

Violences obstétricales : état des lieux et implications pour la pratique

Autor(en): **Aubert, Clémentine / Pirolet, Sophie / Wehrli, Clémentine**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **119 (2021)**

Heft 4

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-976841>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Violences obstétricales: état des lieux et implications pour la pratique

Dans cet article tiré de leur travail de bachelor, les auteures interrogent une problématique encore aujourd'hui parfois difficile à évoquer parmi les professionnel-le-s de la périnatalité. Montrant le peu de consensus autour de la définition des violences obstétricales et s'appuyant sur une solide revue de la littérature actuelle sur le sujet, elles émettent notamment des hypothèses sur les mécanismes en jeu et identifient des leviers possibles d'implications pour la pratique.

TEXTE:
CLÉMENTINE
AUBERT,
SOPHIE
PIROLET,
CLÉMENTINE
WEHRLI

Si les violences obstétricales (VO) rencontrent aujourd'hui un écho dans les médias «grand public» (par exemple, un article du quotidien *Le Temps* a relayé en 2019 des témoignages de femmes ayant vécu des violences obstétricales), elles constituent encore une notion en discussion au sein des professions de la santé. Pour ce travail de bachelor, visant à interroger le rôle professionnel et la capacité à prodiguer des soins respectueux et de qualité aux femmes en période périnatale, ont été sélectionnés huit articles publiés entre 2015 et 2019 issus d'études réalisées dans différentes régions du monde¹. Ces travaux avancent qu'il est urgent d'agir contre les violences obstétricales car elles représentent une problématique de santé publique en contribuant à la morbi-mortalité maternelle et infantile (Organisation

mondiale de la santé [OMS], 2014): travail prolongé, hémorragie du post-partum, dépression, difficultés sexuelles, vécu traumatique voire syndrome de stress post-traumatique, etc. (Orpin *et al.*, 2019; Schroll *et al.*, 2013). Des conséquences pour les soignant-e-s sont également documentées: être impliqué dans des actes de VO affecte la satisfaction au travail (Orpin *et al.*, 2019).

Définir les violences obstétricales

Le terme «violences obstétricales» est utilisé pour la première fois en Amérique latine dans les années 2000 lors de revendications issues de mouvements féministes qui dénoncent les violences faites aux femmes et qui s'engagent en faveur d'une humanisation de la naissance. En Europe, ce n'est qu'à partir des années 2010 que ce terme est mobilisé (Michel & Squires, 2018). Au Venezuela, puis au Mexique, les VO ont été définies au niveau juridique comme étant: «L'appropriation du corps et des processus de reproduction des femmes par

¹ Beck, 2018; Betron *et al.*, 2018; Bohren *et al.*, 2015; Bradley *et al.*, 2019; Freedman *et al.*, 2018; Jardim & Modena, 2018; Orpin *et al.*, 2018; Orpin *et al.*, 2019.

le personnel de santé, qui se manifeste par un traitement déshumanisé, un abus de la médicalisation et de la pathologisation des processus naturels, qui entraîne une perte d'autonomie et de la capacité à décider librement sur leur corps et leur sexualité» (El Kotni, 2018, p. 39). Selon l'OMS, ces pratiques représentent une violation des droits civils fondamentaux des femmes (2014).

Dans la littérature, le vocabulaire est varié pour nommer cette problématique: violences obstétricales; soins irrespectueux et abusifs; mauvais traitements. Il n'existe pas de consensus, probablement en raison du peu d'articles à ce sujet et de la controverse autour du terme «violences», qui peut faire référence à la responsabilité, voire à l'intentionnalité des soignant.es. Employer les qualificatifs «soins irrespectueux» ou «mauvais traitements» tend à euphémiser la problématique en ne la considérant pas comme une violence (Chadwick, 2016). Pour contrer les VO, l'enjeu principal est d'abord de reconnaître leur existence et de comprendre les mécanismes qui contribuent à l'émergence de telles situations.

Mécanismes en jeu

Selon Chadwick, les définitions des VO ne doivent pas être limitées à des actes d'abus par des auteur.es identifiables (2016; 2017). Elles ont leurs origines à plusieurs niveaux (individuel, structurel et politique) comme l'illustre le schéma de la figure 1.

Trois mécanismes principaux sont mis en exergue dans les articles, comme dans les discours des femmes: la question du consentement, des inégalités de genre, et enfin de la médicalisation de la naissance. Sur cette base, des propositions pour engager les sages-femmes dans la lutte contre les VO sont formulés.

