



IRASF

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



Préconisations provisoires
de L'Institut de Recherches et d'Actions
pour la Santé des Femmes (I.R.A.S.F)
Contre les violences obstétricales
et gynécologiques

Définitions des violences obstétricales et gynécologiques	2
Historique	4
Introduction	5
Les violences obstétricales	
Les violences gynécologiques	6
Pour résumer	7
Une médecine de haute qualité basée sur les dernières données de la science	8
Les auteur.e.s de violences obstétricales et gynécologiques	9
De la succession des luttes, règne la confusion	10
Les conséquences des violences obstétricales et gynécologiques	12
Les conséquences physiques	
Les conséquences psychiques	
Les conséquences sur le suivi gynécologique et obstétrical	
Les conséquences sur la vie professionnelle	
Les préconisations de l'I.R.A.S.F	15
Préconisations sur la prise en charge des femmes	16
I - Sur la prise en charge de la santé physique et mentale des femmes victimes	
1. La pose d'un diagnostic	
2. Sur la prise en charge de la santé mentale	
3. Sur l'accompagnement et le lien social	
4. Sur l'accompagnement juridique	
II - Prévention des violences obstétricales et gynécologiques	20
1. Préconisations pour les facultés de médecines et les écoles de sages-femmes et tout établissement de formation aux soins	
2. Le poids du risque médico-légal sur la décision thérapeutique	
a. L'exemple de la césarienne	
b. L'exemple de l'épisiotomie	
3. Préconisations sur la prévention auprès des femmes - refonte du programme de préparation à l'accouchement actuellement remboursé par la sécurité sociale	
4. Préconisations de prévention au sein des maternités et des établissements de soins	
5. Soutien aux associations qui font de la prévention des violences obstétricales et gynécologiques et de la prise en charge des femmes qui en sont victimes	
6. Sur l'utilité d'une loi spécifique aux violences obstétricales et gynécologiques	

Définitions des violences obstétricales et gynécologiques

Les violences obstétricales et gynécologiques sont constituées par un ensemble d'actes, de paroles et d'attitudes qui vont porter atteinte à l'intégrité physique et mentale d'une femme de façon plus ou moins sévère. Parallèlement à ces deux atteintes physique et mentale, une troisième dimension, légale cette fois, s'ajoute par l'absence de consentement libre et éclairé de l'usagère. Peuvent également rentrer dans la dimension légale les violences constituées par l'absence d'anesthésie efficace alors qu'elle est signalée par la femme à l'équipe soignante, la pratique de gestes médicaux d'utilité non avérée, d'actes à des fins d'apprentissage sans accord de l'usagère, de pratiques non conformes aux données actuelles de la science.

Les violences obstétricales sont tout exercice de gestes obstétricaux et gynécologiques sortant du cadre légal du respect du droit de la patiente et ne respectant pas le droit à la dignité. La violence obstétricale n'est pas le fait de médicaliser l'accouchement si cela est nécessaire mais la médicalisation peut devenir une violence obstétricale. La surmédicalisation de l'accouchement est de fait une violence obstétricale puisqu'elle correspond à l'utilisation de la médicalisation non pas dans l'intérêt de la gestante ou de la parturiente mais dans l'intérêt des équipes soignantes, pour organiser le service, palier aux risques médico-légaux, répondre aux croyances et peurs des professionnels en dehors du consentement, des demandes et des besoins de la femme. La violence obstétricale et gynécologique est aussi l'absence de médicalisation quand la femme en exprime le besoin et/ou l'envie. Les conditions dans lesquelles les actes médicaux vont être posés, vont permettre aux femmes, de les requalifier en violences obstétricales et/ou gynécologiques. La présence d'un ou plusieurs de ces critères constituent les éléments fondamentaux des violences obstétricales et gynécologiques.

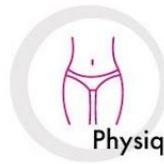
Cela se produit pendant le suivi gynécologique, la grossesse, l'accouchement, le post-partum, le soin lié à la ménopause et lors de toute consultation médicale liée à la sphère génitale. Ces violences sont perpétrées par des équipes soignantes de tous corps de métiers et de sexes confondus.

Basma Boubakri & July Bouhalier



LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES ET GYNÉCOLOGIQUES : DÉFINITION

Les violences obstétricales et gynécologiques touchent à **3 dimensions**



Physique



Verbale



Légale

Les conditions dans lesquelles les actes médicaux vont être posés, vont permettre aux femmes de les requalifier en violences obstétricales et/ou gynécologiques. Elles sont constituées de **l'absence...**

- ⊘ De consentement libre et éclairé
- ⊘ D'exercice des gestes obstétricaux dans un cadre légal*
- ⊘ D'humanité et de dignité
- ⊘ De l'absence de choix et de diversité dans l'offre de soin
- ⊘ Du respect des droits de la patiente
- ⊘ D'anesthésie efficace
- ⊘ De pratiques conformes aux données scientifiques
- ⊘ De consentement des actes à des fins d'apprentissage
- ⊘ D'utilité médicale avérée

*Charte de la personne hospitalisée, Code de Santé Publique, Code de Déontologie, recommandations nationales et internationales

La présence d'un ou plusieurs de ces critères constitue les éléments fondamentaux des violences obstétricales et gynécologiques



Cet ensemble d'actes, de **paroles** et d'**attitudes** va porter atteinte à l'**intégrité mentale** et **physique** d'une femme de façon plus ou moins **sévère**

+ ++ +++

Cela se produit pendant...



le suivi gynécologique



la grossesse



l'accouchement



le post-partum

Ces violences sont perpétrées par des équipes de soignants qui vont agir ensemble et/ou individuellement

Gynécologues
obstétriciens Puéricultrices
Sages-femmes Anesthésistes
Infirmier.e.s Aides-soignant.e.s
Agents administratifs Agents de service
Auxiliaires de puériculture



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

© Textes : Basma Boubakri pour l'IRASF - Réalisation : Caroline H - Pictogrammes : freepik

Historique

Le collectif Stop à l'Impunité des Violences Obstétricales (SIVO), est un regroupement de femmes victimes et de proches de violences obstétricales et gynécologiques. Ne trouvant nulle part écho à leurs problèmes relevant du tabou, elles décident de se réunir sur une plateforme de paroles et de témoignages en janvier 2015 : le SIVO est né. Ce collectif, très actif sur facebook, compte désormais 3454 membres et accepte pas moins de 4 à 5 nouveaux membres par jour.

