

5<sup>ES</sup> JOURNÉES

21 | 22 | SEPTEMBRE 2018  
Centre de Congrès d'Aix-en-Provence

# AIUS SEXOGYN

JOURNÉES MÉDITERRANÉENNES DE SEXOLOGIE ET DE SANTÉ SEXUELLE

An abstract painting featuring two figures in profile, rendered in shades of blue, white, and yellow. The figures appear to be embracing or holding hands, with a focus on their forms and the interplay of colors. The background is a textured wash of light blue and white.

NOUVELLES  
FEMMES :  
CE QUI  
CHANGE

aius

[www.aius-sexogyn.fr](http://www.aius-sexogyn.fr)

# Émergence d'un problème de santé publique en France : les violences obstétricales et gynécologiques, qu'en retenir pour la pratique ?

Basma Boubakri, Co-Présidente IRASF (Avignon)

Caroline Henrion, Co-Présidente IRASF (Marseille)

Alexandre Lazard, gynécologue-obstétricien (Marseille)



## Les violences obstétricales : une émergence nationale et internationale

### Phénomène international

- La déclaration de l’OMS de 2014 :

***“La prévention et l’élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l’accouchement dans des établissements de soins”***

et ce, partout dans le monde.



- **Des femmes plus susceptibles d’être victimes :**  
*“adolescentes, mères célibataires, femmes défavorisées sur le plan socio-économique, femmes issues de minorités ethniques, immigrantes et les femmes séropositives...”*
- **Cadre légal :** *“violation de leurs droits, violation à des soins fondés sur le respect, menace à leurs droits à la vie, à la santé, à l’intégrité physique et à l’absence de discrimination.”*
- En Amérique latine, le concept de **Violences Obstétricales** émerge depuis les années 2000.



- **Au Venezuela** la « *Loi sur le droit des femmes à une vie sans violence* », votée en 2008

« *L'appropriation du corps et des processus reproductifs des femmes par le personnel de santé, qui se manifeste par : un traitement déshumanisant, un abus de médicalisation et une **pathologisation de processus naturels**, entraînant une perte d'autonomie et de capacité de décision libre sur son corps et sa sexualité, affectant négativement la qualité de vie des femmes.* »

- **En Argentine**, la « *Loi de santé publique* » de 2009 intègre la violence obstétricale dans la loi préexistante sur les **violences faites aux femmes**

« *La violence obstétricale est celle exercée par le personnel de santé sur le corps et **les processus reproductifs** des femmes, exprimée par un traitement déshumanisant, un abus de médicalisation et une **pathologisation des processus naturels*** ».



## LES ACTEUR.E.S DANS LE MONDE

- **White Ribbon Alliance**  
 Fondée en 1999  
**Une charte résumée en 7 droits**

**Lutter contre le manque de respect et les mauvais traitements:  
 les sept droits des femmes enceintes et des femmes qui donnent naissance**

Catégories de manque de respect et de mauvais traitements	Droit correspondant
1. Violence physique	Le droit de conserver son intégrité et de ne pas être victime de mauvais traitements
2. Soins administrés sans consentement	Le droit d'être informée adéquatement, d'exprimer son consentement ou son refus libre et éclairé et d'exiger le respect de ses choix et de ses préférences, y compris en ce qui concerne la présence auprès d'elle d'accompagnant(s) (famille, amis, doula)
3. Non-confidentialité des soins	Confidentialité, vie privée et intimité
4. Soins ne respectant pas la dignité (la violence verbale comprise)	Dignité, respect
5. Discrimination fondée sur des attributs spécifiques	Égalité, absence de discrimination, soins équitables
6. Abandon, refus de soins (par le personnel)	Le droit de recevoir des soins au moment opportun et de jouir du meilleur état de santé possible
7. Détention dans les centres	Liberté, autonomie, auto-détermination et ne pas être forcée à quoi que ce soit

<sup>4</sup> La Charte s'inspire largement du cadre de la Charte sur les droits sexuels et reproducteurs de l'International Planned Parenthood Federation, 1996.  
<https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/RespectfulCareCharterFrench.pdf>



- **Human Right in Childbirth**

Réseau mondial (pas de représentante en France) qui travaille pour le respect des droits des femmes pendant l'accouchement et l'evidence based médecine

