai travaillé dans un endroit où il y a 14 salles d'accouchement, on n'a pas le temps, on n'a pas le temps physiquement de passer des quarts d'heures, des demi-heures avec les gens pour les aider à respirer. C'est malheureux, et d'ailleurs je pense que les gens qui travaillent à l'hôpital aujourd'hui auront de moins en moins cette patience-là. Parce qu'on leur impose des conditions de travail trop lourdes. On n'est plus patients, on n'a plus le temps et d'ailleurs on n'est plus éduqués à cette patience ».

Entretien 16 (GO, III) « J'ai toujours été attentif, en tout cas j'ai toujours eu l'impression de n'avoir jamais, oh peut être quand même si, avoir traité une ou deux femmes de conne, parce que j'étais.... Ce que je veux dire c'est que je pense que quand on pousse les professionnels à bout par l'organisation des soins, et bien oui ils peuvent péter les plombs et reporter la faute, parce qu'il faut toujours un coupable, sur la patiente elle-même. Et c'est ce qu'il se passe là... (au sujet de Marie) ».

La plupart des professionnels évoquaient plutôt le contexte de « gardes chargées » ou de « suractivité » sans remettre en cause l'organisation des soins. L'analyse sémantique des discours a d'ailleurs montré que le mot « temps » arrivait en tête des termes les plus utilisés.

Entretien 4 (SF, III) en évoquant le sentiment de solitude de la patiente lors de son accouchement « Je vois comment ça peut se passer du point de vue du professionnel quand il y a beaucoup de travail et que finalement on n'arrive pas à l'accompagner comme on aimerait l'accompagner [...] il y a un manque réel de temps qui existe [...] c'est sûr que la patiente qui arrive à 6h du matin après une garde très remplie, c'est compliqué pour toi de te sentir disponible ... même si je pense que la plupart des filles font des efforts » .

Entretien 1 (SF, II) « C'est vrai que quand la charge de travail est augmentée, on a plus de mal à être, au fil des 12 heures de garde, les mêmes sur notre façon de répondre aux patientes, donner l'information nécessaire ».

Pour certains, la surcharge de travail ne constituait pas une circonstance atténuante.

Entretien 3 (GO, type III) « Ça ne prend pas plus de temps de faire un toucher vaginal délicat plutôt qu'en étant brutal ».

Entretien 15 (SF, I) « Après, la surcharge de travail n'empêche pas de bien accompagner une femme ».

La participation du risque médico-légal dans la survenue de violences obstétricales apparaît également peu dans les résultats. Une personne interrogée évoquait le rôle « malfaisant » de la médecine **défensive**. Cette dernière peut être définie comme « 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 » (Barbot, Fillion, 2006, cité dans Clavandier, 2013)(21). Il en résulterait des modifications des pratiques en faveur d'une multiplication des examens complémentaires non justifiés médicalement, élément qui figure dans les témoignages sur les réseaux sociaux ou dans les critiques des militantes. Un autre entretien mettait en exergue la « peur » du professionnel. Cette vision fait écho à ce qu'évoquait P. Cesbron, chef de service à la maternité de Creil, en 2001 « toute maltraitance a pour origine la défiance, autrement dit la peur. Transformer une grossesse en une circonstance potentiellement marquée par les risques du malheur pour la vie de la mère ou celle de son futur enfant, c'est mettre en garde la femme contre elle-même et son petit. C'est la disqualifier » (43).

Entretien 13 (GO, type I) « Je trouve que quand ça se passe mal au moment de l'accouchement, c'est souvent que les professionnels ont eu peur. Un professionnel qui a peur il est maltraitant souvent, quand il est dépassé par sa peur [...] C'est-à-dire qu'il n'explique plus rien et surtout il dramatise tout "si je ne fais pas ça vous allez mourir, si je ne fais pas ça votre bébé va mourir" ».

Il est intéressant de constater que les deux professionnels qui abordaient le risque médico-légal étaient tous deux gynécologues-obstétriciens, par ailleurs chefs de service de leur maternité. Ils dénonçaient la peur conduisant certains praticiens à générer de la « maltraitance » pour réduire ce risque. Leur fonction les amènerait à être plus exposés à la question médico-légale.

S. Gouilhers, anthropologue qui a réalisé une étude en Suisse sur le thème du risque en obstétrique, a montré que la « judiciarisation » de l'obstétrique a finalement favorisé une « certaine égalisation entre expert et profane et notamment les rapports médecins et patients », révélant ainsi la capacité d'action et d'autonomisation du patient face au médecin (Perron 2007 cité dans Gouilhers 2017) (44).

Une confraternité professionnelle en mosaïque

Une des hypothèses de l'étude était que le principe de confraternité était un facteur de non dénonciation des violences obstétricales par les professionnels. Afin d'évaluer cette question de recherche, la formulation était la suivante « avez-vous déjà pu observer des formes de violences obstétricales et avez-vous pu en parler avec le professionnel concerné ? ». Les réponses ont mis en évidence le fait que les professionnels avaient pu être témoins de violences obstétricales essentiellement durant leurs études. De ce fait, c'est le positionnement hiérarchique qui figurait comme principal obstacle à la dénonciation de violences.

Entretien 3 (GO, III) « Je pense surtout à mon internat où j'ai déjà vu des chefs s'emporter de manière assez brutale. Oui on en parle mais dans notre tout petit cercle. On ne s'autorise pas à aller voir la personne qui s'est comportée comme ça en lui disant "qu'est-ce qu'il s'est passé ? " ... On n'ose pas en fait. C'est vrai par contre qu'entres internes on se dit "mon dieu mais comment il se comporte" et on se dit, "je sais quel médecin je ne veux pas être" [rires] ».

Deux participants mentionnaient explicitement ce devoir de confraternité. Ce dernier est développé à l'article 56 du code de déontologie des médecins sous la formulation suivante (article R.4127-56 du code de la santé publique) « Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de **bonne confraternité**. Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'ordre. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité » (45) et dans la sous-section 4 du code de déontologie des sages-femmes (article R.4127-354 du code de la santé publique) « les sages-femmes doivent entretenir entre elles des rapports de **bonne confraternité**. Elles se doivent une assistance morale. Une sage-femme qui a un dissentiment avec une autre sage-femme doit chercher la conciliation au besoin par

l'intermédiaire du conseil départemental. Il est interdit à une sage-femme d'en calomnier une autre, de médire d'elle ou de se faire l'écho de propos capables de lui nuire dans l'exercice de sa profession. Il est de bonne confraternité de prendre la défense d'une sage-femme injustement attaquée » (46).

Entretien 13 (GO, I) « Dans la profession, en particulier chez les médecins, on n'a pas le droit de dire du mal d'un collègue, sauf si on a des preuves extrêmement fortes, au sens judiciaire du terme, pour l'affirmer. On n'a pas le droit, sinon on est condamné nous-même parce qu'on a dit du mal des collègues, ce n'est pas déontologique ».

Entretien 3 (SF, III) sur la difficulté de discuter avec ses collègues de leur pratique « C'est vrai que je trouve ça gênant, ce sont tes collègues. J'ai déjà assisté à des discussions, à des vécus, même à des accouchements que j'ai trouvés extrêmement violents. Je n'en parle pas forcément directement avec la personne concernée parce que c'est ma collègue et parce que c'est compliqué de juger quelqu'un sur sa pratique. Effectivement, il y a des collègues que je trouve très dures et je me dis que je n'aurai pas aimé être accouchée par cette sage-femme là. Je ne le dis pas parce que c'est ma collègue et que le principe de ne pas critiquer sa collègue c'est quelque chose qui est important ».

Ce devoir de confraternité, tel qu'il est présenté dans le code de la santé publique, s'applique notamment en cas d'attaque « injustifiée » envers un professionnel. Mais qu'en est-il lorsque le professionnel estime que son confrère n'a pas eu la conduite appropriée ? Certains professionnels évoquent ce cas de figure et ont fait part de leurs difficultés d'échanger au sujet de pratiques jugées non conformes ou violentes, que ce soit au sein de son groupe professionnel ou non.

Entretien 1 (SF, II) au sujet d'un médecin « Au départ je n'assumais pas du tout ses pratiques. Je faisais un peu comme si de rien n'était et au bout d'un moment je me suis dit que ce n'était pas possible. Je ne peux pas subir, je ne me trouve pas crédible d'être associée à quelqu'un qui travaille de cette façon brutale, violente, agressive, mais au sens premier du terme. Au bout d'un moment j'ai arrêté d'être Je ne sais pas comment s'est fait le déclic. Ah oui je sais ! Parce que j'ai discuté avec cette personne et j'ai constaté de façon flagrante sa mauvaise foi par rapport à une situation médicale et je me suis dit que je n'avais aucune envie d'être associée à sa façon de travailler, à sa façon de faire. Je veux que les gens nous distinguent, lui et moi. Du coup, quand j'appelais ce médecin, j'ai commencé à prévenir les gens, je disais « il ne va pas beaucoup vous parler, tout ce qu'il va faire c'est son travail ».

Entretien 3 (SF, III) « Je l'ai dit une fois quand même, à une de mes collègues qui a accouché une de mes amies ayant eu un mauvais vécu. J'ai réussi à lui dire dans les vestiaires "tu sais elle a trouvé ça très violent cet accouchement" et elle m'a rétorqué "oui mais elle n'arrêtait pas de gueuler". La discussion s'est arrêtée là, c'était très dur pour moi ».

Certaines critiques ont pu être émises à l'intérieur d'un même groupe professionnel, notamment celui des sages-femmes, mettant en évidence l'hétérogénéité des points de vue qui semblait dépendre du lieu d'exercice. Ainsi, certaines sages-femmes hospitalières

interrogées dans le cadre de notre étude ont fait part de leur souhait d'une meilleure préparation à la naissance réalisée en grande partie par les sages-femmes libérales. D'autres, exerçant en type I ou II, évoquaient une difficulté voire une contradiction entre le souhait d'accompagnement physiologique et les maternités de type III (ou grands centres), ce dernier point ayant également été soulevé par une gynécologue-obstétricienne de type I.

*Entretien 1 (SF, II) « Il y a de plus en plus des sages-femmes qui s'installent en libéral et qui vont faire des préparations à l'accouchement, qui n'auront jamais mis les pieds dans une salle d'accouchement en dehors des stages et qui n'auront pas l'expérience de terrain [...] Comment ces filles-là peuvent être dans un **discours juste, approprié**, sans enjoliver un peu les choses [...] je trouve que c'est deux mondes qui ne communiquent pas beaucoup ».*

*Entretien 8 (SF, type I) en évoquant le choix de Marie d'accoucher en type III alors qu'elle ne souhaite pas de péridurale « Tu ne comprends pas pourquoi elle a tout un projet de naissance et elle va dans une maternité de type III, est-ce qu'elle s'est renseignée sur les différences ? [...] encore une fois, dans une maternité de type III ou une grosse maternité de type I, **la sage-femme ne va pas être là à te soutenir tout le temps** [...] niveau III avec 4000 accouchements, il n'y a pas assez de sages-femmes. Ce n'est **pas possible** ».*

*Entretien 12 (GO, type I) « Après, ce qui joue aussi, c'est le nombre d'accouchements. En niveau 3, le nombre d'accouchements est important et parfois **l'accompagnement s'en ressent** ».*

Il n'existait pas de discours équivalent dans notre corpus de gynécologues obstétriciens. Deux participants mentionnaient toutefois des divergences de point de vue auprès de certains confrères de la même spécialité ou des médecins plus généralement.