En Mars 2017, ce collectif va évoluer et se formaliser en association qui sera nommée l'Institut de Recherches et d'Actions pour la Santé des Femmes (I.R.A.S.F), et qui porte en son sein l'observatoire des violences obstétricales et gynécologiques et le collectif des femmes.

Notre action au sein du Collectif SIVO et de l'I.R.A.S.F, est un appel au dialogue, **à la recherche et à la défense des droits relatifs à cette question importante de santé publique et de droits de la personne.**

Pour apporter un éclairage aux missions de l'Institut de Recherches et d'Actions pour la Santé des Femmes, voici un bref rappel de notre objet social :

« L'association IRASF a pour buts généraux de lutter contre les violences obstétricales et gynécologiques au sein du système français et international, d'en étudier les origines et les conséquences sur la globalité de la vie des femmes, de produire des données sur le phénomène au sein de l'équipe de l'Observatoire en synergie avec le Collectif des femmes, représentant une force de réflexion et de proposition au sein des instances sanitaires, sociales et politiques.

Pour cela il est envisagé des actions de rassemblement, d'information, de sensibilisation, de prévention, de communication, de manifestation à destination de l'ensemble des acteurs.

Nous souhaitons apporter : soutien, écoute, informations et orientations en matière de santé physique et mentale et en matière d'informations juridiques et sociales par des moyens techniques et humains auprès des femmes ou des personnes. »

Introduction

Les violences obstétricales et gynécologiques sont, au regard des nombreuses lectures de témoignages reçus par le Collectif S.I.V.O : 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.

Dans ces accompagnements obstétricaux et gynécologiques nous trouverons des femmes ayant eu :

- Des interruptions volontaires de grossesse (IVG),
- Des interruptions médicales de grossesse (IMG),
- Des parcours de procréations médicalement assistées (PMA),
- Des grossesses désirées,
- Des grossesses non désirées menées à leur terme,
- Des fausses couches,
- Des dénis de grossesse,
- Des suivis gynécologiques,

Les violences obstétricales

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

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

La violence obstétricale est **aussi l'absence de médicalisation** quand les femmes en expriment le besoin et/ou l'envie, pour exemple :

- Refuser de procéder à une anesthésie pour une réfection d'épisiotomie car cela convient mieux à le/la soignant.e est une violence obstétricale.
- Ne pas permettre la mise en place d'une péridurale, car le/la soignant.e estime que ce n'est pas le bon moment, est une violence obstétricale.
- Procéder à des actes douloureux et/ou invasifs et à fort impact psychologique et émotionnel, tels que la césarienne, l'extraction instrumentale, la révision utérine, sans s'assurer de la présence d'une anesthésie efficace, et/ou sans prendre en compte la parole de la parturiente qui exprime verbalement et physiquement sa souffrance est une violence obstétricale. Cela peut être considéré comme un acte de torture si le/la soignant.e sait que l'acte en question est douloureux voire insoutenable sans anesthésie.
- Un acte pratiqué à des fins d'apprentissage sans le consentement de la femme est une violence obstétricale, qu'il soit d'utilité médicale avérée ou pas.
- **Procéder à des pratiques proscrites par les recommandations**, telle que l'expression abdominale est une violence obstétricale.

Les violences gynécologiques

Les violences gynécologiques se **produisent tout au long de la vie des femmes**. Les femmes et/ou très jeunes femmes et/ou très jeunes patientes, vont se voir imposer des frottis, et/ou des touchers vaginaux, et/ou des traitements et des commentaires inutiles et hors des recommandations. Elles ne seront pas accompagnées dans le choix éclairé d'une contraception, mais se verront en imposer une selon l'avis du praticien dans la grande majorité des cas observés. Leurs besoins et la connaissance de leur propre corps seront niés, jusqu'au refus de poser des contraceptifs de longue durée comme les dispositifs intra-utérins aux primipares ou aux nullipares.

Les violences gynécologiques peuvent également être des examens cliniques invasifs et non consentis, et/ou qui sont faits en dehors de toute explication sur leur utilité. En gynécologie, des femmes rapportent avoir subi le retrait de dispositifs contraceptifs sous cutanés sans anesthésie.

A cela vont s'ajouter, comme en obstétrique, des comportements et attitudes personnelles et professionnelles inadaptées de la part des soignant.e.s, qui vont se traduire par :

- Des agressions physiques
- Des agressions verbales

- Des jugements et commentaires personnels
- Des humiliations graves
- Le manque de confidentialité
- Des violations flagrantes de l'intimité

A titre d'exemple, l'émission baby-boom de TF1¹ septembre 2017 montre in situ ces comportements inadmissibles que les parturientes vivent et dénoncent.

Pour résumer, les violences obstétricales et gynécologiques sont :

- Des agressions physiques
- Des agressions verbales
- Des humiliations graves
- Des procédures médicales imposées de manière coercitive et/ou effectuées sans l'obtention d'un consentement, ce qui s'oppose à la loi
- L'absence de recueil d'un consentement pleinement éclairé
- Des modifications du processus physiologique de l'accouchement sans justification médicale
- Des actes médicaux non nécessaires ou non justifiés médicalement
- Le manque de confidentialité
- Le refus d'administrer des médicaments contre la douleur
- Des violations flagrantes de l'intimité
- Des négligences entraînant des complications évitables et qui constituent une menace vitale.

Tous ces actes sont accomplis par un personnel qui a connaissance du statut légal de la personne enceinte que l'on peut résumer en la qualité de « personne vulnérable ». Cette vulnérabilité est renforcée par l'immobilité de la parturiente, sa souffrance physique et psychique, ses peurs.