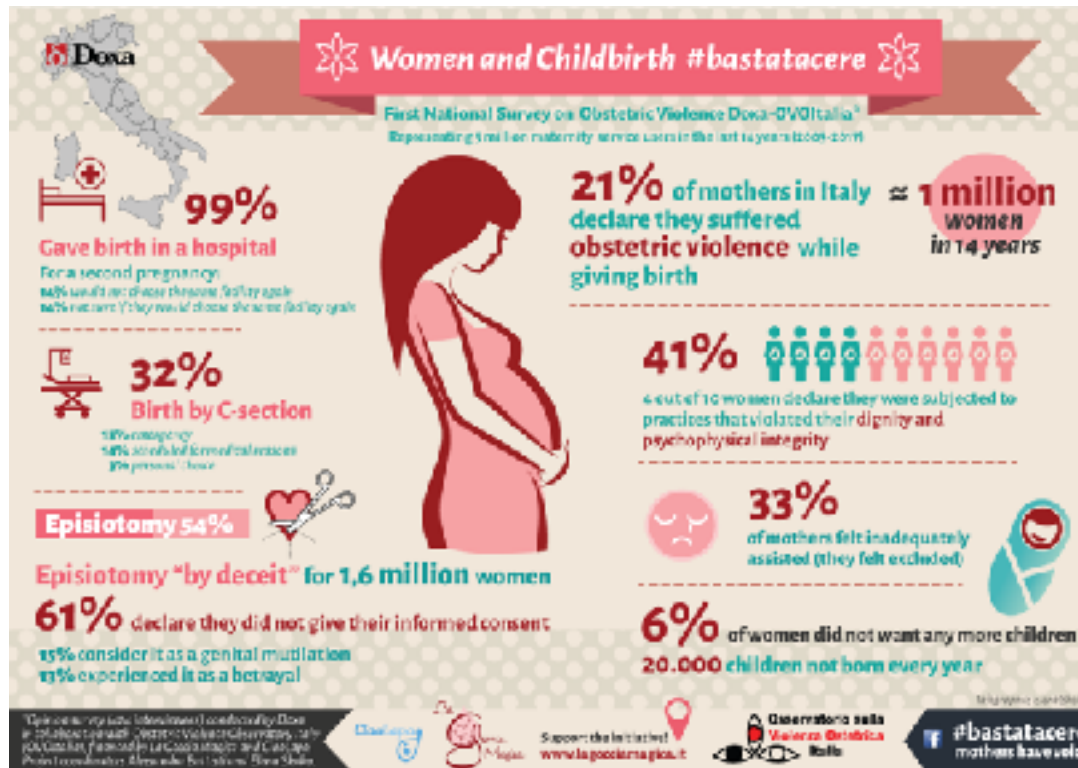
- Un réseau **d'associations et d'observatoires des violences obstétricales** existe dans plusieurs pays (Argentine, Italie, Brésil, Chili et France,...)

Publications de témoignages, de campagnes de sensibilisation





- En **Italie**, production de données chiffrées sur le phénomène. Une étude sortie fin 2017, relayée dans l'**EJOG** (European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology)







## LES AFFAIRES RENDUES PUBLIQUES DANS LE MONDE

- **Kimberly Turbin** (épisiotomie non consentie, violences verbales, menaces)
- **Caroline Malatesta** (violences verbales, position d'accouchement non consentie, rétention du fœtus pendant l'absence du médecin)
- **Condamnation d'un hôpital pour utilisation de la manœuvre de Kristeller** (expression abdominale) ayant entraîné une rupture utérine

## LES ÉVÉNEMENTS RENDUS PUBLIQUES EN FRANCE

- Le “**point du mari**” par Isabelle Alonso (2014), alertée par Agnès Ledig, sage-femme et auteure
- Le scandale des **touchers vaginaux sur patientes endormies** à la faculté de médecine Lyon sud

## ET EN FRANCE ? TROIS TYPES D'ACTEUR.E.S

### LES ASSOCIATIONS

#### 1. L'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes (I.R.A.S.F)

- Issu du groupe Facebook "Stop à l'Impunité des Violences Obstétricales"
- Des **femmes victimes**
- Étudier les origines, les mécanismes et les conséquences des violences obstétricales et gynécologiques
- Préconisations

#### 2. Le CIANE

- Collectif interassociatif autour de la naissance
- Représente les usager.es
- Faire évoluer les pratiques entourant la maternité pour les rendre plus respectueuse des personnes et de la **physiologie de l'accouchement**

### LES AUTEUR.E.S / BLOGUEUR.E.S

- Clara De Bort (directrice d'hôpital & blogueuse féministe)
- Béatrice Kammerer (journaliste indépendante)
- Marie Hélène Lahaye (Juriste & blogueuse féministe)
- Martin Winckler (ancien médecin & écrivain)....