*Entretien 6 (GO, II) « C'est comme #MeToo, il a fallu une première et puis ça été l'avalanche. Et là c'est pareil, moi je trouve ça très bien, mais je me fais **pourrir** par mes collègues ».*

*Entretien 13 (GO, type I) « Il y a quelque chose que je n'ai jamais compris chez les anesthésistes c'est que le mari soit là, ça leur pose un problème. Enfin moi à chaque fois je trouve ça assez étonnant. Après ce sont des habitudes [...] Ça c'est les **guéguerres** entre les anesthésistes et les obstétriciens ».*

La violence de genre : une lecture quasi absente

L'approche contextuelle (partie I) nous a permis d'observer que le processus de dénonciation des violences obstétricales s'appuie sur une double contestation de la violence institutionnelle et de la violence de genre. La lecture des participants renvoyait

plutôt à une violence générée par l'asymétrie dans la relation patient-médecin, l'institution hospitalière et de ce fait concernerait tous les domaines de la médecine.

Entretien 3 (GO, III) « C'est bien plus large que ça, c'est **trop réducteur** de dire violence obstétricale. Oui, elle (Marie) a été victime d'une sorte de violence mais surtout d'une absence de considération, de son souhait, de son projet, de sa douleur, de ses inquiétudes et une absence de délicatesse [...] Parce qu'il y a plein de domaines de la médecine où je pense que c'est pareil. Je pense qu'il y a des situations où l'équipe médicale peut être brutale, peut ne pas être à l'écoute, peut **ne pas tenir compte** du vécu ou de la **douleur** ».

Entretien 10 (SF, I) « Je ne suis pas sûre que dans d'autres services où il y a des hommes dedans, que ce soit forcément différent. Dans des services de **réanimation**... Pour moi c'est plus la **dégradation de l'hôpital** je trouve ».

Deux participants soulevaient toutefois la particularité de l'obstétrique dans le champ des disciplines médicales comme le soulignait les auteurs d'une étude internationale sur les maltraitements lors des accouchements (15).

Entretien 6 (GO, II) « En réalité je ne pense pas que ça concerne que l'obstétrique, c'est toute la médecine qui est concernée. L'obstétrique, elle, a à voir avec une forme **d'intimité** qui jette une lumière toute particulière sur cette problématique. Mais en réalité c'est le problème du soin en général, la **position** du soignant par rapport au patient qui est questionné ici ».

Entretien 3 (GO, III) « Je pense que l'accouchement en lui-même combine tout puisqu'il y a une certaine **vulnérabilité** de la part de la patiente qui est un petit peu **à la merci des soignants**, en général elle a la péridurale, elle ne peut pas se mobiliser, elle **n'est pas maîtresse de son corps**. Il y a beaucoup d'intervenants, la santé de son enfant qui est en jeu donc voilà ça combine tout ce qui peut faire que le vécu peut être très **agressif** ».

Certains professionnels, plus facilement des femmes, inscrivaient le débat des violences obstétricales dans un mouvement de libération de la parole des femmes à l'image de la dénonciation des violences faites aux femmes et des sujets médiatisés tels que *le point du mari*, #MeToo, la charge mentale,...

Entretien 2 (SF, type III) « Je trouve que ça regroupe aussi le fait que les femmes veulent se **réapproprier** leur corps, leurs désirs, leurs sexualités, ça en fait partie quelque part, complètement quoi. C'est une **évolution de la société**, des mentalités ».

Entretien 3 (GO, type III) « Aujourd'hui il y a quand même beaucoup de **tabous** qui sont levés, sur le **harcèlement**, sur le **viol**, sur les **violences conjugales** ou autres. Et donc peut-être c'est à la faveur de cette **libération de la parole** au sujet de toutes les violences en général que vivent les femmes qu'elles peuvent quand même parler de ça ».

Entretien 14 (SF, I) « Et puis une volonté des femmes de ne plus trop **se laisser faire**. Je pense que ça rentre tout à fait dans la mouvance des violences sexuelles dont on a entendu parler l'année dernière, #MeToo, tout ce qui est mouvement

féministe. Mine de rien l'obstétrique a été masculinisée avec les gynécos, même si de plus en plus de gynécos sont des femmes, elles ont quand même l'attitude **paternaliste** et **masculine** qui disent aux femmes c'est comme ci, c'est comme ça. En gros il faut accepter ce qu'on vous dit, ce qu'on vous propose comme si les femmes n'avaient pas leur mot à dire. Sauf que l'accouchement c'est quand même naturel, et c'est quelque chose qui fait intégralement partie de la vie d'une femme. A partir du moment où une femme est enceinte, son accouchement fait partie d'elle. Si elle est dépossédée de ça, il y a des femmes qui n'acceptent pas ça ».

Entretien 4 (SF, type III) « Il y eu aussi l'histoire du point du mari qui était venu il y a 2 ou 3 ans, qui avait fait un gros débat. J'étais un peu **choqué** de ça, c'est quelque chose que je n'ai pas connu le point du mari. Je ne connais pas et je me suis dit que je croyais les femmes parce que c'est quelque chose qui est venu d'un coup sur les réseaux sociaux, il y a une femme qui a parlé puis d'autres femmes se sont **libérées** ».

Certains participants ont toutefois fait écho à des problématiques portées par les milieux féministes et dont les pouvoirs publics se sont récemment emparés avec la publication du rapport sur « les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical » (30). Ainsi quatre participants ont eu recours au terme de « viol » et deux autres à celui de « mutilation ».

Entretien 2 (SF, III) « L'examen génital, c'est une pénétration, c'est un acte violent. Si ce n'est pas expliqué, d'un point de vue légal, ça peut être vécu comme un **viol**. Quelque part, **viol, violence c'est pareil** ».

Entretien 13 (GO, I) « Un toucher vaginal, quand on n'a pas demandé l'avis de la dame et si elle n'est pas d'accord, techniquement c'est un **viol** [...] Et celles qui ne veulent pas d'épisiotomie, après tout elles ont le droit de ne pas vouloir d'épisiotomie, c'est une **espèce de mutilation**. Est-ce que ça sert vraiment à quelque chose l'épisiotomie ? Oh oui, une fois par an ».

En définitive, même si la parole libérée s'inscrivait dans une lutte pour l'égalité de traitement entre les hommes et les femmes, les professionnels ont privilégié l'inscription de la violence obstétricale au sein de la violence institutionnelle (47).

Les violences obstétricales : une opportunité de repenser la relation de soin ?

Le lien de confiance comme condition de la légitimité

Nous avons souhaité aborder le thème de la confiance. En effet, il apparaissait dans la moitié des discours de manière très inégale selon les participants, jusqu'à treize occurrences pour l'une d'entre elle. La relation de confiance était invoquée comme prérequis indispensable à la prise en charge de la patiente et instituée par le dialogue. Elle

exprime une certaine forme de « délégation » de l'état de santé du patient entre les mains du professionnel.

*Entretien 1 (SF, II) « Dans le contrat de **confiance** préalable à la prise en charge des patients, il faut aussi penser qu'il y a des gestes brutaux ou des situations violentes qui sont inhérentes aux nécessités de la situation médicale [...] en fait c'est un **dialogue**, c'est une **communication**, c'est de là que naît la **confiance** [...] Encore une fois, l'accouchement c'est l'histoire d'un lâcher-prise [...] rendu possible si les gens se sentent en **confiance**.».*

Cette notion de confiance apparaissait peu dans les résultats mais nous a paru faire écho à la réponse adressée par le CNGOF suite à la commande du rapport au HCE au sujet des violences obstétricales : « Il est par ailleurs injuste, voire néfaste pour les femmes, d'induire une telle perte de **confiance** envers les gynécologues et obstétriciens qui s'évertuent à assurer dans une sécurité remarquable plus de 800 000 naissances par an [...] il ne faut pas salir les professionnels, surtout lorsqu'ils pratiquent un métier aussi difficile que le nôtre, et la perte de **confiance** des femmes que vous induisez par vos propos constitue un bien triste projet » (8).

A. Jaunait décrit la notion de confiance comme une forme de « vulnérabilité acceptée » (42). Or, il affirme que dans une vision paternaliste de la médecine, la confiance est un **devoir** du patient alors que dans le cadre contemporain, la confiance intervient comme un **choix** voire « peut être la norme qui régule aujourd'hui la relation médecin-patient ». B. Jacques ajoute que ce contrat de confiance en obstétrique serait un bon indicateur pour savoir si les usagers partagent encore le **système de normes** et de **valeurs** concernant la grossesse et de l'accouchement, condition de survie de la profession (38). En effet, une profession se définit par sa capacité à faire adhérer aux conduites en **toute légitimité** et **sans contestation** c'est à dire « quand le public accepte de faire siennes les pratiques du groupe professionnel ». Selon E. Hugues, sociologue américain cité dans cet ouvrage, « le public doit croire en la légitimité du mandat que la profession a reçu de l'Etat ». Or, le débat des violences obstétricales pourrait ébranler cette légitimité. B. Jacques précise que la survie et la marge de liberté de ce groupe professionnel dépendront de sa capacité à s'adapter aux aspirations et aux changements sociaux.

La légitimité de l'information et l'ambiguïté du consentement : stratégies autour de l'épisiotomie

L'analyse transversale des discours a permis d'inscrire les notions **d'information** et de **consentement** au premier rang des thématiques relatives à la violence obstétricale. L'importance accordée par les participants à ce sujet témoigne de l'intégration de cette réflexion et de l'impact du droit dans la pratique professionnelle depuis la « révolution » du **4 mars 2002** comme l'évoquait un des participants.

En matière d'information, des prémices sont lisibles dès 1997 avec l'arrêt Hédreul qui impose au professionnel d'apporter la preuve de l'information (48) et en 2000 avec la publication par l'ANAES de recommandations à l'adresse des médecins sur la délivrance de l'information (49). Ainsi, ce « droit général pour toute personne d'être informée sur son état de santé par les professionnels » s'inscrit définitivement dans la loi en 2004 (48,50).

Art. L. 1111-2. - Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

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

Les professionnels de l'obstétrique interrogés ici se sont montrés unanimes sur l'obligation d'information avant toute prise en charge, conformément à leur déontologie et à la loi. Comme nous l'avons évoqué plus haut, seule l'urgence a pu être considérée comme une circonstance atténuante dans la non-délivrance de l'information. Cet élément est d'ailleurs mentionné dans les dernières recommandations de l'HAS sur l'accouchement normal en 2018 « si un acte devient prévisible **sans caractère d'urgence**, une information complète lui est délivrée et un échange a lieu comme si elle n'avait pas reçu l'information » (51).

La difficulté réside donc dans la caractérisation de l'urgence. Les participants ont souvent mentionné l'importance de « debriefer » à posteriori de l'évènement si l'urgence ne leur

avait pas permis de délivrer l'information. A leurs yeux, cette information différée permettrait de compenser son absence sur le moment et obtiendrait des résultats encourageants en termes d'amélioration du vécu des femmes.

Les participants mentionnaient le recueil du consentement au même titre que la nécessité d'informer. Ce point fait suite à l'obligation d'information de la loi du 4 mars 2002.