Le consentement: la panacée des VO?

Les femmes ayant vécu des VO rapportent que des actes ont été pratiqués sans qu'elles en aient été informées et sans qu'elles aient pu donner leur accord. Ainsi, le consentement libre et éclairé apparaît comme un élément central. Son recueil est obligatoire avant tout acte médical dans les situations non-urgentes (Dumoulin, 2014). Il n'est toutefois pas si simple d'en saisir les nuances et de le mettre en œuvre au quotidien. Dumoulin, avocat suisse spécialisé dans le droit de la santé, explique par exemple qu'il peut être tacite lors d'examens et gestes de routine (2014). Cette notion peut paraître surprenante car un geste tel que le toucher vaginal, peut être considéré comme routinier par les soignant.e-s, bien qu'il soit invasif et parfois vécu comme une violence par les femmes. Sachant que les VO peuvent survenir à tout moment durant l'expérience de périnatalité et davantage dans les actes du quotidien que dans les situations d'urgence (Jardim & Modena, 2018), il semble indispensable de recueillir le consentement de la personne avant chaque acte. Par ail-

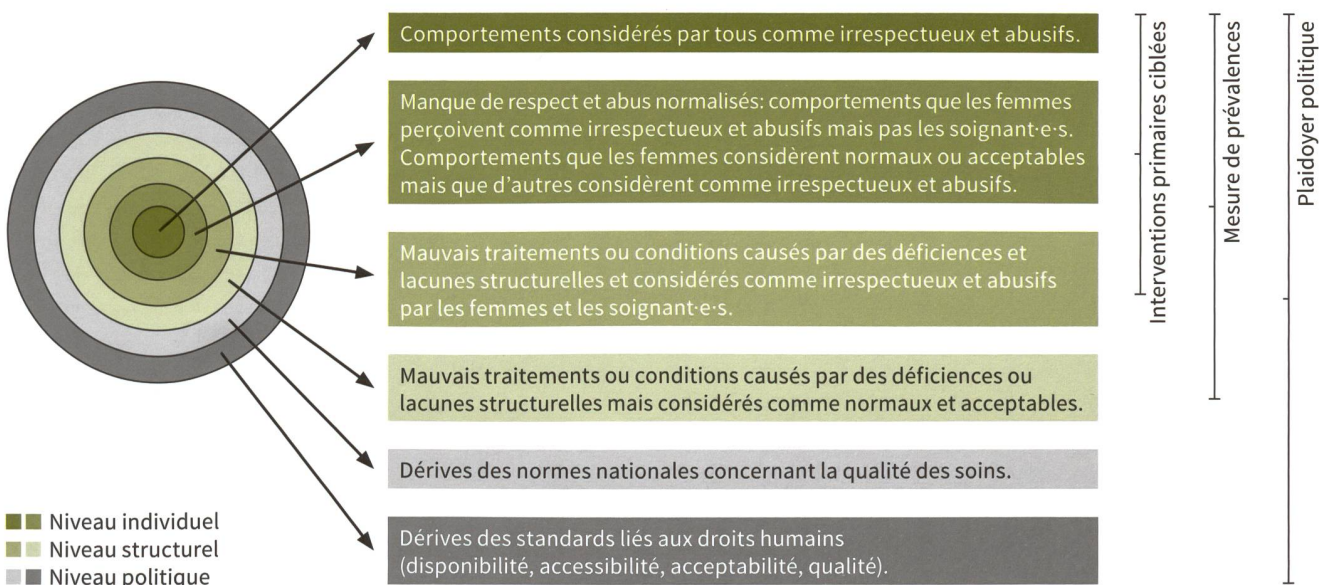
leurs, des auteur.e-s décrivent des pressions exercées sur les femmes pour obtenir leur consentement rapide (Bohren *et al.*, 2015). Le contexte de soins peut expliquer ce qui rend les soignant.e-s expéditif.ve.s: mauvaises conditions de travail, manque de personnel, situation d'urgence, incertitude de la durée de la naissance (Gouilhers-Hertig, 2017). Aussi, le fait d'insister sur le recueil du consentement laisse supposer «qu'un acte consenti ne pourrait être violent. Or, l'accord pour un acte médical n'empêche pas un traitement dégradant» (El Kotni, 2018, p. 51). Bien qu'essentiel, le consentement libre et éclairé ne suffit pas à contrer des VO dont l'origine est multifactorielle.