### LES COLLECTIFS / PAGES FACEBOOK / LES ACTIONS SPONTANÉES

- Le hashtag #PayeTonUtérus >> Plus de 7000 témoignages ont été publiés en moins de 24 heures
- Janvier 2015: Groupe facebook Stop à l'Impunité des Violences obstétricales S.I.V.O
- Janvier 2017 : tumblr et la page Facebook « Paye ton gynéco »
- Novembre 2017 : page Facebook "Balance ton accouchement"
- Le Off du CNGOF

liste non-exhaustive...



## Émergence en France, comment ?

- Par Internet et les réseaux sociaux
  - Témoignages des femmes sans aucun filtre  
**une fenêtre ouverte** sur les salles d'accouchements et les consultations gynécologiques
  - Aidé par l'**anonymat**
  - Facile d'accès **pour les femmes qui en ont les possibilités.**
  - Large diffusion, par plusieurs canaux (page facebook, groupe ouverts/fermés, forums..)
  - Création de **groupe de victimes**, pour échanger, se soutenir, s'informer

**Un outil dont les femmes se saisissent pour libérer la parole, interpeller l'opinion publique, les soignant.e.s., les pouvoirs publics**



## EVÉNEMENTS MARQUANTS EN FRANCE

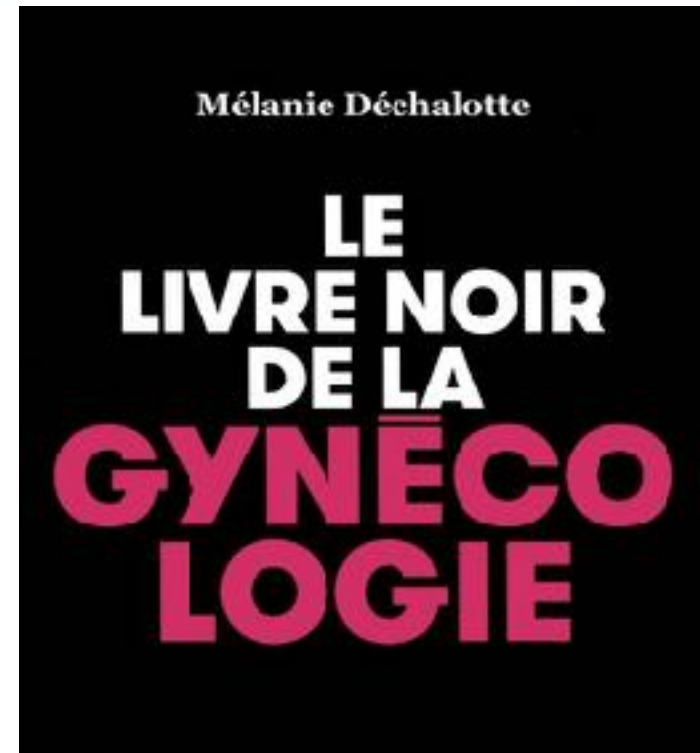
- Les violences gynécologiques sur **France Culture**,  
> Un reportage réalisé par **Mélanie Déchalotte** (2015)

L'émission bat des records d'audience et reçoit des témoignages en masse.

- Mélanie Déchalotte sortira un livre enquête en octobre 2017

### **Le livre noir de la gynécologie**

- témoignages qui vont apporter des éclaircissements important sur les auteurs de ces violences...



**MALTRAITANCES  
GYNÉCOLOGIQUES  
ET OBSTÉTRICALES :  
LIBÉRER LA PAROLE  
DES FEMMES**



## Les violences obstétricales, naissance d'une question "politique"

- **23 Juillet 2017** - Mme **Marlène Schiappa**, secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes commande un rapport au **Haut Conseil à l'Égalité femmes/hommes** sur **les violences obstétricales** subies par les femmes.  
  
= levée de bouclier de la part des **représentants** des médecins gynécologues obstétriciens (CNGOF, SYNGOF, CNOM) et des échanges médiatisés.
- L'Ordre des sages-femmes voit ce rapport comme une "nécessité".