« Art. L. 1111-4. - Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

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

« 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.

A ce sujet, les participants ont illustré spontanément leur propos en évoquant des actes tels que la palpation abdominale ou le toucher vaginal mais c'était principalement le sujet de l'épisiotomie qui était invoqué.

Entretien 1 (SF, type II) « **Systématiquement** avant d'examiner une patiente, je dis "est-ce que je peux". Au bout de la 10^e fois qu'on leur pose la question, elles nous disent "mais vous demandez à chaque fois ?", pour moi ce n'est **pas concevable** d'examiner une patiente sans lui demander ».

Or, les stratégies autour de cette pratique divergeaient, révélant les différentes interprétations de la loi ou la difficulté de son application en matière d'obstétrique. Les professionnels mettaient en avant la légitimité de l'information tout en opposant des réserves sur les possibilités de mise en œuvre du consentement dans le contexte obstétrical. Ainsi, pour certains professionnels, il semblait que la délivrance de l'information pouvait les dispenser de recueillir le consentement.

Entretien 4 (SF, III) « La dernière fois que j'en ai fait une, parce qu'il y avait eu tout ce **contexte de violences obstétricales**, je me suis dit que j'allais lui dire, le moment venu je lui ai expliqué "ça fait 45 minutes qu'on pousse et là c'est vraiment le périnée qui bride, qui empêche le passage, votre bébé se fatigue, là il faudrait quand même que votre petite puce naisse rapidement" et je ne me suis **pas sentie à l'aise** avec ça. Je me suis dit que c'était quelque chose à travailler et que je n'avais pas les clefs pour le dire. **Je ne sais pas comment leur dire**, s'il ne faut pas dire, leur dire avant, leur dire après. Voilà ».

Entretien 1 (SF, type II) « On ne peut pas laisser penser aux gens [...] qu'ils vont avoir le **droit de décision dans tout** ».

Entretien 9 (GO, II) « Et donc **systématiquement** j'ai **changé** mon discours, je le fais avec beaucoup **plus de pincettes**. Quand je rentre dans une salle, je me présente « bonjour madame je suis Dr Untel, on m'appelle pour telle raison ». Ce que je faisais déjà avant mais la seule chose que je rajoute c'est que « au moment du geste il se peut que j'ai besoin de couper. Est-ce que vous souhaitez que je vous prévienne ou que je ne vous prévienne pas ? ». Et étonnamment la plupart des patientes souhaitent que je ne les prévienne pas [rires]. C'est essentiellement ça que j'ai modifié dans ma pratique, c'est ma manière d'expliquer aux gens le geste technique de l'épiso et d'**implicitement demander leur consentement**. Que ça allait être certainement nécessaire ou peut-être nécessaire. Si c'est nécessaire je peux le pratiquer **sans leur redemander à nouveau** ».

Entretien 1 (SF, I) « Je dirais qu'il y a peu de temps encore je **n'assumais pas** de faire une épisiotomie. Et bien devant ses articles de presse racontant ce que sont les violences obstétricales, je me suis dit que **je n'avais pas le droit de ne pas leur dire**. Alors du coup j'ai deux stratégies [rires]. [...] Je leur demande si en cas d'épisiotomie, elles souhaitent que je leur dise ou que je ne leur dise mais qu'après. Et du coup libres à eux de répondre, la plupart disent "je ne veux pas d'épisiotomie", je leur dis que je ne fais pas d'épisiotomie pour le plaisir mais si elle s'impose. [...] en fait c'est un dialogue c'est une communication, c'est de là que naît la **confiance**. Du coup depuis que je leur dis ça, je maîtrise mon geste (dans le sens d'une diminution de son taux d'épisiotomie) ».

Pour certains, l'obligation légale du consentement ne s'appliquait pas pour les gestes tels que l'épisiotomie ou la révision utérine, considérés systématiquement comme une réponse dans un contexte d'urgence.

Entretien 5 (GO, III) « On ne va pas faire signer un consentement après l'avoir informée une demi-heure si il y a une urgence ou que ça saigne. Et je trouve que ça c'est en décalage avec la **réalité** de la pratique. **On ne va pas demander à la patiente son consentement pour faire une épisio**, si on la fait c'est qu'on a besoin de la faire. Tout comme on ne va pas demander à la patiente un consentement pour faire une **révision utérine** si on la fait c'est qu'on a besoin de la faire. Et si on la fait c'est que souvent on n'a pas le **temps** de poser la question ».

Entretien 2 (SF, III) « Moi je leur dis toujours [...] que je ferai en sorte d'éviter une épisiotomie, que je n'en fais quasiment jamais, en moyenne une par six mois et que si vraiment je la fais, c'est que pour moi elle est **indispensable**. Et **je ne la préviendrai pas** sauf si la patiente **insiste** pour que je la prévienne. Jamais en ayant eu ce discours-là, une patiente ne m'a demandé de la prévenir [...] Après une fois que le bébé est sorti, si tout va bien et même si la délivrance n'a pas eu lieu, je leur dis tout de suite ».

Or, le recueil du consentement expose le professionnel à la possibilité d'un refus de soin, situation évoquée par une seule participante.

Entretien 12 (SF, I) « Je pense que ça a quand même un peu changé dans l'écoute du choix des patientes [...] on se doit de fournir une explication éclairée par rapport au déclenchement par exemple. Si elle refuse et bien voilà. Elle a eu son

information et c'est elle qui est responsable [...] si on a expliqué pourquoi on le faisait, il faut qu'elle ait **le droit de refuser** ça aussi ».

Une autre participante témoignait d'une situation où elle n'avait pas pu respecter le projet d'une patiente dans un contexte d'urgence vitale puisqu'elle ne souhaitait pas d'épisiotomie.

Entretien 14 (SF, I) « Typiquement je n'aime pas faire les épisiotomies, j'essaye d'en faire le moins possible en rassurant les patientes en disant "je ne sais pas faire". La dernière fois **j'ai dû en faire une**, c'était pour une dame qui n'en voulait pas, ça faisait partie de son projet de naissance vraiment c'était quelque chose d'important pour elle. C'était une dame qui avait un vaginisme, donc d'autant plus sensible autour de son périnée. Elle ne voulait pas d'épisiotomie. Donc elle pousse [...] et là **providence** du cordon [...] je lui dis "il faut que votre bébé sorte en urgence je vais vous faire une épisiotomie" et je m'en suis vraiment voulue en me disant, mince cette patiente ce n'était vraiment pas celle à qui ça devait arriver. Après coup je me suis **ré excusée**».

Les notions d'information et de consentement soulèvent donc de réels cas de conscience chez de nombreux professionnels. L'ambiguïté relevée dans les discours révèle la difficulté des professionnels à appliquer ce cadre législatif dans leur pratique obstétricale. Les dernières RPC sur la prévention et la protection périnéale rappellent font écho à cette ambiguïté puisqu'il « est **recommandé** d'expliquer l'indication et de recueillir l'accord de la femme avant de pratiquer une épisiotomie » et témoignent de l'actualité de ce sujet (52). Pour la sociologue B. Jacques, la difficulté du consentement en obstétrique résiderait dans le fait que lorsque la patiente a accepté une technique, elle consent implicitement à entrer dans le protocole sans le contester (22). Le débat des violences obstétricales met en lumière ces questions centrales qui semblent ne plus pouvoir être éludées et renvoie au concept de décision médicale partagée (HAS 2013).

Ce que les professionnels nous disent de leur propre pratique

« On ne les prépare à rien du tout » : l'exercice manqué de la préparation à la naissance et le profil de la patiente idéale

De manière directe ou indirecte, les participants remettaient en cause la préparation à la naissance. La principale critique renvoyait à une « édulcoration » voire une « idéalisation » de la naissance qui leur compliquait la tâche durant le temps fort de l'accouchement.

MACIAS Amandine

Entretien 1 (SF, type II) « Pour moi, la préparation à la naissance c'est un gros défaut de notre système de santé. Je trouve que globalement, on ne les prépare à rien du tout. On les entretient dans une sphère un peu **douce**, un peu **édulcoré** de ce que va être la naissance **sans vraiment les préparer** à ce qu'elles peuvent vivre comme moment [...] on rend les gens **idiots** devant la situation, on crée les conditions pour qu'ils soient dans **l'incompréhension**, qu'ils ne sentent pas bien ».

Entretien 5 (GO, type III) « En fait il y a une véritable **idérialisation** de l'accouchement qui fait que quand ça ne respecte pas le scénario envisagé dès le départ, c'est difficile à vivre, c'est une **déception**, c'est un **échec**. Je pense que les patientes devraient être un peu plus souples. Alors c'est peut-être à nous de les informer davantage en disant "vous savez un accouchement ça se passe pas toujours comme on voudrait, parfois il y a des complications, parfois c'est long et difficile ". J'ai l'impression qu'elles font toutes un peu de préparation, qu'on les met en confiance lors de la préparation en leur disant écrivez vos souhaits ».

Entretien 12 (GO, type I) en évoquant le témoignage de Marie « Je pense qu'elle gagne aussi à être mieux préparée parce qu'un accouchement ce n'est pas le **monde des bisounours** [...] Il ne faut pas que dans la préparation, on écarte tout ce qui pourrait être médicalisé ».

Entretien 4 (GO, III) au sujet du déroulement de l'accouchement « Elle voudrait que ça se passe d'une certaine façon ok très bien, moi aussi je voudrais gagner au loto et avoir une grande maison ».

Entretien 8 (SF, I) « Je pense que si tout est bien clair, bien expliqué, tout passe. Et ça passe aussi par la préparation [...] la sage-femme libérale c'est très bien mais quand elles ne connaissent pas l'établissement, on ne va pas se mentir mais il y a plein de choses qui ne sont pas du tout faisable, réalisable ».

En définitive, les professionnels semblaient pointer un défaut « d'acculturation » des patientes à l'institution comme l'évoque B. Jacques puisque l'objectif de la préparation à la naissance est non seulement de « socialiser la future mère » aux normes qui régissent le comportement maternel mais également de les préparer à l'organisation hospitalière (9). Elle ajoute que la préparation à la naissance permet de « faciliter le travail des professionnels ». D. Carricaburu, sociologue de la santé, écrit à ce sujet que « l'expression des compétences de chacun, qu'elles soient profanes pour la femme, ou professionnelles pour les sages-femmes et les obstétriciens nécessite d'être en pleine possession de ses moyens physiques et intellectuels afin d'atteindre le but commun » (cité dans Clavandier 2013) (21).

Deux autres sociologues, spécialistes de la naissance, mettent en évidence le fait que « l'accouchement devient un enjeu de réalisation personnel » et que les attentes en matière de mise au monde se diversifient (53). Les auteurs s'interrogent sur l'adéquation entre le

modèle institutionnel basé sur la sécurisation des naissances impliquant une forte protocolisation et les attentes des parents qui aspirent à devenir acteurs d'un évènement considéré aujourd'hui comme « l'œuvre de toute une vie ». Nous nous sommes demandées si ce « fort régime d'attente » pouvait participer du décalage entre les objectifs institutionnels et le souhait parental de relever d'une « attention particulière ».

Ainsi le projet de naissance, évoqué par la moitié des participants, pourrait incarner ce processus réflexif qui vise à négocier avec le corps médical certains aspects de la prise en charge sans toutefois remettre en cause le modèle basé sur la sécurité (21).