Nous avons observé les cas de femmes qui ont essayé de s'opposer aux équipes et de se soustraire aux gestes douloureux et invasifs que peuvent être la révision utérine, la césarienne, l'extraction instrumentale, pratiqués en dehors d'une urgence vitale. Ces femmes rapportent alors avoir été maintenues physiquement par deux ou trois soignante.s voire plus, afin que le praticien puisse continuer son geste. D'autres ont été attachées soit en croix pour la césarienne, soit les jambes fixées aux étriers pour un accouchement par voie basse. Ce maintien contre la volonté des femmes et les souffrances physiques et psychiques exprimées, entrent dans la définition de la torture : *« De nombreuses informations font état d'un vaste ensemble d'abus commis contre des patients et autres personnes placées sous supervision médicale. En cessant des soins ou en administrant des traitements, des prestataires de soins de santé infligeraient,*

¹ <https://naturellemaman.com/voici-pourquoi-vous-ne-devriez-pas-regarder-baby-boom/>

*intentionnellement ou par négligence, des douleurs ou une souffrance aiguë, sans raison médicale légitime. Or, des actes médicaux qui entraînent des souffrances aiguës sans motif justifiable peuvent être considérés comme des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et, s'il y a implication de l'État et intention précise, comme des actes de torture.*²

L'Institut compte réaliser un état des lieux de la fréquence des procédures médicales sans anesthésie au sein des services obstétricaux et gynécologiques.³ L'argument de l'urgence vitale est systématiquement utilisé pour justifier que les femmes subissent ces actes sans anesthésie. Pourtant, il semble que les procédures médicales dans un service d'urgence des accidentés de la route sont réalisées avec tous les moyens analgésiques requis. A titre de comparaison, combien d'autres cas d'urgence vitale, ne concernant pas l'obstétrique, justifient une procédure à vif ? A notre connaissance, un patient souffrant d'une péritonite n'est pas opéré à vif.

Enfin, en termes d'urgence vitale, l'indication médico-légale n'est pas la péridurale mais l'anesthésie générale, d'où notre interrogation quant aux réponses de justification des soignants face aux péridurales déclarées inefficaces par la femme au moment de l'accouchement.⁴

Une médecine de haute qualité basée sur les dernières données de la science

Malgré les avancées dans le domaine médical et social, les femmes sont encore soumises à des pratiques inacceptables telles que :

- La privation de boisson et de nourriture durant le travail
- L'impossibilité d'être accompagnée et soutenue par la/les personnes de son choix.
- L'absence de mobilité requise pour accoucher
- Le déclenchement d'accouchement sans justification médicale
- L'absence de confidentialité
- L'absence de préservation de l'intimité
- L'absence de choix éclairé
- L'absence d'information sur leurs droits
- Le flou, ou l'absence délibérée d'information sur les mécanismes de recours en cas de violations de ces droits

² <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=5140605f2> - p9

³ La césarienne à vif : parlons-en ! The Living Caesarean: Let's Talk about It! D. Benhamou · F. Mercier

⁴ <http://www.mapar.org/article/pdf/170/Reste-t-il%20des%20contre-indications%20%C3%A0%20la%20p%C3%A9ridurale%20en%20obst%C3%A9trique%20?.pdf>

Les auteur.e.s de violences obstétricales et gynécologiques

Les violences obstétricales et gynécologiques sont exercées principalement par les soignant.e.s de tout corps de métiers. Elles ne sont pas le seul fait des gynécologues obstétricien.ne.s, comme cela est actuellement véhiculé. Les témoignages récoltés sur le Collectif SIVO nous ont permis de mettre en lumière une réalité sur l'identité des auteure.s. En effet, nous avons constaté que ces violences sont perpétrées par des équipes soignantes entières faisant corps, se protégeant par esprit corporatiste, et qui peuvent être composées de : gynécologues-obstétricien.ne.s, sages-femmes, anesthésistes infirmiers/ières anesthésistes, puériculteurs.trices, auxiliaires de puériculture, aides-soignant.e.s, agents de service, agents administratifs.

Ceci ne peut plus être accepté du simple fait que cela contrevient à la loi et s'exerce sur des personnes en état de vulnérabilité (la grossesse et la parturition entrant dans cette définition).

Nous ferons remarquer qu'en France en 2016, 87,4 % des accouchements par voie basse non instrumentale sont pris en charge par le corps de métier des sages-femmes.⁵

Pour autant, nous regrettons fortement que cette représentation des gynécologues obstétriciens soit renforcée par la mise en scène médiatique d'une "victimisation" par certains, comme par divers mouvements de soignant.e.s. Ils feignent d'ignorer que les femmes critiquent et dénoncent dans un premier temps des pratiques et des comportements, et en second lieu une discipline qui regroupe une pluridisciplinarité comme nous l'avons expliqué plus haut. Il nous semble important de signaler que ces tentatives de diversion et de non-respect de la parole des femmes, est d'une part inacceptable et d'autre part, dessert les intérêts communs des soignant.e.s et des usagères, pour aller vers une amélioration réelle de la qualité des soins.

Dans un communiqué de presse du 19 septembre 2017 Action Praticiens Hôpital⁶ qualifié la dénonciation des violences obstétricales comme "*une campagne insultante*" à leur égard, ils ajoutent plus loin leur besoin "*d'une position claire de la ministre pour rassurer les soignants moment où l'irrationnel peut provoquer de graves troubles sanitaires.*" L'utilisation de propos inconsidérés et accusateurs, à l'égard des femmes victimes de violences obstétricales et gynécologiques, dans les termes de "*l'irrationnel*" et de "*graves troubles sanitaires*", illustrent assez clairement l'impossibilité pour les femmes aujourd'hui en France, d'accéder à des soins de haute qualité et une écoute attentive et constructive auprès du personnel médical. Enfin, il est utile de rappeler que le grave trouble sanitaire est déjà présent au sein des maternités françaises ainsi que dans le secteur libéral. Ce que tentent de dénoncer les usagères depuis plusieurs années.

⁵ http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_synthese_rapport.pdf

⁶ http://www.avenir-hospitalier.fr/images/CP_APH_19-09-17.pdf

De la succession des luttes, règne la confusion

L'Institut s'est aussi donné pour mission de rompre la confusion qui règne entre la lutte pour l'accouchement à domicile, que nous identifions à l'Institut comme un mouvement **d'usagères** et de lutte pour une diversité de l'offre de soin. Cette lutte pour obtenir une diversité, doit être assorti d'une moindre utilisation de la médicalisation afin de favoriser l'accouchement physiologique ou dit « naturel », qui peut se dérouler aussi en structure hospitalière. L'Institut met ainsi en exergue le mouvement de protestation contre les violences obstétricales et gynécologiques, qui est un mouvement de **femmes victimes de violences**. Il n'est en aucun cas, question dans la lutte contre les violences obstétricales et gynécologiques, de désigner la médicalisation comme synonyme d'actes de violence.

Ces deux statuts bien distincts « **d'usagères** » et de « **femmes victimes** », devraient interpeller l'ensemble des acteurs et éviter ainsi le trouble. Pourtant, nous assistons à un véritable brouillage des pistes.