Inégalités de genre: la face cachée des VO

Les VO sont une forme de violence sexiste reflétant les inégalités de genre et la normalisation de la violence à l'égard des femmes dans la société (Chadwick, 2016). Plusieurs articles provenant de pays à faibles revenus mentionnent l'influence de la culture patriarcale sur les VO (Beck, 2018; Betron *et al.*, 2018; Orpin *et al.*, 2019). Cela tend à maintenir la domination masculine et à réduire les possibilités des femmes à s'émanciper et à défendre leurs droits. Le manque de données dans les pays à hauts revenus est problématique, dans la mesure où des inégalités de genre y sont également présentes (Beck, 2018). Betron *et al.* soulignent par ailleurs que celles-ci concernent aussi les

Figure 1: Définir le manque de respect et les abus envers les femmes en période périnatale.

D'après Freedman et al. (2014)



soignant-e-s, et notamment les sages-femmes, qui sont majoritairement des femmes (2018). Les femmes soignantes sont donc exposées aux inégalités tout en pouvant participer à perpétrer des VO. Une mauvaise reconnaissance socio-économique de la profession, une non prise en compte du jugement clinique et de leur position professionnelle au sein des équipes sont considérées par plusieurs auteur-e-s, comme des éléments de discriminations qui contribuent à expliquer la survenue des VO (Betron *et al.*, 2018; OMS, 2016). De plus, la santé féminine n'est pas considérée comme une priorité par les décideurs politiques, ce qui peut limiter les investissements au sein des services de maternité pour les soignant-e-s et les femmes bénéficiaires de soins (Jewkes & Penn-Kekana, 2015). Ces éléments présentent l'ampleur des inégalités de genre et leur ancrage au sein de la société et des services de soins. Finalement, la maternité concerne principalement les

femmes; les VO sont subies par les femmes; cette problématique a été mise en lumière par les femmes durant les manifestations; et ce sont principalement des femmes qui sont auteures des recherches sur le sujet. Etant donné que des inégalités de genre sont présentes à tous ces niveaux, ceci pourrait expliquer pourquoi la problématique des VO est si peu investiguée.

Technicisation des soins et expertise soignante

La médicalisation et la technicisation des soins sont relevées par plusieurs auteur-e-s comme pouvant favoriser la survenue des VO, dans un contexte où tout accouchement est d'abord perçu comme un événement à risque (El-Kotni, 2018; Gouilhers-Hertig, 2017). La sécurité physique des femmes devient alors prioritaire sur leur sécurité émotionnelle (vécu de l'expérience) (Orpin *et al.*, 2018). La crainte de la judiciarisation des soins peut aussi contribuer à une sur-intervention des soignant-e-s (Gouilhers-Hertig,

2017). Des interventions parfois non justifiées, telles que le monitoring en continu, les touchers vaginaux chaque heure, l'épisiotomie, peuvent être routinisées puis banalisées, au risque de ne plus pouvoir garantir des soins respectueux. Les pratiques actuelles, souvent dictées par des protocoles stricts, valorisent ainsi le savoir expert et mesurable, au détriment des savoirs des femmes (sensations, connaissances et vécu) (Chadwick, 2019). Par exemple, le toucher vaginal pour renseigner l'évolution du travail semble plus fiable et justifiable que les sensations corporelles et la douleur. Ainsi, la négligence des voix des femmes est une des formes les plus insidieuses des VO (Chadwick, 2019). Une réflexion s'impose afin de ne pas opposer les savoirs des femmes à l'expertise des soignant-e-s mais plutôt de les allier pour des soins respectueux.

Implications pour la pratique

Chadwick (2016 et 2017) considère que les efforts visant à changer les formes médicalisées de violence et d'abus doivent être menés par des professionnel-le-s, des associations et des autorités institutionnelles. Bien qu'essentielles, les initiatives pour contrer les VO en Suisse visent principalement les femmes qui ont déjà un mauvais vécu d'accouchement (débriefting du vécu d'accouchement, services de dépôt de plaintes). Il paraît indispensable de réfléchir à des interventions systémiques, présentées ci-après.