L'analyse transversale des discours a également mis en évidence le profil de la patiente **idéale**. Elle a bénéficié d'une information en amont et fait preuve d'adaptabilité face aux évènements imprévisibles de l'accouchement voire reste compréhensive face à l'indisponibilité des soignants en cas de surcharge de travail. En définitive, elle a intériorisé les contraintes de l'institution et permet aux professionnels d'exercer pleinement leurs compétences.

*Entretien 5 (GO, III) « Du coup si ça ne colle pas parfaitement au schéma et bien c'est raté [...] nous on incite les patients à écrire un projet de naissance ici mais l'idée c'est quand même qu'il soit discuté avant qu'elles n'arrivent pour l'accouchement [...] leur dire que ça ne se passera pas forcément comme elle l'espère, comme elles l'ont rêvé, comme elle l'ont imaginé. Ce n'est pas un mariage, ce n'est pas "ça va être le plus beau jour de ma vie" [...] il y a des choses qu'on ne maîtrise pas forcément et il faut savoir **s'adapter**. J'ai un peu peur qu'une certaine catégorie de patientes ait une idée tellement prédéfinie de ce que doit être un accouchement que du coup elles perdent toute **souplesse psychique** ».*

*Entretien 9 (GO, II) « Le vécu peut être mauvais malgré ça (revoir les patientes en suites de couche après un accouchement) et malgré toutes les pincettes qu'on peut prendre, je crois que quelque fois ça nous dépasse, ça peut être vécu comme une violence, parce ce que ça **ne correspond pas au schéma** fait par la patiente, elle nous rend responsable d'avoir brisé son rêve ou ce qu'elle avait fantasmé ».*

*Entretien 4 (SF, III) « Pour avoir réfléchi à tout ça, je me dis que vraiment le plus important c'est d'anticiper en ante natal toutes les possibilités de déroulement d'un accouchement où tout peut bien se passer [...] où elle peut être bien accompagnée [...] et d'anticiper le fait que cela se passe autrement [...] voilà, qu'il faut savoir **s'adapter** aussi [...] qu'elle soit prévenue de cette absence potentielle du monde médical autour d'elle ».*

*Entretien 8 (SF, I) « C'est pareil, en préparation je leur dis beaucoup " vous allez devoir gérer, **savoir gérer sans la sage-femme**, ne comptez pas sur la sage-femme pour ne pas avoir la péridurale (pour les patientes qui souhaitent accoucher physiologiquement) ».*

Les dispositions mentales de la patiente étaient également évoquées notamment à travers la notion de « **lâcher prise** » rendu possible par la relation de confiance, permettant à la patiente de s'en remettre à l'expertise du professionnel.

*Entretien 1 (SF, II) « Le temps de l'accouchement, le moment de l'accouchement c'est un **lâcher-prise**. On ne lâche pas prise devant quelqu'un en qui on n'a pas **confiance**. Si je veux que mes patientes accouchent bien, je me dois d'être digne de leur **confiance** [...] j'accepte que mon enfant vienne au monde et du coup qu'il ne soit plus dépendant de moi, je suis prête à le lâcher que si j'ai **confiance** dans l'environnement qui l'entoure. Mais si je n'ai pas confiance dans l'environnement qui m'entoure je vais me crispier. Pour moi c'est très psychologique le phénomène de l'accouchement ».*

Certains participants ont évoqué une modification de l'état psychique de la patiente lors de l'expérience de l'accouchement, notamment ceux sans péridurale ou dans un contexte d'urgence.

*Entretien 7 (SF, II) « Quand on arrive en salle de naissance, il y a des sensations dans notre corps qui peuvent nous mettre en **déséquilibre, psychologiquement et émotionnellement** ».*

*Entretien 8 (SF, I) « Le **conjoint**, il est beaucoup **plus objectif**, c'est toujours lui qui se souvient vraiment de ce qui s'est passé à l'accouchement. La femme, elle réinvente souvent l'histoire que ce soit en bien ou en mal [...] surtout quand elles n'ont pas de péri, elles sont trop dans leur truc [...] Sur un accouchement un peu en panique ou en urgence, j'essaye de reprendre à la fin avec la patiente et surtout le conjoint parce qu'en fait **elle ne capte pas tout** ».*

*Entretien 10 (SF, I) « Je suppose que tu as déjà été sur des accouchements sans péri où tu vois la femme qui est complètement **dépassée** par les évènements. Ce n'est même **plus elle-même**, elle est **transcendée** ».*

*Entretien 16 (GO, III) « Le "**je n'étais pas là**", toutes les femmes qui ont accouché le vivent un peu ».*

Cette vision de la femme en travail ne pourrait-elle pas conduire à remettre en question la « bonne réception » des informations et le recueil du consentement lorsque celle-ci ne dispose pas d'un plein état de conscience ? Nous pouvons nous interroger sur l'impact de cette conception dans la pleine application de la loi du 4 mars 2002.

Comment l'expérience personnelle façonne t'elle la vision des soignants ?

De nombreux participants ont eu recours à leurs expériences personnelles pour illustrer leurs propos. Il est difficile d'en évaluer l'impact mais il semble que cela ait influencé leur pratique professionnelle.

Entretien 1 (SF, type II). A propos du pouvoir accru des médecins notamment au sujet de l'euthanasie : « Moi à titre personnel, à la fois je suis dans la médecine et à la fois je fais confiance en ce médecin qui a ses compétences et ce savoir pour me soigner. Mais en même temps les décisions importantes de ma vie, je n'ai pas envie qu'il les prenne à ma place. Je n'ai pas envie que quelqu'un décide pour moi si je dois vivre ou mourir. A une moindre échelle dans le cas d'un accouchement, **je préfère savoir si on me fait une épisio**, qu'on m'ai expliqué pourquoi, qu'on m'est prise au sérieux dans la démarche».

Entretien 2 (SF, type III) « J'ai aussi eu la chance d'avoir une maman sage-femme donc j'ai vu mes premiers accouchements à 14 ans et j'ai toujours vu ma mère demander à une patiente "est-ce que je peux vous examiner ?". C'est quelque chose qui est **inné**, j'ai toujours vu ma mère faire comme ça ».

Entretien 2 (SF, type III), en parlant de sa technique de mémorisation pour chaque épisiotomie faite « Par exemple je me souviens que j'en ai fait une il n'y a pas longtemps, il y a 1 ou 2 gardes. Je me dis on verra quel âge il aura mon loulou à la prochaine que je ferai. Et comme ça me permet de dater ».

Entretien 2 (SF, type III) « Et puis aussi le fait de passer de l'autre côté, vraiment de l'autre côté. Parce que patiente je l'ai déjà été avant d'être maman mais **quand tu deviens maman forcément**. Tu es sensibilisée sur autre chose, le vécu de l'accouchement par exemple. Quelquefois un détail qui peut paraître anodin te flingue totalement ou alors t'es hyper sensible sur des trucs. Tu peux mal digérer certains propos, certaines choses ».

Entretien 13 (GO, I) « J'ai beaucoup entendu ma mère dire du mal du médecin qui était venu pour le premier accouchement. Ma mère a accouché à domicile pour mon frère et ma sœur avec le médecin de famille. Et elle en a dit beaucoup de mal à toutes les réunions de famille, je l'ai beaucoup entendu dire que ça s'était très mal passé, qu'il s'était conduit de façon un peu.... Il était venu 5 minutes, il a fait payer très cher, il n'a quasiment rien fait. Il n'avait même pas recousu, il y avait des déchirures un peu partout apparemment, et, il l'a laissé comme ça. Donc elle a très mal vécu cette affaire ».

Ainsi, « **l'humanité** » du soignant apparaissait à travers le récit d'anecdotes, que ce soit en tant que patient, mère, fils, amie, rappelant que leur expérience de la subjectivité constituait également une source d'inspiration dans leur pratique.

L'analyse des résultats de l'étude a permis d'explorer la perception des professionnels relative aux violences obstétricales mais a également mis en avant leur vision sur l'évolution de la médecine et des attentes des patients qui occupe une large place dans les discours.

FORCES ET LIMITES

Un sujet peu exploré

Le sujet des violences obstétricales est à ce jour peu exploré dans les travaux de recherche, plus particulièrement en France. Ce sont les milieux militants et les associations d'usagers telles que le CIANE qui s'y sont intéressés les premiers et ont développé une approche conceptuelle.

Se basant sur une matière première riche, comme l'illustre les nombreuses citations incorporées au texte de ce document, notre étude a donc permis de mettre en évidence la manière dont les soignants se représentent le phénomène des violences obstétricales et pourrait être utilisée dans une perspective d'amélioration des pratiques.

Une méthode inductive

Notre méthodologie s'est appuyée sur l'analyse détaillée de données brutes, les entretiens semi-directifs, afin de faire émerger des catégories d'analyse et formuler des résultats, qu'ils soient en regard ou non des objectifs et hypothèses de départ. Cette méthode dite inductive, c'est-à-dire qu'elle ne présuppose pas des résultats, permet de « conserver un esprit assez ouvert pour ne négliger aucune explication ou direction, en particulier celles non apparues lors de lectures préalables » (54). Notre méthodologie a permis de faire émerger certains résultats sur des thèmes non attendus via l'analyse sémantique, enrichissant notre connaissance de leur perception des évolutions de l'institution et de la relation de soins (préparation à la naissance, type de lien unissant patient/professionnel,...).

Cette approche a également permis de traiter d'un sujet qui reste polémique au sein des professionnels de l'obstétrique en favorisant de notre côté une posture d'écoute, n'influençant pas leur perception du phénomène en faisant « parler » une patiente.

Cette lecture du témoignage, à mi-chemin de l'entretien, a pu susciter, pour une minorité d'entre eux (3/16), un certain agacement devant les critiques de la patiente sur sa prise en

charge. La transcription du témoignage de manière neutre visait à minimiser cette situation afin de ne pas reproduire le type d'échange généré par la médiatisation ressentie comme une mise en accusation par l'utilisation de témoignages n'exprimant que le point de vue des patients.

Le recours à un témoignage au cœur de l'entretien s'est révélé judicieux puisqu'il a permis de porter la discussion sur d'autres attributs de la violence obstétricale, non évoquées initialement par les participants (non prise en charge de la douleur et plus rarement sur la thématique du refus de soin).

Un biais de sélection atténué

La voie de recrutement initiale, via un appel à candidature, a clairement sélectionné une première catégorie de participant (7/16) qui n'était pas « heurtée » par le débat des violences obstétricales et intéressée pour répondre à une étude sur ce sujet-là. Deux d'entre eux se sont révélés plutôt hostiles au débat, et ont pourtant souhaité participer à l'enquête. La non-adhésion au sujet ne présente donc pas forcément un frein à la participation.

Les autres voies de recrutement, que ce soit par sollicitation directe ou par l'intermédiaire de notre réseau, ont permis d'atténuer ce biais de sélection en recrutant des personnes qui n'avaient pas forcément d'appétence pour ce thème.

Un autre biais de sélection réside dans le nombre de participants par maternité avec une sous-représentation de professionnels issus des maternités de type 2. L'enquête nationale périnatale rapporte qu'en 2016, la France métropolitaine compte 43 % de maternités de type I, 35 % de type II et 12 % de type III (55).