A titre d'exemple, nous pouvions voir, dans le 20 Minutes Santé du 11 octobre 2017, une mise en tension entre deux informations bien distinctes : *“De nombreuses patientes et des ouvrages **dénoncent des violences imposées pendant les accouchements par les soignants**”* et plus loin : *« Les chiffres nationaux de l'enquête périnatale 2016 montrent **une autre réalité de l'accouchement en France, avec une baisse du nombre d'interventions.** »*

Ces deux éléments mis côte à côte viennent renforcer cette confusion. Bien que la médicalisation soit l'un des supports d'exercice des violences obstétricales et gynécologiques, la réduire à une simple fonction de violence serait absolument dangereux. Car cela reviendrait à dire, que les femmes qui ont recours à la médicalisation, soit par choix personnel, soit du fait de besoins liés à leur santé, vivent immanquablement des violences obstétricales. Ne voir la médicalisation, que par ce prisme, ou inversement, ne voir les violences obstétricales que comme le résultat d'actes médicaux, nous mènerait sans aucun doute à une impasse.

Au sein du Collectif SIVO, nous avons pu lire des témoignages de femmes qui, suite à des violences obstétricales, ont abandonné l'idée d'accoucher par voie basse. Pour ne pas s'exposer de nouveau à des violences, elles ont opté pour une césarienne lors leur prochain accouchement. Elles rapportent, avoir choisi avec soin leur gynécologue obstétricien, et avoir ainsi pu accéder, à des soins de haute qualité tant sur le plan purement médical, que dans la relation médecin/patiente. Il s'agit ici, de mettre en lumière cette confusion entre médicalisation, violence obstétricale et l'accouchement à domicile, comme étant la solution ultime, pour ne pas s'exposer à de potentielles violences.

Au cours de ces trois années, nous avons eu un témoignage relatant une épisiotomie lors d'un accouchement à domicile. Et une expression abdominale suivie d'une épisiotomie, encore une fois, lors d'un accouchement à domicile. Le nombre d'accouchement à domicile qui est de moins de 1 %⁷, rapporté au nombre de témoignages sur les violences obstétricales lors des accouchements à domicile. Nous permet de penser, que l'accouchement à domicile, n'est pas la solution pour apporter une garantie fiable contre les violences obstétricales.

Nous souhaitons préciser, que du fait des radiations massives de sages-femmes par leur ordre, ce qui réduit considérablement la possibilité pour les femmes d'accéder à une diversité de l'offre de soin. Engendre, une totale omerta autour des conditions d'accouchement à domicile. Pour exemple, un des témoins a refusé de donner publiquement son témoignage, y compris en gardant l'anonymat, par peur de ternir l'image de l'accouchement à domicile.

Au sein de l'Institut nous militons et soutenons une diversité de l'offre de soin, car cela sert le choix des femmes à disposer de leur corps. Pour autant, nous ne pensons pas bénéfique, d'imposer un nouveau paradigme de l'accouchement "tout naturel", car cela, ne servira pas, l'ensemble de la diversité des besoins et des choix des femmes.

Enfin, les interventions dont les données actuelles de la science prescrivent un usage restrictif, comme pour l'épisiotomie et/ou l'abandon comme pour l'expression abdominale, sont qualifiées par l'Institut de violences obstétricales.

Au-delà, nous tenons à rappeler que l'élément qui doit primer dans la décision thérapeutique, reste avant tout, la décision de la parturiente. Comme l'a recommandé en juin 2016 le Comité d'éthique du Collège américain des obstétriciens et gynécologues : *"La grossesse ne constitue pas une exception au principe selon lequel un patient capable de prendre des décisions a le droit de refuser un traitement, voire un traitement nécessaire pour maintenir la vie. Par conséquent, la décision d'une femme enceinte décidée à refuser les interventions médicales ou chirurgicales recommandées doit être respectée."*⁸ plus loin il ajoute *"L'utilisation de la coercition est non seulement interdite sur le plan éthique mais aussi médicalement déconseillée en raison des réalités de l'incertitude pronostique et des limites des connaissances médicales."*⁹ Enfin, il ajoute : *"Il n'est pas éthiquement défendable d'évoquer la conscience comme une justification pour tenter de forcer une patiente à accepter des soins qu'elle ne désire pas."*¹⁰

⁷http://www.lepoint.fr/societe/accouchement-a-domicile-une-sage-femme-se-defend-d-avoir-pris-des-risques-30-06-2017-2139598_23.php

⁸<https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Ethics/Refusal-of-Medically-Recommended-Treatment-During-Pregnancy>

⁹<https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Ethics/Refusal-of-Medically-Recommended-Treatment-During-Pregnancy>

¹⁰<https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Ethics/Refusal-of-Medically-Recommended-Treatment-During-Pregnancy>

Les conséquences des violences obstétricales et gynécologiques

Les violences obstétricales et gynécologiques, vont inmanquablement se répercuter sur la santé physique et/ou mentale des femmes et de leur bébé, mais aussi sur leur vie familiale, sociale et professionnelle.

Nous avons choisi de décrire quatre conséquences des violences obstétricales et gynécologiques. Celles-ci sont: les conséquences sur la santé physique, mentale, le suivi gynécologique et obstétrical et enfin sur la vie professionnelle. Car nous considérons que ces quatre éléments représentent, un caractère prioritaire et alarmant dans le maintien de bonnes conditions de vie dans la vie des femmes. De plus ces éléments sont transversaux aux autres conséquences telles que : les relations sociales, le couple, le lien mère/enfant, la vie sexuelle...

En effet, notre constat est qu'à l'heure actuelle dans le contexte français, il existe de grandes difficultés à faire entendre les voix des femmes. Nous devons envisager une prise en charge rapide et coordonnée des victimes, tout en construisant en parallèle des moyens de préventions.

Les conséquences physiques

Les femmes vont souffrir de séquelles plus ou moins invalidantes qui auront des répercussions à court, moyen et long terme sur la qualité de leur vie, comme celle de leur bébé, et de leur famille proche. Pour beaucoup de femmes qui témoignent, la réalité de ces séquelles physiques est ignorée voire niée par le corps médical. Les prises en charge de ces séquelles sont donc majoritairement mal faites ou inexistantes. Il faudra beaucoup de ténacité et plusieurs visites chez divers praticiens pour qu'un diagnostic soit posé et qu'elles puissent bénéficier de soins adaptés, qui malheureusement interviennent souvent sur le tard. Nous observons aussi des femmes qui adoptent une conduite d'évitement jusqu'à la prochaine grossesse.