## Le rapport du HCE 29 juin 2018 à lire pour une vision globale de

- l'émergence / contexte
- Témoignages
- Rappel des textes de lois
- 26 recommandations

Rapport élaboré sans  
les organisations représentatives  
des gynécologues obstétriciens  
bien que présents le jour de la  
remise



### Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical

Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître,  
prévenir et condamner le sexisme

Rapport 17000005 du 29/06/2018, adopté le 26 juin 2018.  
Danièle BERNARD, Présidente du Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes  
Caroline GABRIEL, rapporteure  
Magalie GILLET, coprapporteuse





# Les violences obstétricales

## Définition retenue par le HCE



- Le HCE donne sa définition, sous le prisme du **sexisme** et de la **médecine patriarcale** + des faits de **violences faites aux femmes**

*“Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des **gestes, propos, pratiques et comportements** exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du **personnel soignant** sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui **s’inscrivent dans l’histoire de la médecine gynécologique et obstétricale**, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter).*

*Ils sont le fait de soignant.e.s — **de toutes spécialités** — **femmes et hommes**, qui n’ont pas forcément l’intention d’être maltraitant.e.s.”*

- Définition de l'IRASF (octobre 2017)
  - sur la base de plus de 3 000 témoignages de femmes victimes de violences obstétricales et gynécologiques.**Méthode appliquée par thématiques centrales repérées**

« Un ensemble de **gestes, de paroles et d'actes médicaux** qui vont toucher à **l'intégrité physique et mentale** des femmes de façon plus ou moins **sévère**. Ces actes ne sont d'une part, pas toujours **justifiés médicalement**, et d'autre part, s'opposent pour certains aux données et **recommandations scientifiques actuelles**.

*Cela va se produire tout au long de la vie des femmes, pendant les visites gynécologiques, ou le suivi en obstétrique pour la grossesse, l'accouchement et le post-partum, ainsi qu'à l'occasion de certains examens médicaux n'ayant rien à voir avec la sphère génitale. »*





## Que s'est-il passé ?

Une **rupture** entre les femmes et les soignant.e.s ?

Cette rupture constitue-t-elle un point de départ pour la **construction d'un nouveau schéma** dans la relation soigné.e/soignant.e. ?

Comment une situation de soin est requalifiée par les femmes en situation de violence?  
“*viol, violences volontaires et/ou involontaires...*”

Comment ces **mouvements** se construisent-ils ?



## Les mouvances des **militant.e.s** en 6 items

1. La **médecine des preuves** ou l'Evidence Based Medicine
2. Une logique de retour à une pratique de l'enfantement dans **un cercle dit *féminin*** (femme/sage-femme)
3. Une logique de retour à un mode d'**accouchement dit *physiologique***
  1. Une logique de penser que la médicalisation de l'accouchement résulte du fait d'une **confiscation d'un pouvoir intrinsèque au corps de la femme** par une domination **masculine**
  2. Considérer l'institution hospitalière comme produisant de la médicalisation pour gérer des masses → production de violences obstétricales.
  3. Le droit à disposer de son corps,  
→ consentement libre et éclairé



## Les mouvances des **soignant.e.s** en 5 items

1. La maltraitance **subie par les soignant.e.s**
2. Le **manque de moyens** humains et financiers
3. Les femmes ne saisissent pas la **réalité**
4. La **domination masculine**
5. L'accouchement est **dangereux**



## Ce qui a permis la construction de ces mouvements : Une mutation fondamentale de notre société

Trois fronts qui se rencontrent :

1. L'**evidence based medicine** ou la médecine basée sur des preuves (1983)
2. Les **droits des patient.e.s**  
→ loi Kouchner sur le consentement libre et éclairé, (2002)
3. Les **mouvements féministes** qui après l'acquisition de leurs droits sociaux dans le féminisme de première vague et le droit au contrôle de leur capacité d'enfantement dans la seconde vague.



## Quels éléments produisent potentiellement les violences obstétricales ?

Une pluralité de causes liées aux personnalités :

des **peurs**, un **usage du pouvoir**, l'**organisation** des services, des **croyances**, des **postures paternalistes**, des **postures racistes**, des **postures sexistes**, du **sadisme**, des **protocoles**, une **absence de formation** continue (EMB), un **désinvestissement supposé de la femme**, des **attentes** fortes de la part des familles, une impossibilité pour les soignant.e.s de céder une part du pouvoir....

→ Un certain usage de la médecine

**Ces éléments de présentations clarifient certains paramètres et interactions ou absences de celles-ci dans la production des violences obstétricales et gynécologiques.**



## La production des violences obstétricales :

**Un fonctionnement institutionnel** qui produit un certain usage de la médecine pour : LA MISE EN OEUVRE

→ des protocoles, palier au manque de personnel, conditions de travail,...

**Les violences obstétricales et gynécologiques sont le produit de l'inclusion mutuelle de ces deux fonctionnements qui opèrent en continu**

**Le fonctionnement lié à des dérives personnelles** [usage de la médecine] pour mettre en oeuvre et/ou répondre

→ les croyances, les peurs, risques médico-légaux,...