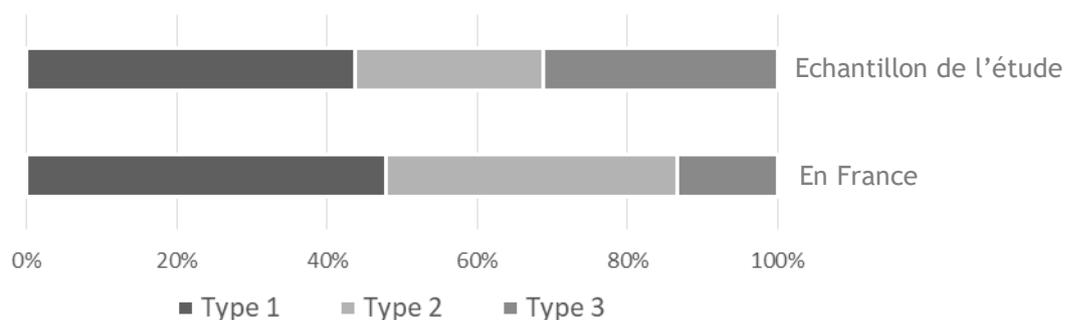


Figure 6 : proportion de participants selon le type de maternité

Malgré la taille réduite de notre échantillon et les biais de sélection identifiés, notre méthodologie rigoureuse pourrait permettre une généralisation des données dans la cadre d'enquêtes plus vastes en transposant les thèmes identifiés lors des échanges.

Les obstacles à l'objectivation du concept

Nous avons pu constater que la tentative de définir le concept à l'échelle internationale ne permettait pas de rendre compte du débat dans le contexte de l'obstétrique française. Aussi, nous avons retenu une grille de lecture issue du CIANE nous permettant d'analyser les différents discours des soignants interrogés. Il nous semble donc que les violences obstétricales sont multiformes et propres à chaque système de santé.

La médiatisation du sujet et le débat qui a suivi ont eu pour conséquence de fournir aux patientes une nouvelle grille de lecture de leur expérience en matière de gynécologie et d'obstétrique. Cela leur a permis de faire le lien entre leur expérience et l'identification d'une cause au trouble qu'elles avaient pu vivre. Or, malgré un nombre important de témoignages, il est difficile de prendre la mesure de cette dénonciation du mode de prise en charge de l'accouchement en France. La conduite d'analyses systématiques en méthodes mixtes semble indispensable pour amorcer une réflexion.

PERSPECTIVES

« Pour qui on se prend. On n'a pas à convoquer »

Au fil de l'entretien, certains participants ont étendu le champ de la violence obstétricale en évoquant certaines situations. Le questionnement sur leurs pratiques, qu'il soit en lien ou pas avec le débat, témoigne d'une préoccupation de conférer plus d'autonomie aux patientes.

*Entretien 6 (GO, II) « Quand une secrétaire envoie une convocation pour un rendez-vous c'est une violence. **Pour qui on se prend, on n'a pas à convoquer.** On convient ensemble d'un rendez-vous qui les arrange [...] De la même façon, on ne décide pas entre médecins et sages-femmes de déclencher une femme. On décide ensemble, avec la patiente, en lui expliquant pourquoi on pense que c'est bien de la déclencher, en recueillant son positionnement ».*

*Entretien 10 (SF, I) « Par rapport à la péridurale, j'ai du mal à comprendre qu'on impose à une femme d'en avoir une, pour que nous, soignants, soyons plus à l'aise là-dessus, si jamais il y a des manœuvres, si jamais cela saigne, par peur de l'anesthésie générale [...] Je trouve que ces femmes qui ne veulent pas de péridurale on ne les soutient pas beaucoup [...] **La première contre-indication de la péridurale c'est la femme qui n'en veut pas.** Je pense que ça va changer dans quelques années ».*

Ainsi, ces éléments de discours ainsi que certains résultats évoqués plus haut comme la volonté de valoriser la subjectivité des patientes et la critique d'une médecine paternaliste nous laissent penser que le corps médical ne souhaite pas (plus) s'incarner dans une figure de toute puissance. Ce constat semble contredire l'hypothèse que nous avons formulée en amont des entretiens soit la concurrence entre le souhait d'autonomisation des patientes, exprimé en substance par le débat des violences obstétricales, et la perte de pouvoir des professionnels.

Développer ce champ de recherche pour répondre aux besoins des patientes

La conceptualisation des violences obstétricales nous paraît être un enjeu majeur. Pour M. Sadler et d'autres chercheurs en sciences sociales, cette objectivation du concept permettrait de résoudre la violence structurelle en maternité (17). Ce débat nous paraît être l'opportunité de réinterroger les pratiques professionnelles dans un domaine de la

médecine qui impacte la femme, l'enfant à naître, le père, le couple et la famille au sens large, le « coût » sanitaire et social de ces violences n'étant pas évalué (syndrome de choc post-traumatique, lien mère-enfant,...). L'impact apparaît également lisible à l'échelle des institutions puisque nous avons vu que « cette perte de confiance » avait ébranlé la légitimité des professionnels.

CONCLUSION

Nous avons souhaité recueillir dans le cadre de notre étude, la perception du débat sur les violences obstétricales par les professionnels, sages-femmes et médecins. Ce sujet est né de l'intuition que les professionnels étaient plus enclins à la remise en question que ne le laissait supposer la réaction initiale des instances représentatives. Pour traiter de cette question, il nous a semblé que ce sujet concernait autant les sages-femmes que les gynécologues-obstétriciens malgré le fait qu'elles aient moins fait l'objet de critiques dans le processus de dénonciation. Selon l'ENP de 2016, elles assuraient 87% des accouchements par voie basse non instrumentale et jusqu'à 95 % dans le secteur public (55).

Les résultats de notre étude nous ont confirmé que la majorité des professionnels interrogés s'étaient remis en question dans le cadre de la médiatisation du sujet voire avaient modifiés leurs pratiques. D'autres ont fait part d'un questionnement antérieur à la libération de cette parole dans l'espace public. Il n'existait pas de facteurs déterminants leur perception du débat hormis pour les praticiens les plus âgés qui considéraient que les conditions de la naissance s'étaient améliorées en faveur d'un plus grand respect accordé à la femme. La prépondérance des participantes dans notre corpus n'a pas permis d'illustrer un positionnement lié au sexe. Seul l'exercice en type I et II a pu générer un discours sur une prise en charge « déshumanisée » en type III liée au volume d'accouchements et à une charge de travail trop importants. En dernier lieu, l'appartenance à un corps professionnel n'est pas apparue comme un critère de divergence de point de vue malgré les compétences propres attribuées à chacun et le fait que les sages-femmes aient semblé être « épargnées » par la contestation. Il n'existait donc pas de mode de pensée homogène propre à chacun des groupes. Il est apparu, au fil des entretiens et dans le cas des deux maternités où le

chef de service a été interrogé, une relative homogénéité dans la perception du débat, traduisant l'impact du positionnement du chef de service sur les équipes médicales.

Parmi les hypothèses de départ, seule la reconnaissance du phénomène des violences obstétricales par les soignants a pu être validée. Les autres ont été infirmées puisque même si la survenue de violences obstétricales pouvait être favorisée par la charge de travail, elles n'étaient pas justifiables. De plus, les professionnels ont mis en avant la volonté de rééquilibrer la relation soignants/soignées en faveur d'une prise en compte de la parole et de l'autonomie des patientes, rejetant l'hypothèse d'un pouvoir des soignants concurrencé par le souhait d'autonomie exprimé en substance par le débat.

Concernant le sujet de l'épisiotomie qui a occupé une place prépondérante dans les échanges, il est apparu une hétérogénéité dans les pratiques, toutes marquées par la place légitime accordée à l'information mais à la difficulté voire l'incongruité du recueil du consentement. La place du médico-légal dans les discours étaient quasi-inexistante, à contre-courant des études sociologiques mettant en avant le poids de l'aspect judiciaire dans la prise de décision (53).

Le processus de légitimation des « violences obstétricales » semble avoir évolué au fil des mois, passant de la dénonciation d'actes délictueux, mettant en scène une opposition binaire soignants/soignées, à un questionnement plus vaste. Il nous semble que la critique forte des conditions actuelles de la naissance témoigne d'une évolution des normes d'acceptabilité et d'attente des usagères. Sans remettre en question la maternité comme lieu de naissance, elle critique une médicalisation abusive, et met en avant une médecine basée sur les preuves. La diffusion des connaissances et la décision partagée seraient donc le principal remède à la survenue des violences obstétricales. Un des participants déclarait à ce sujet « L'information est un soin à part entière, comme un produit pharmacologique, elle doit être délivrée selon un bon timing, à une bonne posologie, tracée [...] ce n'est pas un plus ou un à côté. Je pense que c'est du soin tout simplement. L'information, il ne faut pas la concevoir comme un processus unidirectionnel, c'est vraiment de l'échange ».

Bibliographie

1. Audibert A. « Violence obstétricale » Emergence d'un problème public en France [Internet]. Mémoire Master Université; 2016. Disponible sur: https://www.academia.edu/29049665/Violence_obst%C3%A9tricale_-_%C3%A9mergence_dun_probl%C3%A8me_public_en_France
2. Alonso I. Le « point du mari » [Internet]. Isabelle Alonso. [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.isabelle-alonso.com/le-point-du-mari/>
3. #PayeTonUterus : quand un hashtag initie un rapport sur les violences obstétricales [Internet]. [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.lejdd.fr/Societe/Sante/payetonuterus-quand-un-hashtag-initie-un-rapport-sur-les-violences-obstetricales-3697292>
4. LCI. Touchers vaginaux sur patientes endormies : un tabou à l'hôpital ? [Internet]. [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.lci.fr/societe/touchers-vaginaux-sur-patientes-endormies-un-tabou-a-lhopital-1518908.html>
5. CIANE. Bibliographie violence obstétricale [Internet]. 2016 [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2016/04/Bibliographie-violenceobs-2016.pdf>
6. Lahaye M-H. Qu'est-ce que la violence obstétricale ? [Internet]. Marie accouche là. [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/03/09/quest-ce-que-la-violence-obstetricale/>
7. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. Commande de rapport au HCE-fh sur les violences obstétricales [Internet]. [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/demande-de-rapport-au-hce-sur-les-violences-obstetricales/>
8. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Lettre ouverte à Madame Marlène SCHIAPPA Secrétaire d'Etat chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 11 janv 2018]. 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>
9. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Rapport sur les violences obstétricales : une nécessité [Internet]. [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/rapport-sur-les-violences-obstetricales-une-necessite/>