Les conséquences psychiques

Pour beaucoup d'entre elles, va se manifester un syndrome de stress post traumatique plus ou moins sévère. Cela est souvent lié à des procédures, des pratiques et des actes chirurgicaux extrêmement douloureux, et effectués avec une anesthésie imparfaite voire absente, c'est-à-dire à vif, et/ou sans le consentement des femmes, parfois même malgré leur demande que l'acte soit arrêté. Ce syndrome n'est pas la conséquence de gestes "mal vécus" mais de gestes violents sur le corps, inutilement rendus douloureux, et qui ne correspondent pas aux préconisations actuelles de la science.

D'autres gestes ou habitudes médicales pourtant généralisés, gestes non nécessaires au bon déroulement du processus de l'accouchement, peuvent créer des troubles psychiques chez les femmes : retrait du nouveau-né à la mère immédiatement après la naissance alors que l'enfant n'est pas en urgence vitale, position gynécologique (alors que la péridurale ambulatoire¹¹ existe lorsqu'une péridurale est demandée)- imposant l'immobilité, et générant vulnérabilité, irrespect de la pudeur, et impuissance - répétition de touchers vaginaux dont les effets négatifs sur la femme sont maintenant bien documentés scientifiquement, attachement en croix des bras de la parturiente lors de la césarienne, et qui ne seront pas détachés lors de la présentation du nouveau-né à sa mère avant qu'il ne soit emporté... Il s'agit ici de gestes banalisés, acceptés, réitérés dans l'indifférence générale alors que leur simple énumération évoque une situation de totale soumission et de grande impuissance des femmes qui s'oppose à toute logique.

L'accouchement est un processus naturel représentant socialement et individuellement un rite de passage, comment en est-on arrivé là ? C'est ce que l'Institut se propose de rechercher afin de changer ces pratiques qui violentent les femmes au moment où elles accèdent à la maternité.

En France, jusqu'à récemment, l'absence d'études sur le sujet des violences obstétricales et gynécologiques, rendait cette forme de violence invisible. Les femmes qui en sont victimes sont encore mal entendues ou même pas entendues du tout par leur environnement médical, familial et social. Elles peuvent, dans certains cas, souffrir de graves troubles psychiques, notamment du syndrome de stress post-traumatique et/ou de séquelles physiques plus ou moins invalidantes comme explicités plus haut qui vont réellement réduire leur qualité de vie et nuire de façon non négligeable à la relation mère/enfant, jusqu'à se répercuter inmanquablement sur tous les aspects de leur vie. L'absence de prise en charge rapide de ces femmes va engendrer dans un très grand nombre de cas des dépressions profondes qui s'inscriront dans le temps.

Les conséquences sur le suivi gynécologique et obstétrical

Certaines femmes abandonnent tout projet d'avoir un suivi médical gynécologique et/ou obstétrical. Cela peut entraîner, dans certains cas, des grossesses et des accouchements non assistés médicalement.

Le petit nombre de sages-femmes exerçant les accouchements à domicile, voire leur inexistence sur certains territoires, ainsi que les difficultés à faire reconnaître et développer les maisons de naissance, ne permettent pas à ces femmes de bénéficier d'alternatives dans l'offre de soin, qui pourraient répondre à leurs besoins spécifiques.

¹¹ *"elle est offerte dans 9 % des établissements, sans évolution depuis 2010"* - p177
http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

Elles sont alors contraintes par l'absence de choix de prise en charge de l'accouchement, par la peur ou par la volonté de ne pas être de nouveau maltraitées, de donner naissance à leur bébé seule, du fait des conséquences traumatiques des violences obstétricales et gynécologiques et de la perte de confiance dans les équipes médicales.

Certaines femmes abandonnent l'idée d'avoir d'autres enfants.

Dans les deux cas, aucune prise en charge n'est pour l'instant sécurisante et suffisamment garante de bons soins pour permettre à ces familles d'envisager une seconde naissance sereinement ou d'accepter le retour sur une plateforme d'hôpital.

Pour d'autres, la seule alternative reste la césarienne programmée, pour ne pas avoir à s'exposer de nouveau à de potentielles violences obstétricales.

Les conséquences sur la vie professionnelle

Pour beaucoup de ces femmes, obtenir des arrêts de travail post-natal pathologique au-delà du congé maternité, semble rare¹². En effet, l'ignorance par les soignant.e.s des conséquences des violences obstétricales sur le quotidien des femmes va entraîner **une errance** pour le suivi médical et gêner/rendre difficile la reprise du travail dans de bonnes conditions. Cela peut se traduire par des reprises de travail prématurées suivi d'abandon voire de démission. Cette errance peut se répercuter sur les revenus de la femme et engendrer une baisse significative des ressources, entraînant une précarité financière et une dévalorisation des soins, renforcée par la dépression.

L'ensemble des conséquences énumérées plus haut vont participer à isoler socialement les femmes qui se sentent incomprises et ont des difficultés à s'inscrire dans **une maternité positive**. Les conséquences directes sur la relation et le lien mère-enfant ainsi que sur l'enfant sont très négatives.

Cela entraîne un mutisme et une recherche d'alternatives aux futures prises en charges de leur santé, en dehors des dispositifs de droit commun. Ces alternatives s'avèrent coûteuses, inadaptées voire dangereuses, notamment dans la prise en charge des séquelles psychologiques par des thérapeutes pas ou peu diplômés et dans la majorité des cas, et non formés à la traumatologie psychiatrique et plus précisément sur le syndrome de stress post traumatique.

Tout ceci nous apporte un éclairage sur les violences obstétricales et gynécologiques. Cependant, nous voulons signaler que certaines femmes sont encore plus susceptibles que d'autres d'être victimes de manque de respect ou de mauvais traitements, et c'est le cas notamment des adolescentes, des mères célibataires, des femmes défavorisées sur le plan socio-économique, des femmes maltraitées par leur conjoint, des femmes souffrant d'un handicap, des femmes issues de minorités ethniques, des femmes homosexuelles, des personnes transgenres, des immigrantes et des femmes séropositives.