**Exemple :**

Une patiente qui connaît ses droits et ce à quoi elle est prête à consentir,

→ soins imposés car le/la soignant.e ou l'équipe refuse de céder une part du **pouvoir intrinsèque à la décision thérapeutique.**

Ou une patiente qui ne connaît pas ses droits et n'a pas pensé ce à quoi elle voulait consentir,

→ soins imposés souvent sans information préalable claire et loyale.

**Exemple :**

Les soignant.e.s enquêt.e.s affirment que : « *les femmes, elles ne savent pas ce qu'elles veulent* », « *des fois, je demande aux femmes. Comment vous voulez accoucher ? La plupart me répondent qu'elles ne savent pas* ».

**Pour résumer :**

En somme, être informé ou pas, n'est pas un élément essentiel pour rétablir **un espace décisionnel équilibré.**

**Ni l'une ni l'autre de ces postures ne délivrent une information claire et loyale. Elles enferment au contraire la femme, dans une posture profane et appui l'aspect incertain de l'issue de tout accouchement.**

# Une multitudes d'interactions qui peuvent produire des violences obstétricales...

La Femme		L'équipe soignante	
LES VARIABLES	LES INVARIABLES	LES VARIABLES	LES INVARIABLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Etat général de santé de la femme</li> <li>Degrés d'informations</li> <li>Besoins médicaux à l'instant T</li> <li>Les envies et désirs pour un accouchement X (les femmes n'expriment pas les mêmes besoins tout au long de leur vie et au fil des grossesses et des accouchements)</li> <li>Degrés d'investissement supposé de la femme dans sa grossesse et son suivi</li> <li>Degrés de responsabilisation supposé de la femme par rapport à sa grossesse et son accouchement</li> <li>Degrés de désinvestissement supposé des décisions liées à sa grossesse et son accouchement</li> <li>Attentes fortes de résultats qui pèsent sur les équipes soignantes</li> <li>Degrés d'autonomisation</li> <li>Degrés de communication avec les équipes soignantes</li> <li>Abandon supposé des responsabilités de leur grossesse au profit des soignants</li> <li>Les femmes considèrent à tort que la médecine et le service public sont à leur service</li> <li>Méconnaissance majeure de leurs droits</li> <li>Demande de médicalisation</li> <li>Refus de médicalisation</li> <li>Idéologie de l'accouchement physiologique</li> <li>Des postures :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Sexiste</li> <li>Paternaliste</li> <li>Raciste</li> <li>Grossophobe</li> <li>leshophobe</li> <li>Transphobe...</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etat de grossesse</li> <li>Besoin d'un suivi « médical » en grande majorité</li> <li>Pouvoir de décision</li> <li>Absence de pouvoir de décision dans la majorité des cas rencontrés</li> <li>Espace d'actions important et inégalitaire en défaveur des femmes</li> <li>Inutilisation du temps de travail (pendant l'accouchement) par les femmes</li> <li>Absence d'un vocabulaire commun et accessible par toutes et d'une culture commune</li> <li>Le corps de la femme est au service de la mise en œuvre du protocole hospitalier</li> <li>Obligations de résultats (les accouchements doivent avoir une durée limitée dans le temps) le travail de plus de 24h-pré-travail y compris devient inacceptable ou inquiétant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Degrés et espace d'autonomisation des femmes</li> <li>Répondre au plus près d'un projet de naissance</li> <li>Présence d'étudiant.e.s autorisée par la femme</li> <li>Les formations continues des équipes</li> <li>Espace de communication avec les patientes</li> <li>Les habitudes</li> <li>Les croyances médicales</li> <li>Les croyances personnelles</li> <li>Les représentations</li> <li>Les automatismes</li> <li>Place donnée au pouvoir de décision des femmes</li> <li>Espace d'actions important et inégalitaire en faveur des soignants</li> <li>Absence d'explications des gestes et produits utilisés</li> <li>Le corps de la femme est au service des protocoles ( en grande majorité)</li> <li>Pratiques obstétricales en dehors des dernières preuves de la science</li> <li>Refus d'abandon du pouvoir ou du partage du pouvoir entre la femme et le/la soignant.e ou l'équipe</li> <li>Idéologie de l'accouchement physiologique</li> <li>Imposer une médicalisation</li> <li>Refus d'une médicalisation</li> <li>Des postures :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Sexiste</li> <li>Paternaliste</li> <li>Raciste</li> <li>Grossophobe</li> <li>leshophobe</li> <li>Transphobe...</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les risques médico-légaux</li> <li>Les protocoles internes de la maternité</li> <li>Obligations de résultats (les accouchements doivent se dérouler dans un temps imparti)</li> <li>Pression institutionnelle appliquée sur les soignants (violence institutionnelle)</li> <li>Organisation des services et des équipes</li> <li>Difficultés voire impossibilité à curvisager que la patiente ait une expertise technique et une expertise de son corps</li> <li>L'accouchement n'est abordé que d'un prisme « psychanalytique » « vécu d'accouchement, conscience altérée, » des termes qui renvoient à un imaginaire</li> <li>Inutilisation du temps de travail par les soignants (accompagnement, échanges)</li> <li>Absence d'un vocabulaire commun</li> <li>Absence d'une culture commune</li> <li>Absence de connaissance majeure du droit des patientes</li> <li>Absence de connaissance du cadre légal d'exercice de l'obstétrique/médecine</li> <li>Absence de remise en question des règles imposées (les accompagnant.e.s)</li> <li>Imposition du modèle de la famille nucléaire dans l'immense majorité des cas</li> <li>Dogme de la présence « obligatoire » du père</li> </ul>