10. CIANE. La fin de l'épisiotomie? [Internet]. 2006 [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <https://ciane.net/2006/04/lafindelepisiotomie/>
11. Piquet C, Thibert C. Quand l'accouchement se vit dans la violence [Internet]. Le Figaro. 2017 [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: <http://grand-angle.lefigaro.fr/quand-laccouchement-se-vit-dans-la-violence>
12. El Kotni M. L'épisiotomie fait la Une : Retour sur la semaine où ma veille s'est emballée [Internet]. 2017 [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: <https://mouniaelkotni.com/2017/07/31/lepisiotomie-fait-la-une-retour-sur-la-semaine-ou-ma-veille-sest-emballée/>
13. Garré C. Des «jeunes et moins jeunes» gynécologues disent stop au «gynéco-bashing» [Internet]. [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/09/12/des-jeunes-et-moins-jeunes-gynecologues-disent-stop-au-gyneco-bashing-_850190
14. Benachi A, Hatem G, Thévenot J, Nisand I. Un défi pour la gynécologie-obstétrique : promouvoir la bientraitance pour éradiquer la maltraitance dans les soins | La Revue du Praticien [Internet]. [cité 13 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.larevuedupraticien.fr/article-web/un-defi-pour-la-gynecologie-obstetrique-promouvoir-la-bientraitance-pour-eradiquer-la-ma>
15. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. 1 mai 2016;24(47):47-55.
16. Bohren MA, Vogel JP, Tunçalp Ö, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO, et al. "By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her": A qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM - Popul Health*. 1 déc 2016;2:640-55.
17. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration de l'OMS sur les taux de césariennes [Internet]. 2014 [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;jsessionid=22E617FC9C4E99FFECCCB553241EC1F5?sequence=1
18. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration de l'OMS sur les taux de césariennes. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins [Internet]. WHO. [cité 22 mai 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/fr/

19. Lévesque S, Bergeron M, Fontaine L, Rousseau C. La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle 1. *Rech Fem.* 2018;31(1):219-238,336,343,349-350,352,354-357.
20. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med* [Internet]. 30 juin 2015 [cité 6 mai 2018];12(6). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4488322/>
21. Clavandier PC et G. Sociologie de la naissance [Internet]. Armand Colin; 2013 [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.frodon.univ-paris5.fr/sociologie-de-la-naissance--9782200254513.htm>
22. Jacques B, Segalen M. Sociologie de l'accouchement [Texte imprimé]. Paris : Presses universitaires de France. « Le Monde ». DL 2007.; 2007. (Partage du savoir).
23. Grimaldi A. Les différents habits de l'« expert profane ». *Trib Sante.* 3 août 2010;n° 27(2):91-100.
24. Gilbert C, Henry E. La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion. *Rev Francaise Sociol.* 23 févr 2012;Vol. 53(1):35-59.
25. Jewkes R, Penn-Kekana L. Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLOS Med.* 30 juin 2015;12(6):e1001849.
26. Jorro A. Éthos professionnel [Internet]. De Boeck Supérieur; 2013 [cité 10 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/dictionnaire-des-concepts-de-la-professionnalisation-9782804188429-page-109.htm>
27. Michaud Y. Définir la violence ? *Cah Dyn.* 2014;n° 60(2):30-6.
28. Marie accouche là [Internet]. Marie accouche là. [cité 24 août 2018]. Disponible sur: <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr>
29. CIANE. Violences obstétricales: comprendre, prévenir, réparer [Internet]. 2017 [cité 20 oct 2017]. Disponible sur: <https://ciane.net/2017/10/violences-obstetricales-comprendre-prevenir-reparer/>
30. Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>

31. El Kotni M. Les violences obstétricales reviennent sur le devant de la scène [Internet]. 2018 [cité 24 août 2018]. Disponible sur: <https://mouniaelkotni.com/2018/07/02/retour-des-violences-obstetricales-sur-les-devant-de-la-scene/>
32. Ogien A. Qu'est-ce qu'un problème de santé publique ? [Internet]. ERES; 2002 [cité 11 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/societe-avec-drogues--9782865869961-page-225.htm>
33. Département Paris - Département - SIG Politique de la Ville [Internet]. [cité 6 avr 2019]. Disponible sur: <https://sig.ville.gouv.fr/Cartographie/1175>
34. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016. [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
35. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Données démographiques de la profession [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
36. Michel C, Squires C. Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale : les violences obstétricales. *Carnet PSY*. 6 nov 2018;N° 220(8):22-33.
37. RPC [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC%2BCOLLEGE%252F2005>
38. Vendittelli F, Gallot D. L'épisiotomie - Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ? /data/revues/03682315/003500S1/12/ [Internet]. 10 mars 2008 [cité 18 avr 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/118005>
39. Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. *Sociol Sociétés*. 2007;39(1):123-44.
40. Danzon A, Chaussumier S, Lacroix A et al. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/92036/>
41. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons Polit*. 2003;no 11(3):59-79.
42. Jaunait A. La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient. *Sci Soc Santé*. 2007;25(2):67-72.
43. Cesbron P. Plaidoyer pour une bienveillance obstétricale: de la « sécurité » au « bien-être ». *J Pédiatrie Puériculture*. 1 sept 2001;14(6):341-6.

44. Gouilhers S. Gouverner par le risque: une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande [Internet]. University of Geneva; 2017 [cité 19 janv 2019]. Disponible sur: https://archive-ouverte.unige.ch/unige:101730?fbclid=IwAR3__93CNebXjNqDDT_gSuTnsY-j92f303qCYOLbXg7tFhAb3iD6TpYGzNI
45. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 56 - Confraternité | [Internet]. [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-56-confraternite-280>
46. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Code de déontologie [Internet]. [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/infos-juridiques/code-de-deontologie/>
47. Franczek M-L. Violence obstétricale : essai de définition à partir de la littérature scientifique. Mémoire de gynécologie et obstétrique. [Internet]. AFAR bibliographical database. 2019 [cité 13 févr 2019]. Disponible sur: <https://afar.info/id=3059/en>
48. Pierre F. Information de la femme et consentement en obstétrique. RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 déc 2018;46(12):986-93.
49. ANAES. Information des patients - Recommandations destinées aux médecins [Internet]. 2000. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/inforecos.pdf>
50. 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.
51. Haute Autorité de Santé. Accouchement normal - Recommandations [Internet]. [cité 12 mai 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2822853
52. Pizzoferrato AC, Ducarme G, Jacquetin B, Fritel X. Prévention et protection périnéale en obstétrique : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF – Introduction, objectif, méthode, définitions, organisation et limites. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 1 déc 2018;46(12):889-92.
53. Clavandier G, Charrier P. La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? Rech Fam. 8 juin 2015;(12):165-74.
54. d'Arripe A, Oboeuf A, Routier C. L'approche inductive : cinq facteurs propices à son émergence. *Approch Inductives Trav Intellect Constr Connaiss.* 2014;1(1):96-124.

55. DREES. Les maternités en 2016. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1031-2.pdf>

Annexes

Annexe 1 : Demande de rapport au HCE sur les violences obstétricales



COMMUNIQUE DE PRESSE

Paris, le 24 juillet 2017.

Demande de rapport au HCE sur les violences obstétricales

En 2013, le CIANE (Collectif interassociatif autour de la naissance) soulignait dans un rapport : « il est tout à fait regrettable que les taux d'épisiotomie ne soient pas publiés par maternité. Le CIANE appelle aux autorités publiques afin qu'elles fassent respecter cette exigence minimale de transparence. Les chiffres publiés par les maternités sont tous en-dessous, voire très en-dessous de la moyenne nationale, et les établissements qui les publient sont ceux qui ont de faibles taux ».

Dans son enquête sur les accouchements de novembre 2013, il notait pour la période 2010-2013 : 47% d'épisiotomie pour un premier enfant dont 85% sans consentement demandé, 70% d'épisiotomies pour les primipares avec extraction instrumentale.

Depuis 2005, ce taux est en baisse, grâce notamment aux recommandations du CNGOF.

Une étude de l'association Maman Travaille, menée sur 983 mères en 2013, relevait néanmoins que 75% d'entre elles disaient avoir subi une épisiotomie. Cette étude a été citée par la Secrétaire d'Etat au cours de son audition devant la délégation aux droits des femmes du Sénat, le jeudi 20 juillet. Elle avait alors pris soin de préciser que ces chiffres devaient être vérifiés.

Le tabou de l'épisiotomie n'est levé que depuis quelques années. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) relève quant à elle qu'« un taux supérieur à 20% relève d'une déformation culturelle ». Par ailleurs, de très nombreux témoignages de femmes handicapées victimes de violences obstétricales ont été rapportés par l'association Femmes pour le dire, femmes pour agir, reçues par Marlène Schiappa lundi 17 juillet.

C'est pour cette raison que la Secrétaire d'Etat a demandé au HCE (Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes) de produire un rapport permettant un état des lieux pour objectiver le phénomène, le quantifier et identifier les problématiques. Les gynécologues obstétriciens y seront bien évidemment largement associés.

« Les disparités de ressentis sont réelles entre les femmes et les obstétriciens, qui consacrent leur vie à la santé des femmes. Il n'appartient pas au gouvernement de dire quelle est la réalité des chiffres, mais d'apporter une réponse aux femmes qui font part de leurs souffrances. La considération qui est évidemment due aux professionnels de santé, en première ligne, ne doit pas entraver la nécessité de lever des sujets tabous comme les violences obstétricales » a déclaré Marlène Schiappa.

Contact presse : presse-sea@dm.gouv.fr - (01) 42 75 62 75
55, rue Saint-Dominique – 75007 Paris

Annexe 2 : Lettre ouverte du CNGOF à M. Schiappa

Lettre ouverte à Madame Marlène SCHIAPPA

Secrétaire d'Etat chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes

Paris, le 22 juillet 2017

Madame la Secrétaire d'Etat,

Les gynécologues et obstétriciens français ont pris l'habitude de lire sur les réseaux sociaux des propos inexacts et parfois injurieux les concernant, propos hélas incontrôlables. Ils sont en revanche à la fois surpris et profondément choqués par le relais que vous donnez à ces informations fausses dans votre déclaration du 20 juillet 2017 au Sénat où vous affirmez qu'il y aurait en France 75 % d'épisiotomies et des violences obstétricales sur les femmes étrangères, les femmes très jeunes et les femmes handicapées.

Madame, vos chiffres sont faux et nous sommes désolés que vous n'ayez pas jugé utile de demander aux professionnels de la naissance des informations qui eussent été documentées. Il est par ailleurs injuste, voire néfaste pour les femmes, d'induire une telle perte de confiance envers les gynécologues et obstétriciens qui s'évertuent à assurer dans une sécurité remarquable plus de 800 000 naissances par an. Non Madame la Secrétaire d'Etat, il n'y a pas 75 % d'épisiotomies en France puisque la dernière évaluation officielle et publique réalisée en 2010 en rapportait 27 %, avec une réduction de moitié depuis le décompte précédent qui était de 55 % en 1998.

Non Madame la Secrétaire d'Etat, les obstétriciens ne maltraitent pas leurs patientes et entendent à leur tour ne pas l'être par une secrétaire d'Etat mal informée. Lorsque vous parlez de violences obstétricales, vous maltraitez notre profession dans son ensemble. Il

nous paraît par ailleurs déplacé que vous nous fassiez la leçon sur la prise en charge de la douleur voire de l'endométriose.

Non Madame la Secrétaire d'Etat, il n'est pas utile de s'en prendre aux gynécologues obstétriciens pour « sécuriser » l'IVG car ils les assument bel et bien, accompagnent les femmes et entendent continuer de le faire en toute sérénité.

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. La bienveillance envers les femmes est notre tâche quotidienne, malgré des gardes épuisantes et nonobstant nos prises de risques perpétuelles.

Madame la Secrétaire d'Etat, il ne faut pas salir les professionnels, surtout lorsqu'ils pratiquent un métier aussi difficile que le nôtre, et la perte de confiance des femmes que vous induisez par vos propos constitue un bien triste projet pour une personne censée créer de l'enthousiasme et de la sérénité en nous donnant les moyens de soigner décentement les femmes de France.