¹² "9 % de ces congés ont été pris seulement après la naissance" - p2
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er531.pdf>

Les préconisations de l'I.R.A.S.F

Au sein de l'I.R.A.S.F nous avons construit un questionnaire d'enquête sur les violences obstétricales pour les maternités.

Ce questionnaire a été élaboré par :

- **Basma Boubakri** Éducatrice spécialisée/étudiante en ingénierie sociale Présidente de l'I.R.A.S.F
- **July Bouhallier** membre de l'observatoire des violences obstétricales et gynécologiques de l'I.R.A.S.F Docteure en Paléontologie Spécialiste de l'accouchement et de la naissance dans l'évolution humaine et Anthropologue.
- **Mounia El Kotni** membre de l'observatoire des violences obstétricales et gynécologiques de l'I.R.A.S.F est chercheuse en anthropologie de la santé, spécialisée dans les rapports sociaux de genre. Elle a effectué son travail de thèse au Mexique, qui évalue l'impact des politiques de santé maternelle sur l'accès aux soins des femmes pauvres et/ou racisées.
- **Véronica Graham** Doctorante en évaluation dans la santé publique.

Ce questionnaire permet de mener, auprès des femmes, une étude sur les violences obstétricales et gynécologiques qu'elles ont subies et sont amenées à décrire.

Prenant en considération la particularité de chaque maternité, de son territoire, de la politique qui y est menée, de son histoire, et de ses moyens propres, nous espérons produire grâce à ces enquêtes une analyse en matière de violences obstétricales et gynécologiques qui sera au plus près de la réalité de chaque maternité.

Pour l'IRASF, la mesure des violences obstétricales et gynécologiques n'est pas une mesure de la médicalisation en elle-même (de son absence jusqu'à la surmédicalisation), mais de l'utilisation de celle-ci en dehors des choix, des besoins, et des accords et demandes des femmes.

Ce projet débutera en novembre 2017.

Ces préconisations sont aussi le fruit d'un sondage mené auprès des femmes et personnes membres du collectif S.I.V.O et nous les remercions de leur participation.

Préconisations sur la prise en charge des femmes

L'expertise que nous avons développée au contact des femmes nous permet aujourd'hui d'envisager l'élaboration de préconisations selon trois axes :

- La prise en charge des femmes victimes
- La prévention au sein des centres de formations
- Des axes spécifiques et transversaux permettant de développer un travail de prévention et d'amélioration de la qualité des soins qui aura pour **but ultime de mettre les femmes au centre des processus décisionnaires et de développement dans le domaine de la santé des femmes.**

Cette base de travail sera bien entendue corrélée avec les résultats du rapport du Haut Conseil à l'Égalité Hommes Femmes commandé par Madame La Secrétaire d'Etat Marlène Schiappa.

I - Sur la prise en charge de la santé physique et mentale des femmes victimes

1 - La pose d'un diagnostic

La difficulté pour les femmes de faire constater des séquelles physiques dues à des accouchements avec violences obstétricales est un réel parcours du combattant. Du fait, dans un premier temps, de l'ignorance des soignant.e.s à prendre au sérieux les souffrances physiques qui sont exprimées. A cela s'ajoute un refus de la plupart d'entre eux d'accepter les faits rapportés par les femmes. Nous constatons que ces refus sont dus à une pression des corporations respectives auxquelles les soignant.e.s appartiennent. Ce conflit d'intérêt flagrant entraîne de l'**errance médicale** et des soins qui arrivent bien souvent sur le tard.

Nous ajoutons qu'il est **légitime pour toute personne victime de violences et/ou d'agressions physiques de bénéficier de constat en médecine légale** et, qu'à ce titre, les femmes victimes de violences obstétricales et gynécologiques devraient aussi avoir le droit d'en bénéficier.

Mobiliser la médecine légale sur le type des violences obstétricales et gynécologiques permettrait aux femmes de se dégager de ce conflit d'intérêt et mettrait un terme à l'**errance médicale.**

Cela permettrait aux femmes d'accéder à des soins dans des délais assez brefs, mais aussi de commencer à constituer un dossier juridique si elle décidait de façon individuelle dans son parcours d'obtenir réparation auprès des instances juridiques concernées.

Quelques exemples pour plus d'éclairage :

- L'expression abdominale qui laisse des traces visibles sur l'abdomen des femmes tels que bleus et hématomes, et cela durant plusieurs semaines. Malheureusement, les lésions internes restent invisibles et nous ne pouvons rapporter ici que des souffrances physiques aiguës ressenties par les femmes.
- Les réfections d'épisiotomies, de lésions vaginales et de déchirures avec des réfections en dehors du respect de l'anatomie de la femme.
- Des extractions instrumentales qui vont laisser des œdèmes vulvaires, des prolapsus utérins, des béances vaginales, des rétroversions utérines plus ou moins soignées.

Cette liste est non exhaustive mais elle regroupe des cas assez banalisés d'errance médicale.

➡ **Il est essentiel de mettre à la disposition des femmes des instances de médecine légale qui pourront qualifier et attester rapidement des séquelles physiques et psychiques.**

➡ **Il est tout aussi important que les soins soient pris en charges à 100% jusqu'aux 24 mois de l'enfant.**

2 - Sur la prise en charge de la santé mentale

L'absence de connaissance des conséquences psychiques des violences obstétricales et gynécologiques en France entraîne, dans la quasi-totalité des cas, un défaut de prise en charge médicale adaptée. Les travaux du Docteur Murielle Salmona en traumatologie nous apporte toutefois un éclairage sur les conséquences dans la vie des femmes.

➡ **Nous demandons que les frais liés à la consultation auprès des psychologues et des psychiatres soient pris en charge à 100% jusqu'aux 24 mois de l'enfant. Même si les femmes sont en dehors de la période des post-accouchements pathologiques.**

➔ **Dans les deux cas, nous demandons un allongement de la durée du congé postnatal pathologique de 4 semaines¹³ à 24 mois.**

3 - Sur l'accompagnement et le lien social

Les conséquences des violences obstétricales et gynécologiques **séviennent dans le quotidien** des femmes et se traduisent par des séquelles physiques et mentales qui accroissent leur vulnérabilité et réduisent leur autonomie dans les actes de la vie quotidienne. L'éloignement familial existant dans beaucoup de cas et l'isolement social généré par l'incompréhension de l'entourage vis à vis de l'état des femmes qui ont subi ces violences augmentent et font perdurer cette situation.