## Résultats

→ **Des transgressions majeures en France des droits au sens large**, portés à la connaissance du public grâce aux témoignages et à l'engagement des femmes.

→ **Pas seulement un phénomène lié seulement au genre de la personne. Ils révèlent plutôt un fonctionnement de la société**, qui passe par le contrôle des corps, de la naissance à la mort, en utilisant les supports que sont la médecine et l'action sociale.

→ Le corps médical est composé d'une **multitude de personnalités** dont les représentations, les croyances et les contraintes vont dans un certain nombre de cas, remplacer, voire, annuler toute approche scientifique. Dans le cadre de la santé génésique des femmes, la nécessité médicale et l'urgence sont invoqués pour justifier ces traitements.

Le rapporteur spécial Juan Mendez des Nations Unis, relève ce qu'il nomme : « **Les situations d'impuissance et la doctrine de la "nécessité médicale"** »

Il écrit : « **La torture, atteinte la plus grave à l'intégrité et à la dignité de la personne, présuppose une situation d'impuissance où la victime est sous le contrôle total d'une autre personne.** » [...] **"La privation de la capacité juridique, qui ôte à l'intéressé sa capacité décisionnelle pour la confier à des tiers, fait partie de ces situations [...] Le précédent titulaire du mandat a relevé que les traitements médicaux invasifs et irréversibles dépourvus de fins thérapeutiques peuvent constituer un acte de torture ou de maltraitance s'ils sont administrés sans le consentement libre et éclairé de l'intéressé** »



## Les actes ont lieu

- **La relation soignant.e/soignée** : l'accueil, la prise en charge, le mode de communication, l'exercice dans le cadre réglementaire...
- **L'examen clinique** : les touchers vaginaux, les échographies...
- **L'acte chirurgical et obstétrical** : les césariennes, les extractions instrumentales, les épisiotomies...

## Pendant la relation de prise en charge

Refus d'écouter

Refus de répondre aux questions posées

Ne se présente pas

Ne salue pas

Pressions pour accepter la péridurale ou autre analgésie

Refus de péridurale

Refus de donner à boire et à manger

Violences verbales et physiques

## Pendant l'examen clinique

Dilatation du col manuellement

Touchers vaginaux  
(sans consentement, brutaux)

Perfusion de syntocinon  
(sans consentement, sans utilité médicale avérée)

Décollement des membranes (sans  
consentement)

Déclenchement  
(sans consentement, sans utilité médicale avérée)

Rupture artificielle de la poche des eaux  
(sans consentement, sans utilité médicale avérée)

Rasage du pubis  
(sans consentement, sans utilité médicale avérée)

Echographie ventrale brutale pour tenter de faire  
bouger le bébé (appuis douloureux, tape avec la  
main ou la sonde sur le ventre...)

Séparation avec le bébé  
(sans utilité médicale avérée)

Pose d'une sonde endovaginale (sans  
consentement, sans utilité médicale avérée)

Pose d'une sonde urinaire  
(sans consentement, sans utilité médicale avérée)

Pose de la péridurale  
(sans consentement, sans utilité médicale avérée)

Toucher rectal  
(sans consentement, sans utilité médicale avérée)

Pose d'une perfusion  
(sans consentement, sans utilité médicale avérée)

## Pendant l'acte chirurgical & obstétrical

Révision utérine  
(sans consentement, sans utilité médicale avérée,  
sans analgésie dite à "vif")

Césarienne  
(sans consentement, sans utilité médicale avérée,  
sans analgésie dite à "vif")