Reconnaître les VO

La reconnaissance des VO en tant que problématique couramment présente et normalisée dans les soins est la première étape pour les contrer. Celle-ci devrait être partagée par les soignant-e-s, les formations, la collectivité et les politiques. Une intervention qui permettrait de reconnaître les vécus des femmes pourrait passer par la rédaction d'un communiqué de la Fédération Suisse des Sages-Femmes ou par des responsables des maternités. Ce communiqué s'adresserait aux femmes: «Nous entendons vos témoignages poignants, nous reconnaissons les actes de violence que vous avez subis, et nous nous engageons dans une réflexion en équipe pluridisciplinaire afin de trouver des moyens de contrer ces pratiques.» Mais concrètement, quelle place est donnée à la réflexion de nos pratiques

Références

- Betron, M. L., McClair, T. L., Currie, S. & Banerjee, J. (2018)** Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. *Reproduction Health*; 15(143). doi:10.1186/s12978-018-0584-6
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... & Gülmezoglu, A. M. (2015)** The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed- Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*; 12(6). doi:10.1371/journal.pmed.1001847
- Bradley, S., McCourt, C., Rayment, J. & Parmar, D. (2019)** Midwives' perspectives on (dis)respectful intrapartum care during facility-based delivery in sub-Saharan Africa: a qualitative systematic review and meta-synthesis. *Reproduction Health*; 16(116). doi:10.1186/s12978-019-0773-y
- Chadwick, R. J. (2016)** Obstetric violence in South Africa. *South African Medical Journal*; 106(5), 423-424. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6
- Chadwick, R. J. (2017)** Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives. *Feminism and Psychology*; 27(4), 489-509. doi:10.1177/0959353517692607
- Dumoulin, J. F. (2014)** Le devoir d'information du patient. In La Harpe, R., Hummel, M. & Dumoulin, J. F. (Éd.) *Consentement libre et éclairé et refus de soins* (pp. 265-280). Chêne-Bourg, Suisse: Médecine et Hygiène.
- El Kotni (2018)** La place du consentement dans les expériences de violences obstétricales au Mexique. *Autrepart*; 85, 35-55. www.cairn.info
- Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C. E., ... & Mbarukuc, G. (2014)** Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bull World Health Organ*; 92, 915-917. doi:10.2471/BLT.14.137869
- Freedman, L. P., Kujawski, S. A., Mbuyita, S., Kuwawenaruwa, A., Kruk, M. E., Ramsey, K. & Mbaruka, G. (2018)** Eye of the beholder? Observation versus self-report in the measurement of disrespect and abuse during facility-based childbirth. *Reproductive Health Matters*, 26 (53), 107-122. doi:10.1080/09688080.2018.1502024
- Gouilhers-Hertig, S. (2017)** Gouverner par le risque: une ethnographie comparée des lieux d'accouchement en Suisse romande. Thèse de doctorat inédite. Université de Genève. <https://archive-ouverte.unige.ch>
- Jardim, D. M. B. & Modena, C. M. (2018)** Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 26 (3069). doi: 10.1590/1518-8345.2450.3069
- Jewkes, R. & Kekana, L. P. (2015)** Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLoS Med*; 12(6). doi:10.1371/journal.pmed.1001849
- Michel, C. & Squires, C. (2018)** Entre vécu de l'accouchement et réalité médicales: les violences obstétricales. *Le Carnet PSY*; 220, 22-33.
- Organisation mondiale de la santé (2014)** La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins. www.who.int
- Organisation Mondiale de la Santé (2016)** Midwives' voices, Midwives' realities report. <https://apps.who.int>
- Orpin, J., Puthussery, S., Davidson, R. & Burden, B. (2018)** Women's experiences of disrespect and abuse in maternity care facilities in Benue State, Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 18 (213).
- Orpin, J., Puthussery, S. & Burden, B. (2019)** Healthcare providers' perspectives of disrespect and abuse in maternity care facilities in Nigeria: a qualitative study. *International Journal of Public Health*; 64, 1291-1299. doi:10.1007/s00038-019-01306-0
- Revello, S. (2019)** Violences obstétricales: trois romans de témoignent. *Le Temps*; 28 mai. www.letemps.ch
- Schroll, A. M., Kjaergaard, H., & Midtgaard, J. (2013)** Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women - a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 13(74). doi:10.1186/1471-2393-13-74
- The White Ribbon Alliance (2017)** Le respect dans les soins de maternité: les droits universels des femmes lors de la période périnatale. www.whiteribbonalliance.org



Clémentine Aubert, infirmière sage-femme, diplômée infirmière en 2018 à la Haute Ecole de Santé La Source et sage-femme en 2020 à la Haute Ecole de Santé Vaud. Travaille à la maternité des HUG. clementineaubert@outlook.com