➔ **Nous pensons essentiel de permettre à ces femmes de bénéficier d'aides à domicile et de travailleuses de l'intervention sociale et familiale via les dispositifs de la Caisse d'Allocation Familiale sans condition de ressources ni de situation matrimoniale.**

En effet, une fois le congé paternité passé, nous constatons que les femmes se retrouvent seules à gérer les tâches du quotidien et leur maternité. Souvent, ces femmes ont un ou plusieurs enfants en bas-âge, ce qui rend encore plus difficile pour beaucoup d'entre elles la possibilité de dégager du temps pour entamer un processus de reconstruction.

Nous attirons votre attention sur l'inexistence des prises en charge de la santé physique et mentale qui sont alarmantes. Le taux de suicide est 70 fois plus élevé dans l'année qui suit l'accouchement que dans tout autre période de la vie des femmes (Appleby L. et al. 1998).

4 - Sur l'accompagnement juridique

L'absence de législation sur les violences obstétricales et gynécologiques et la non reconnaissance du phénomène par les avocats et les magistrats, empêchent toute possibilité pour les femmes qui le souhaiteraient d'obtenir réparation par le droit. Les

¹³ **Article L1225-21** *Lorsqu'un état pathologique est attesté par un certificat médical comme résultant de la grossesse ou de l'accouchement, le congé de maternité est augmenté de la durée de cet état pathologique dans la limite de deux semaines avant la date présumée de l'accouchement et de quatre semaines après la date de celui-ci.* <https://www.legifrance.gouv.fr>

plaintes auprès des instances concernées sont, dans les cas que nous avons observés, classées sans suite.

Il nous semble important que l'Etat puisse légiférer sur la question spécifique des violences obstétricales et gynécologiques. Pour autant, des textes de lois, notamment la loi Kouchner, nous paraissent être des entrées non négligeables en la matière. Cependant, les femmes sont confrontées encore une fois à des difficultés d'informations, de conseils et de moyens financiers.

➔ Nous demandons que l'aide juridictionnelle soit accordée aux femmes victimes de violences obstétricales et gynécologiques sans condition de ressources.

➔ Nous demandons l'attribution d'une enveloppe spéciale pour aider au cofinancement des actions juridiques entreprises par les femmes victimes.

Nous souhaitons, au sein de l'Institut apporter un soutien et une aide financière sur les aspects juridiques. Nous envisageons ce soutien et cette aide aux démarches juridiques, sur une dimension, de co-financement entre la femme, une ou plusieurs associations de défense des femmes victimes de violences et les assurances juridiques quand elles ont été contractées.

En effet, les inégalités de moyens entre le corps médical, les institutions sanitaires et les femmes, rendent assez difficile tout recours en matière de droit.

Les chambres disciplinaires des ordres sont composées exclusivement de professionnel de la santé, cet aspect engendre une impartialité dans le traitement des plaintes. Ce qui constitue une violation manifeste de l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme¹⁴ « Droit à un procès équitable » que la France en tant d'Etat membre se doit d'appliquer. Il est donc impératif de modifier (par ordonnance par exemple) le fonctionnement des chambres disciplinaire pour qu'elles soient composées de façon paritaire et à part égale de représentants de médecin et de représentants d'usager (mais aussi de femmes et d'hommes...). Ce point est essentiel, car ce dysfonctionnement des chambres disciplinaires empêche l'application de la loi Kouchner et favorise les violences obstétricales et gynécologiques. Ce problème peut être corrigé très rapidement via le Conseil Constitutionnel avec une QPC (question prioritaire de constitutionnalité).

¹⁴ http://echr.coe.int/Documents/Guide_Art_6_criminal_FRA.pdf

➔ Il est donc impératif de modifier le fonctionnement des chambres disciplinaire pour qu'elles soient composées de façon paritaire et à part égale de représentants de médecin et de représentants d'utilisateur.

II - La prévention des violences obstétricales et gynécologiques

1 - Préconisations pour les facultés de médecines et les écoles de sages-femmes et tout établissement de formation aux soins.

Nous pensons au regard de l'expertise développée par les femmes et observée par les fondatrices de l'IRASF que l'amélioration de la qualité des soins en santé gynécologique doit remettre **au centre de ce processus les femmes usagères de cette médecine.**

Nous demandons aux instances concernées la création d'un :

➔ **Diplôme universitaire de patientes expertes en gynécologie obstétrique.**

Ces patientes expertes pourront déployer leurs compétences auprès des femmes, des professionnels, des facultés de médecine, des écoles de sages-femmes et de tout centre de formation aux soins.

Il est tout aussi essentiel d'apporter des améliorations dans le suivi gynécologique auprès des très jeunes filles (à partir de 13 ans) qui se voient imposer des touchers vaginaux et des frottis alors que nous pensons qu'il est possible de préserver leur intimité et d'éviter l'exposition de leur corps. Cela est aussi valable pour les femmes moins jeunes. Il est fondamental d'améliorer cette approche du corps des femmes en optant systématiquement, en première intention, pour des actes non invasifs et qui préservent l'intimité.

➔ **Réajuster les programmes d'enseignement des soignant.e.s sur les droits des patient.e.s, la relation patient.e/soignant.e et la gestion du consentement libre et éclairé.**

Il est essentiel de renforcer les connaissances autour de la notion de consentement libre et éclairé, et de la communication claire et objective envers le patient. Le respect de l'intégrité physique et de la pudeur doivent être des préalables impératifs et non des « options » dans la prise en charge d'un.e patient.e.

Pour les stages en centre hospitalier, les soignant.e.s doivent impérativement accomplir leur apprentissage dans le cadre légal d'exercice de leurs fonctions. Notamment concernant le rôle du/de la patient.e dans les prises de décision, **du consentement libre et éclairé et de la gestion de celui-ci quand il n'est pas obtenu, voire retiré par le/la patient.e.** Actuellement, nous constatons une inobservance dans la grande majorité des cas du consentement libre et éclairé. Et ce sont, des mesures coercitives, des violences physiques et/ou verbales, des menaces, l'usage du mensonge sur l'état de santé réel, qui se substituent à une gestion de la notion de consentement libre et éclairé pourtant inscrite dans un cadre légal.