Épisiotomie  
(sans consentement, sans utilité médicale avérée,  
sans analgésie dite à "vif")

Extraction aux forceps  
(sans consentement, sans utilité médicale avérée,  
sans analgésie dite à "vif")

Tirer sur le cordon ombilical brutalement pour  
extraire le placenta

Expression abdominale pour l'expulsion du bébé

Expression abdominale pour la délivrance du  
placenta

Suture d'épisiotomie et/ou de déchirure sans  
analgésie

Refus de la présence du compagnon ou de la  
compagne

Maintenue ou attachée pendant un acte  
douloureux exprimé

Stérilisation  
(sans consentement, sans utilité médicale avérée)



## Deux mouvements bien distincts se dessinent « usagères du système de santé » et « femmes victimes du système de santé »

- Les mouvements de lutte contre les VO se distinguent par une mise en avant de leurs **droits**

Les mouvement contre les violences obstétricales sont des mouvements qui mettent à jour une **condition de victime par une politique du témoignage public**

Une corrélation est faite entre actes médicaux et violences obstétricales. Or, les violences obstétricales ne sont pas seulement constituées d'actes chirurgicaux abusifs ou sur-utilisés, mais de leur **absence aussi dans les conditions nécessaires et/ou souhaités par la femme.**



## Les conséquences

- Un impact sur la vie des femmes
  - Santé physique et/ou mentale
  - Des répercussions sur leur vie familiale / sociale / professionnelle...
- **Une prise en charge difficile, des conséquences multiples**
  - Réalité des séquelles ignorée et/ou niée par le corps médical
  - Abandon d'un suivi médical gynécologique et/ou obstétrical
    - **Errance médicale**
  - Face à l'absence de choix de prise en charge de l'accouchement
    - **Accouchement non assisté (ANA)**
  - Abandon de projet de futures grossesses
  - Situation d'insécurité extrême pour les femmes qui ne trouvent plus de soignant.e.s fiables et capable de les accompagner

- **Le syndrome de stress post traumatique (SSPT)**

“Qui est traduit par les cliniciens américains dans le DSM III : “**comme une réponse normale à une situation anormale**” et qui prendra dans sa version définitive publié en 1980.

« *Développement de symptômes typiques faisant suite à un événement psychologiquement traumatique, généralement hors du commun. Ces symptômes comprennent : la reviviscence de l'événement traumatique, un émoussement de la réactivité ou une réduction du contact avec le monde extérieur, et des symptômes neuro-végétatifs, dysphoriques ou cognitifs variés.* »

Souvent confondu avec la dépression post-partum

→ Difficulté de prise en charge

→ Recherche d'alternatives coûteuses, inadaptées voire dangereuses

- Ces conséquences vont participer à isoler socialement les femmes qui se sentent incomprises (« *bébé va bien tout va bien* ») et ont des difficultés à s'inscrire dans une maternité positive.