Recevez, Madame la Secrétaire d'Etat, l'expression de nos sentiments respectueux et de notre désolation collective.

Pr Israël Nisand

Président du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français

Annexe 3 : Communiqué de presse du CNOM

COMMUNIQUE
DE PRESSE



Paris, le 25 juillet 2017

Violences obstétricales : l'Ordre des médecins regrette les propos de la Secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée de l'Egalité entre les femmes et les hommes

Le Conseil national de l'Ordre des médecins regrette les propos sur les violences obstétricales tenus par Marlène Schiappa, Secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée de l'Egalité entre les femmes et les hommes, le 20 juillet devant la Délégation aux Droits des femmes du Sénat.

Ces propos qui semblaient mal documentés pourraient aggraver la défiance des femmes envers le corps médical dans son ensemble, mais aussi décourager de possibles vocations pour des spécialités médicales aujourd'hui en souffrance en termes démographiques.

La Secrétaire d'Etat, en affirmant que le taux de recours à l'épisiotomie était de 75% en France lors d'accouchements, s'est manifestement fait le relais de propos visant à discréditer les gynécologues et obstétriciens français. La dernière enquête nationale périnatale, menée en 2010, faisait ainsi état d'un recours à l'épisiotomie dans 27% des accouchements, une baisse importante par rapport au décompte de 1998, qui s'élevait à 47%.

Plus généralement, l'Ordre des médecins s'interroge sur l'accusation faite par Madame Schiappa selon laquelle « les femmes étrangères, les femmes très jeunes et les femmes handicapées » seraient plus particulièrement victimes de violences obstétricales, accusation qui ne semble être corroborée par aucune étude publiée à ce jour.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins rappelle que les gynécologues et obstétriciens assurent, dans une sécurité remarquable, plus de 800 000 naissances chaque année en France. Ils accompagnent par ailleurs leurs patientes lors de nombreux moments de leurs vies, et notamment des moments qui peuvent être difficiles : ils jouent ainsi pleinement leur rôle pour assurer un accès à l'IVG pour toutes les femmes qui en font le choix. Les gynécologues et obstétriciens jouent donc pleinement leur rôle au service de nos concitoyennes.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins regrette par conséquent que la Secrétaire d'Etat ait ainsi, sans se rapprocher au préalable de professionnels qui auraient été en mesure de lui apporter des informations mises à jour et documentées, attaqué l'ensemble d'une profession dont la bienveillance envers les femmes est la tâche quotidienne, au risque d'aggraver la défiance des femmes envers le corps médical dans son ensemble, mais aussi de décourager de possibles vocations pour des spécialités médicales aujourd'hui en souffrance en termes démographiques.

Dans ces circonstances, le Conseil national de l'Ordre des médecins demande à la Secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée de l'Egalité entre les femmes et les hommes, d'être reçu avec des représentants du Collège national des Gynécologues et Obstétriciens français afin d'évoquer ce qu'est aujourd'hui la réalité de l'exercice des gynécologues et obstétriciens en France.

Annexe 4 : Communiqué de presse du CNOSF



27/07/2017
Communiqués de presse

RAPPORT SUR LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES : UNE NÉCESSITÉ

Le 20 juillet 2017, Marlène Schiappa, la Secrétaire d'Etat chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes, a annoncé avoir demandé un rapport sur les violences obstétricales au Haut conseil à l'égalité (HCE) entre les hommes et les femmes. Pour le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, ce sujet essentiel doit impérativement être étudié.

Au cours des derniers mois, les témoignages de femmes sur le vécu de leur grossesse ou de leur accouchement se sont multipliés, faisant émerger le sujet des « violences obstétricales ». Si la définition de ce terme est aujourd'hui sujette à débat, le ressenti des femmes ne doit en aucun cas être nié ou minimisé.

Aussi, le rapport annoncé par Marlène Schiappa sur ce thème apparaît comme une nécessité, auquel doivent être associés les usagers et tous les professionnels de la naissance au premier rang desquels les sages-femmes, qui pratiquent plus de la moitié des accouchements en France.

Pour le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, la problématique des violences obstétricales est directement liée à la place accordée aux patientes, au temps qui leur est prodigué et à la qualité du dialogue entre celles-ci et les soignants.

La majorité des professionnels concernés a à cœur d'offrir aux femmes un accompagnement de qualité. Toutefois, les conditions dans lesquelles ils exercent et l'organisation actuelle dans les maternités (sous-effectif, surcharge dans les salles de travail...) ne sont pas sans conséquence sur la qualité de cette prise en charge.

Ainsi, dans les pays où les patientes peuvent bénéficier de l'accompagnement de sages-femmes dans de bonnes conditions, le nombre d'interventions (épisiotomies, extractions instrumentales) diminue et la satisfaction des femmes est plus élevée.

Aussi, l'Ordre des sages-femmes espère que l'élaboration de ce rapport constituera une occasion de définir de façon plus précise le sujet des violences obstétricales, d'identifier les axes d'amélioration pour y remédier et de repenser de façon globale l'organisation des maternités, en leur allouant notamment les moyens humains nécessaires et en donnant aux femmes la place centrale qui leur est due lors de leur grossesse et de leur accouchement.

Annexe 5 : Tableau récapitulatif sur la population d'étude

N°	Date entretien	Sexe	Profession	Age	Nombre d'enfants	Recrutement	Type de maternité	Durée de l'entretien
1	14/09/2018	Féminin	Sage-femme	28	0	Direct	Type 2	35,5
2	26/09/2018	Féminin	Sage-femme	37	2	Mail	Type 3	26,5
3	02/10/2018	Féminin	Gynécologue-obstétricien	41	2	Mail	Type 3	23,5
4	03/10/2018	Féminin	Sage-femme	37	2	Mail	Type 3	25,9
5	04/10/2018	Féminin	Gynécologue-obstétricien	36	3	Mail	Type 3	28,3
6	12/10/2018	Masculin	Gynécologue-obstétricien	43	1	Mail	Type 2	22,4
7	29/10/2018	Féminin	Sage-femme	27	0	Direct	Type 2	50,0
8	14/11/2018	Féminin	Sage-femme	33	0	Direct	Type 1	23,6
9	15/11/2018	Féminin	Gynécologue-obstétricien	39	3	Mail	Type 2	19,2
10	18/11/2018	Féminin	Sage-femme	28	0	Direct	Type 1	32,3
11	18/11/2018	Masculin	Sage-femme	24	0	Direct	Type 1	16,3
12	18/11/2018	Féminin	Gynécologue-obstétricien	37	2	Direct	Type 1	19,4
13	21/11/2018	Masculin	Gynécologue-obstétricien	58	4	Contact	Type 1	48,6
14	21/11/2018	Féminin	Sage-femme	30	0	Contact	Type 1	30,1
15	21/11/2018	Féminin	Sage-femme	53	3	Contact	Type 1	17,0
16	21/12/2018	Masculin	Gynécologue-obstétricien	54	5	Mail	Type 3	58,3
				37,8	1,69			29,80

Annexe 6 : Grille d'entretien et témoignage de Marie

Date / Profession

Sexe / Age / Enfants

Type de maternité

1. Présentation de l'étude et de ses objectifs

- ✓ Recueil du consentement pour l'enregistrement
- ✓ Garantie de l'anonymat et support d'enregistrement détruit
- ✓ Objectif de l'étude : dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de sage-femme, je souhaite recueillir le point de vue des soignants au sujet d'un débat qui agite les médias et les réseaux sociaux depuis quelques temps : les « violences obstétricales ». J'ai volontairement ciblé deux professions en première ligne au moment de l'accouchement : SF et GO
- ✓ La médiatisation du sujet a polarisé le débat entre d'un côté les patientes, victimes de violences, et de l'autre les soignants. La parole a été donnée aux patientes et aux différentes instances professionnelles mais rarement aux soignants. Je souhaite donc recueillir votre perception à titre individuel.

2. Terminologie et définition des violences obstétricales

- ✓ Que vous évoque l'expression « violences obstétricales » ? Avez-vous une définition ? Quelles en seraient les différentes manifestations ?
- ✓ Quand l'avez-vous entendue pour la première fois ? Par quel intermédiaire ?
- ✓ Au cours de votre carrière, avez-vous pu observer ce qui s'apparenterait à des VO ? Pouvez-vous nous en parler ? Peuvent-elles être dénoncées ?

3. Lecture de témoignage

Pour préparer notre entretien, j'ai recueilli le témoignage d'une patiente qui a eu un accouchement « classique » d'un point de vue médical. Or, elle présente un vécu difficile de son accouchement. Elle a accepté de me livrer son témoignage durant un entretien d'1h30 dont j'ai extrait les éléments significatifs. A partir de son expérience, je souhaiterais que nous discutions des relations entre patientes et personnel soignant, trouver ensemble une terminologie adaptée et essayer de comprendre son expérience.

Témoignage de Marie

4. Discussion

- ✓ Que vous évoque ce témoignage ?
- ✓ Selon vous, qu'est ce qui a provoqué le vécu difficile de cette patiente ?
- ✓ Comment le qualifieriez-vous ? L'expression « violences obstétricales » est-elle adaptée ? Si oui, pourquoi ? Si non, quelle autre expression utiliseriez-vous ?
- ✓ Qu'exprime le débat autour des violences obstétricales à vos yeux ? A votre avis, pourquoi émerge-t-il maintenant ?

5. Questionnement sur les pratiques

- ✓ Le sujet des violences obstétricales vous a-t-il interrogé personnellement ?

MACIAS Amandine

- ✓ Le débat a-t-il eu un impact sur vos pratiques personnelles (réalisation de certains gestes, recueil du consentement,...) ? Sur l'organisation des soins dans votre service (discussions au sein des équipes, ...) ?

6. Conclusion

- ✓ Quelles seraient les pistes de réflexion pour remédier à ce type d'expérience ?
- ✓ Souhaitez-vous ajouter autre chose ?

Témoignage de Marie

Marie, 33 ans, choisi d'accoucher dans une maternité de type 3. Les premières inquiétudes naissent d'un résultat équivoque concernant la rubéole puis d'une glycémie limite qui conduira à étiqueter un diabète gestationnel, *« comme ils avaient marqué en rouge l'histoire du diabète gestationnel sur mon dossier, il fallait que je justifie à chaque fois qu'il n'y en avait pas. J'avais l'impression d'être un peu dans "faites entrer l'accusé" : coupable »*. Elle effectue un suivi de grossesse en libéral par une gynécologue mais elle sent dès le départ que cette dernière est agacée par ses questions lors des consultations *« bon vous êtes enceinte ça arrive à toutes les femmes, détendez-vous »*. Elle décide de changer de gynécologue afin de trouver un **« espace de parole »** et effectue une préparation à la naissance auprès d'une sage-femme en vue d'accoucher sans péridurale. La suite de sa grossesse se passe bien et elle se présente sereine le jour de l'accouchement *« je n'avais pas peur de l'accouchement en fait c'était pas du tout un truc qui me stressait mais vraiment pas. Je me disais de toute façon ton corps il est fait pour ça, il n'y a pas de raisons que ça se passe mal. J'avais plus d'angoisses sur la grossesse en fait [...] »*. Elle élabore un projet de naissance dans lequel elle formule le souhait d'un accouchement physiologique dans la mesure du possible *« tout ça sans leur imposer des choses, j'avais conscience que c'était dans un milieu médical, que s'il y avait des gestes à faire je comprendrai qu'on les fasse mais que je voulais que ça se passe d'une certaine façon. »*.