Sophie Pirolet, infirmière sage-femme, diplômée infirmière en 2018 à la Haute Ecole de Santé La Source et sage-femme en 2020 à Haute Ecole de Santé Vaud. Travaille à la maternité de Morges. sophie.pirolet@gmail.com



Clémentine Wehrli, infirmière sage-femme, diplômée infirmière en 2018 à la Haute Ecole de Santé La Source et sage-femme en 2020 à la Haute Ecole de Santé Vaud. Travaille à la maternité de Morges. clementine.wehrli@gmail.com

en interprofessionnalité? Certains colloques devraient être consacrés à des situations où les besoins des femmes n'ont pas été considérés.

Pour une pratique en mouvement

Comme expliqué, l'application des protocoles stricts et standardisés peut favoriser les VO. Les retravailler en équipe pluridisciplinaire permettrait qu'ils soient élaborés à partir de plusieurs perspectives et qu'ils encouragent le respect de la physiologie et des besoins des femmes. Il serait judicieux d'y intégrer explicitement leurs préférences individuelles. Par ailleurs, les formations pourraient être reconsidérées en organisant des conférences sur les VO. Des inter-

venant-e-s issu-e-s de disciplines variées (sage-femme, obstétricien-ne, sociologue, juriste) et des femmes témoignant de leur vécu, animeraient ces formations. Des ateliers pratiques et simulations d'urgences permettraient également de réfléchir à ce qui fait la différence dans l'accompagnement des femmes, pour que les situations ne relèvent pas de VO.

Droits des parturientes

La *White Ribbon Alliance* (2017), organisation internationale visant à diminuer la mortalité maternelle et néonatale, a listé les droits des parturientes afin de lutter contre les mauvais traitements en périnatalité. Les afficher sous forme de posters dans les maternités, rendrait ces informations

accessibles, autant aux femmes qu'aux soignant-e-s, et constituerait une ressource sur laquelle s'appuyer pour faire valoir ces droits (Figure 2).

Une problématique qui reste à accepter

Les VO sont plus qu'une série d'événements décontextualisés se produisant entre un agresseur et une victime. Elles sont ancrées dans un ensemble de relations normatives, de classes, de sexe, de pouvoir, de modes de médicalisation (Chadwick, 2016 et 2017). D'après nous, la conceptualisation de la problématique comme étant plus que des actes isolés permettrait son acceptation par les soignant-e-s dans les maternités. La reconnaissance de l'existence des VO étant le premier pas pour les contrer. Il nous paraît difficile de lutter contre tous les mécanismes participant à leur émergence. Cependant, travailler sur cette problématique pousse à repenser les pratiques: Pour qui et pourquoi effectuons-nous chacun de nos gestes? De quoi avons-nous besoin comme soignant-e-s pour faire évoluer la situation? Autant de questions dont nous devrions nous saisir collectivement dans les lieux de soins et les organisations professionnelles. ◉

Aubert, C., Pirolet, S. & Wehrli, C. (2020) Violences obstétricales: état des lieux des connaissances et implications pour la pratique sage-femme. Travail de bachelor dirigé par Solène Gouilhers, Haute Ecole de Santé Vaud.

Les auteures tiennent à remercier Solène Gouilhers, Docteure en sociologie et directrice de leur Travail de bachelor, pour son accompagnement expert tout au long de ce travail, ainsi que pour son aide dans la rédaction de cet article.

Figure 2: Lutter contre le manque de respect et les mauvais traitements: les sept droits des femmes enceintes et des femmes qui donnent naissance

White Ribbon Alliance (2017)

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	Egalité, absence et 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



Die Geburt eines Babys bringt viele Veränderungen mit sich. Sich im neuen Alltag zurechtzufinden, ist für Mütter oft eine Herausforderung. Die neue **Swing Maxi™** Doppelmilchpumpe unterstützt sie nun noch besser dabei, ihre ganz persönliche Balance zu finden: mit kompaktem Format, schneller USB-Ladefunktion und allen bewährten Medela Technologien für besonders komfortables, effizientes – und leises! – Abpumpen.

NEU Swing Maxi™

Die neue Swing Maxi

Noch leiser, noch flexibler –
Wie gemacht für aktive Mütter



[medela.ch/newswingmaxi](https://www.medela.ch/newswingmaxi)

medela 