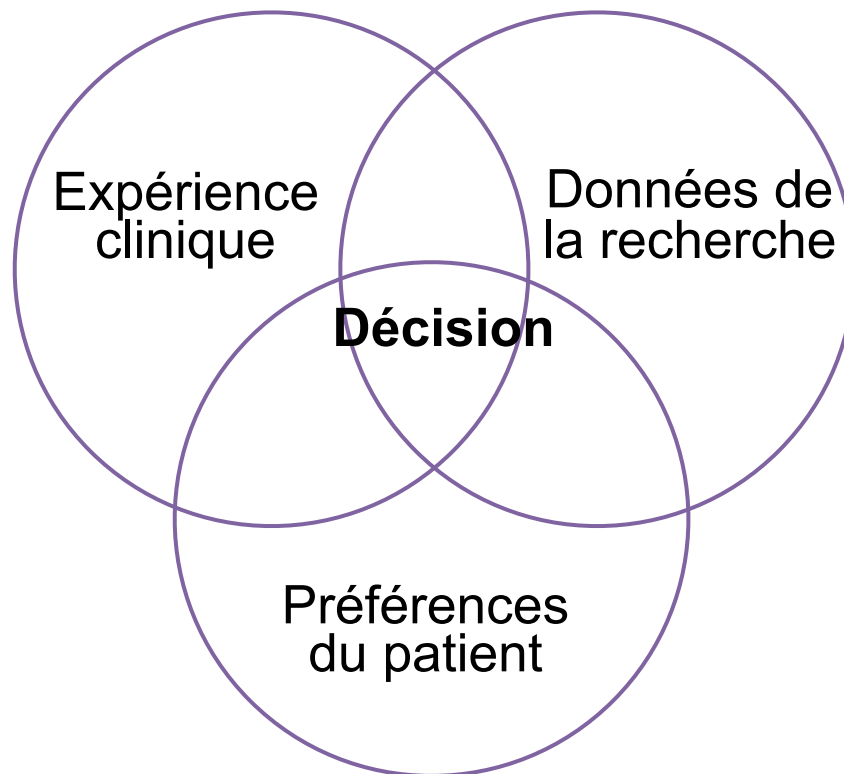


## Qu'en retenir pour la pratique ? Propositions

- **Remise en question générale** en matière de communication, pratiques et postures
- **Rééquilibrer l'espace décisionnel**
- Pratiquer dans un **cadre réglementaire**
- **Utilisation du temps de travail des femmes** : réajustement du projet de naissance / Construction d'une relation de confiance
- Construction d'une formation de **gestion du consentement libre et éclairé** à titre expérimental



- Evidence-Based Medicine (EBM)



- Kouchner 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.** »



- Code de la santé publique

**article r.4127-8**

*Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.*

*Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, **limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.***

*Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.*

**article r.4127-41**

*« **aucune intervention mutilante ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et, sauf urgence ou impossibilité, sans information de l'intéressé et sans son consentement** »*



- **Questionnements...**

- Comment construire une relation professionnelle qui intègre la femme dans la **prise de décision** ?
- Comment construire un **espace décisionnel équilibré** ?
- Comment développer les propositions d'**alternatives de soin en lien avec l'obligation réglementaire** ?
- Comment intégrer et respecter les demandes inscrites dans le projet de naissance à l'ensemble du personnel, non pas comme une option mais comme une **obligation légale** ?



- **Éléments de réponse & réflexion via un audit auprès des victimes...**

\* **Comment pensez-vous qu'il est possible d'éviter les violences obstétricales ?**

Classer les propositions par ordre d'importance, dans la colonne de droite.

**Vos choix**

Améliorer la communication soignant.e/soigné.e  
(qualité des informations, qualité d'écoute)

Choisir une réponse thérapeutique après avoir eu connaissance  
des différentes alternatives possibles

Respecter les droits de la patiente  
(consentement libre et éclairé, présence d'étudiant.e.s)

Respecter les recommandations nationales et internationales ba-  
sées sur l'évidence based medicine  
(médecine fondée sur des preuves)

Considérer le caractère intime dans l'acte d'enfanter  
(restreindre le nombre des intervenants, fermer les portes...)

**Votre classement**

Effectuez un **double-clic** sur les éléments de la liste de **gauche** pour les basculer dans la liste de **droite** et faire votre classement. L'élément que vous considérez le plus important est situé au plus haut de la liste, et le moins important, au plus bas.

**Que conseilleriez-vous à des soignants souhaitant améliorer leurs pratiques en gynécologie-obstétrique ?**



## Résultats du classement | 130 réponses

1. **Respecter les droits de la patiente**  
(consentement libre et éclairé, présence d'étudiant.e.s)
2. **Améliorer la communication soignant.e/soigné.e**  
(qualité des informations, qualité d'écoute)
3. **Considérer le caractère intime dans l'acte d'enfanter**  
(restreindre le nombre des intervenants, fermer les portes...)
4. **Choisir une réponse thérapeutique après avoir eu connaissance des différentes alternatives possibles**
5. **Respecter les recommandations nationales et internationales basée sur l'evidence based medicine** (médecine fondée sur des preuves)



## Réponses libres | 110 réponses

- **31** réponses mettent en lumière la nécessité d'**informer**, d'expliquer, de communiquer avec les patientes
- **23** réponses utilisent la notion de « **respect** » (*“des droits”, “de la patiente”, “de l’intimité”, “intégrité, des choix”, “du consentement”, “du corps”...*)
- **15** réponses parlent de la **posture** du soignant (*“toute puissance”, “condescendance”, “sachant”, “paternalisme”*)
- **12** réponses remettent en cause la **formation** des soignant.e.s (*sur les “pratiques”, les “recommandations”, la “physiologie”, la “communication”*)



- Témoignage d'Ania
  - Défaut de prise en charge
  - VO pendant l'examen clinique
  - VO pendant l'acte chirurgical

Cadre légal :

**Loi Kouchner sur le  
consentement libre et  
éclairé**



**IRASF**  
Institut de Recherche  
& d'Actions pour la Santé des Femmes

[www.irasf.org](http://www.irasf.org)



@AssoIRASF

Préconisations provisoires : <https://bit.ly/2QHoxtm>