Elle rapporte un nouvel exemplaire de son projet de naissance le jour de l'accouchement et le donne à la sage-femme qui la prend en charge ce jour-là. Elle est installée dans une salle de pré travail adaptée à son souhait d'accouchement sans péridurale (baignoire, ballon,...)

mais ne se sent pas accompagnée *« dès que je suis arrivée, j'ai eu l'impression que c'était*

MACIAS Amandine

un peu speed et que j'allais être un peu toute seule ». La sage-femme est accompagnée d'un étudiant sage-femme qui réalise tous les examens. Au-delà de la douleur provoquée par l'examen (toutes les heures), Marie ressent un manque de considération dans la pratique du geste « *abrupt [...] sans trop de préambule* ». Par ailleurs, à chaque visite de l'équipe, elle se voit proposer la péridurale « *quand on te demande de manière répétée si tu ne veux pas la péridurale, tout de suite ça te fait perdre confiance en toi. En fait tu y arrives, j'y arrivais c'était difficile mais j'y arrivais. Tu sentais une espèce de facilité pour eux à te la proposer. Ils n'avaient pas forcément envie de s'occuper de moi. J'ai aussi senti une culpabilisation en me disant vous savez il y'a d'autres femmes aussi qui ont mal alors décidez-vous parce qu'elles attendent* ».

Malgré une réelle motivation, le découragement gagne la patiente car la dilatation stagne « *ils n'arrêtaient pas de me dire le col ne s'ouvre pas, le col ne s'ouvre pas. Je me suis dit il faut que je prenne le taureau par les cornes en plus il n'y avait personne qui m'aidait en me disant fais telle ou telle position* ». Devant l'intensification de la douleur, son compagnon commence à paniquer « *il n'avait pas anticipé que ça pouvait être aussi intense* ». Elle ressent une « *non prise en charge de la douleur [...] ils savent ce que ça fait donc ils devraient avoir le discours qui va avec cette douleur. Je me suis rendue compte qu'ils ne l'avaient pas vraiment* ». Concernant la sage-femme « *elle était très neutre [...] elle ne m'a pas vraiment soutenue non plus parce qu'elle n'était pas du tout dans la pièce. Tu as l'impression qu'ils viennent quand ça sonne en fait* ».

A 8 cm de dilatation, l'étudiant sage-femme commence à avoir des gestes plus doux « *ça m'a fait vraiment du bien [...] parce qu'il m'aidait à respirer, mon corps tremblait tout entier, je n'arrivais plus vraiment à contrôler la douleur. Il était plutôt pas mal à ce moment-là et tu te rends compte que ça aide, [...] c'est drôle mais la douleur elle était pas du tout la même. Elle était beaucoup plus supportable* ».

A dilatation complète, la sage-femme lui annonce que le bébé est trop haut et qu'elle en a peut-être pour 1 à 2 heures avant l'accouchement. Elle décide d'opter pour la péridurale « *bon là l'anesthésiste est arrivé et ça a été le début des ennuis [...] ça l'a vraiment saoulé* ».

de se taper une femme à ce stade-là du travail. Il ne m'a pas vraiment ménagé ». Elle hésite encore mais l'étudiant sage-femme la plaque sur le côté lui disant « *vous savez la péridurale c'est comme les I-phones, c'est la technologie il faut en profiter* », « *et là vraiment c'était vraiment violent [...] ce geste, je pense qu'il a vraiment perdu patience* ». La pose de péridurale est très difficile, elle ressent le manque de son compagnon à ce moment-là comme si elle n'avait « *même plus son garde-fou* ». L'anesthésiste quitte la chambre sans explications et la patiente ne ressent pas de soulagement lié à l'analgésie. Elle commence les efforts expulsifs dans une atmosphère encourageante « *au moment de l'expulsion j'avais une petite équipe autour de moi qui était vraiment avec moi. Et ça c'était super agréable, ça m'a changé de tout le travail* ». Elle remarque que la sage-femme fait un geste à une infirmière « *au moment de pousser j'ai compris que j'allais avoir une épisiotomie. Je n'ai pas eu le temps de dire, non merci j'en veux pas* ». Après l'expulsion, le bébé est tout de suite mis en peau à peau sur la maman puis ils commencent à suturer « *là je pense que ça était le pire moment, je pense que la péridurale n'avait pas fonctionné du tout* ». Devant l'intensité de la douleur, la sage-femme tente de faire revenir l'anesthésiste qui finira par arriver à la fin de la suture pour refaire une injection. Devant une suspicion d'hémorragie, une révision utérine et une révision du col sont effectuées « *je n'arrêtais pas d'avoir des gestes [...] il y avait plein de gens qui venaient je ne savais pas du tout qui c'était* ». Elle gardera sa fille sur elle durant toute la réfection du périnée mais n'arrive pas à profiter du moment « *avec mon mec on s'est même pas pris dans les bras, on s'est rien dit. On était un peu abasourdis* ». A l'issue de la suture, elle demande à voir son placenta, souhait qu'elle a inscrit dans son projet de naissance, mais on lui répond qu'il est à la poubelle.

La sage-femme revient à la fin pour lui demander si son accouchement s'est bien passé. Le couple rapporte alors certains éléments difficiles notamment avec l'anesthésiste mais elle répondra « *mécaniquement* » « *et bien d'accord, tant mieux si ça était quand même* ». Marie ressent une forme de négation de son vécu « *en fait elle n'a pas pu accepter qu'il y avait des choses qui n'allaient pas. Après je comprends, elle n'avait pas dormi de la nuit*

et elle devait être fatiguée [...] Le meilleur moment c'est quand je suis sortie de la salle, j'avais vraiment envie de partir de cet endroit. J'étais un peu en état de choc, un peu la salle des tortures [...] J'avais juste envie d'aller dans ma chambre et de pleurer ».

En suites de couches, Marie est plus apaisée mais ressent une forme de banalisation de l'épisiotomie qu'elle trouve réduite à son aspect technique « *ce n'était pas quelque chose de considéré alors que c'est quand même mon organe génital, c'est mon intimité, c'est un lieu super important* ».

Elle achève son récit ainsi « *je suis arrivée à l'hôpital en confiance [...] je ne suis pas ressortie confiante. Alors j'ai vraiment eu l'impression que le passage à l'hôpital ne m'a pas fait du bien. Ce n'est pas là pour te faire du bien, mais ce n'est pas là pour te briser non plus. Ça été difficile, vraiment les débuts avec ma fille j'avais l'impression de faire super mal, j'avais du mal à être en connexion avec elle c'était vraiment difficile. Mais quand je repense au premier moment qu'on a eu ensemble, elle était là mais moi je n'étais pas là, j'étais tendue, je n'étais vraiment pas bien. Ça a eu un impact c'est sûr* ».

Annexe 7 : Appel à candidature

LE POINT DE VUE DES SOIGNANTS AU SUJET DES « VIOLENCES OBSTETRIQUES »

Recherche de participants

Sujet

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de sage-femme, je souhaite recueillir le point de vue des soignants au sujet d'un débat qui agite les médias depuis quelques mois : les « violences obstétricales ».

Profil recherché

Vous êtes sage-femme ou gynécologue-obstétricien et vous exercez en salle de naissance.

Objectifs de l'étude

La médiatisation du sujet polarise le débat entre d'un côté les patientes, victimes de violences, et de l'autre les soignants. La presse et les réseaux sociaux ont donné la parole aux patientes et aux différentes instances professionnelles mais rarement aux soignants. Je souhaite donc recueillir votre perception du sujet à titre individuel.

Les entretiens viseront à recueillir 4 à 5 témoignages par maternité et se dérouleront dans 6 établissements de la région francilienne de type I, II et III.

Modalités de l'entretien

Il s'agit d'un entretien de 20 à 30 minutes qui sera enregistré puis retranscrit de manière anonyme.

Contacts

Vous pouvez me joindre par téléphone ou par mail afin que l'on puisse fixer une date et un lieu de rendez-vous.

Je vous remercie d'avance pour votre participation à ce sujet de recherche et me tiens disponible pour plus de précisions.

Amandine Macias
Université Paris-Descartes
Ecole de sage-femme Baudelocque
amandinemacias@yahoo.fr
06 18 34 52 33

Annexe 8 : Méthodologie de l'analyse sémantique

Une analyse sémantique quantitative a été réalisée sur la retranscription des textes des seize entretiens, afin d'apporter un éclairage additionnel à l'analyse thématique et d'identifier, sans a priori, des lignes directrices communes, des tendances ou des divergences que l'analyse thématique qualitative aurait pu éluder.

Les retranscriptions de chacun des entretiens ont été retravaillées sur Microsoft Word pour expurger de leur contenu les textes d'ordre général (date, lieu, ...) ainsi que les questions posées.

Le contenu textuel a ensuite été importé dans Microsoft Excel où deux opérations préliminaires ont été réalisées :

- identification de l'intégralité des mots uniques contenus dans l'entretien, par suppression des doublons de la liste complète des mots présents ;
- comptage pour chaque mot unique identifié précédemment des occurrences dans le texte de l'entretien.

Une liste de mots à ignorer a été construite et enrichie à chaque entretien, afin d'éliminer de l'analyse les termes courants, sans rapport à l'objet d'étude, et à forte occurrence : je, que, pas, le, en, pour, mais, plus, ... Au total des seize entretiens, un total de 4205 mots figure sur cette liste de mots ignorés.

Une fois l'analyse réalisée sur chaque entretien, la liste des termes signifiants a été concaténée, avec mention pour chaque terme de son nombre d'occurrence dans chaque entretien, et son nombre d'occurrences au total des seize entretiens.

Une opération d'harmonisation des termes a été réalisée, pour gommer le bruit d'analyse apporté par les variations orthographiques, de genre, de nombre, de conjugaison, sur un

même terme. Cela a amené à la construction d'une matrice de correspondance, permettant d'affecter à un même terme regroupé l'ensemble des occurrences dispersées sur plusieurs sous-termes. A titre d'illustration, nous avons ainsi regroupé :

- préparation, préparations, prépare, préparé, préparée, préparer sous le terme « préparer » ;
- mari, maris, papas, père, pères sous le terme « père » ;
- comprend, comprendre, comprendront, comprends, comprenne, comprennent sous le terme « comprendre ».

Le résultat de cette analyse est un tableau faisant apparaître le nombre total d'occurrences de chacun de ces termes regroupés, dont figure ci-dessous un extrait pour les 10 valeurs les plus importantes :

Terme regroupé	Occurrences (total)
épisiotomie	146
temps	141
vécu	131
péridurale	77
préparer	61
discussion	52
expliquer	50
difficile	40
accompagnement	33
confiance	30

Ce tableau a servi de données sources pour le nuage de mots présenté en Figure 4, où la taille relative de chaque terme est liée à son nombre total d'occurrences sur les seize entretiens.

Les outils techniques du site gratuit <https://www.nuagesdemot.fr> ont été utilisés pour générer la représentation graphique de la Figure 4.

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.