➔ **Il est impératif que le Collège des Gynécologues et des Obstétriciens français ainsi que le Collège des Sage-femmes adoptent la directive du Comité d'éthique du Collège américain des obstétriciens et gynécologues : "La grossesse ne constitue pas une exception au principe selon lequel un patient capable de prendre des décisions a le droit de refuser un traitement, voire un traitement nécessaire pour maintenir la vie. Par conséquent, la décision d'une femme enceinte décidée à refuser les interventions médicales ou chirurgicales recommandées doit être respectée."**¹⁵

2 - Le poids du risque médico-légal sur la décision thérapeutique

- **L'obstétrique constitue 90 % de la sinistralité.**¹⁶

Beaucoup d'actes posés sur les parturientes le sont à des fins médico-légales. Le partogramme, reconnu depuis quelques années comme responsable en partie de l'augmentation du taux de césarienne, est un document médico-légal. De l'épisiotomie à la césarienne, le principe de précaution influence le raisonnement médical.

a. L'exemple de la césarienne

De nombreuses études, notamment sur le lien entre césarienne et risque médico-légal, objectivent que des obstétricien.ne.s pratiquent des césariennes par principe de précaution et que **"Le risque médico-légal apparaît pour 98% des praticiens comme un facteur participant à l'augmentation du taux de césarienne."**¹⁷. Si des études plus larges ne permettent pas encore d'évaluer la proportion de praticiens réalisant cette intervention pour une raison médico-légale, d'autres pays comme le Brésil ont donné la preuve de la crainte des procédures judiciaires par les

¹⁵<https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Ethics/Refusal-of-Medically-Recommended-Treatment-During-Pregnancy>

¹⁶ <http://www.em-consulte.com/en/article/783833>

¹⁷<http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1334141-l-accouchement-par-cesarienne-privilege-au-bresil-une-mode-dangereuse-et-inquietante.html>

obstétricien.ne.s et donc de leur nécessité d'intervenir. Cependant, cette crainte, tout comme l'application du principe de précaution, est suscitée par les conditions des compagnies d'assurance : "...il y a plus de procès intentés pour césariennes tardives que pour césarienne non justifiée." Et : "Ainsi, dans certaines situations particulières, la crainte (justifiée) des procédures judiciaires peut influencer le raisonnement médical et favoriser la décision de césarienne."¹⁸

Dans un article du JGOBR sur la sinistralité en gynécologie obstétrique daté de 2013, on apprend que : "La césarienne est en effet perçue comme une solution « magique » permettant d'éviter la morbi-mortalité néonatale et cela contribue en grande partie à l'augmentation du taux de césariennes dans les salles de naissance liée à ce principe de précaution. En France le taux de césarienne a connu une hyperinflation, passant de 7 à plus de 22 % au cours de ces 30 dernières années, mais paradoxalement le taux d'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC) est resté stable".¹⁹

Cependant il est bon de rappeler que l'infirmité motrice d'origine cérébrale est indemnisée à hauteur de 6 350 000 euros (Gynerisq, 2013). Afin de diminuer le risque financier et le risque judiciaire, il faut diminuer les incidents donc le risque médical...et appliquer le principe de précaution. Peu importe ce qu'il coûte individuellement aux femmes en terme physique et mental, ce qu'il coûte à sa famille ou ce qu'il coûte à la collectivité. L'enquête de périnatalité 2016 montre un taux de césariennes en France de 20% soit 244 000 femmes sur 785 000 naissances.

Le poids du risque médico-légal pèse et affecte chaque spécialité en lien avec la parturiente : obstétricien, anesthésiste, sage-femme, échographe, chirurgien...

En 1997, le CNGOF écrit lui-même : "**Le risque médico-légal, naguère pratiquement absent des préoccupations professionnelles, fait désormais partie intégrante de la pratique.**"²⁰

b. L'exemple de l'épisiotomie

De 1986 à 1996 à l'hôpital de la Croix-Rousse, sur 35008 accouchements, le CNGOF relate que trois fistules ont été déclarées dans les risques médico-légaux. Ces fistules sont des lésions périnéales sévères que le CNGOF reconnaît comme étant la conséquence d'extractions instrumentales "plus ou moins bien réalisées"²¹. Ces trois fistules en 10 années à l'hôpital de la Croix Rouse, comme les quelques cas relatés dans d'autres hôpitaux en France, ont justifié qu'entre 1998 et 1999, 71 % des primipares aient subi une épisiotomie.²² En 2010, 44 % des primipares subissaient une épisiotomie,

¹⁸<http://www.worldcat.org/title/moins-de-cesariennes-lavis-des-obstetriciens-francais/oclc/491221207>

¹⁹ <http://www.em-consulte.com/en/article/783833>

²⁰ http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1997_GO_213_rudigoz.pdf

²¹ http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1997_GO_213_rudigoz.pdf

²² <http://www.episio.info/connaitre/taux-episio/>

35 % en 2016, ce qui est un progrès devant être poursuivi. Le taux d'épisiotomie national est à 20 %, ce qui correspond pour l'année 2016 à 244 000 femmes dont le vagin et les muscles du périnée ont été coupés intentionnellement en France, sans que le taux de déchirures spontanées sévères ne soient connus et malgré les recommandations de l'OMS²³, qui préconise 10 % d'épisiotomies, et les actes du colloque gynécologie obstétrique de 2006.

Les femmes ne veulent plus accepter qu'on leur provoque un mal certain pour éviter un mal probable à cause du risque médico-légal que court le praticien.

➔ **L'institut préconise donc et militera pour un assouplissement de la responsabilité médico-légale des acteurs entourant la parturiente. Pour qu'ils puissent exercer leur métier dans des conditions de sécurité professionnelle et de sérénité dans la relation médicale avec leur patiente.**

3 - Préconisations sur la prévention auprès des femmes - refonte du programme de préparation à l'accouchement actuellement remboursé par la sécurité sociale

Nous avons constaté que les femmes sont très peu informées sur leurs droits en matière de santé. Elles reçoivent parfois des informations erronées sur leur pouvoir décisionnaire. L'encadrement médical de la grossesse en France, que l'on peut qualifier de renforcé, est étonnamment dénué d'informations sur les droits des patientes. Pour exemple, les femmes vont se voir imposer la présence d'étudiants, en centre hospitalier universitaire, en dehors de tout consentement. Les étudiants de toute discipline médicale, incités par leur tuteur, peuvent pratiquer des examens ou un acte, comme la pose d'un spéculum, sur une femme au moment d'un accouchement ou d'une fausse-couche sans que son consentement n'ait été sollicité. Des groupes d'étudiantes en puériculture vont entrer dans la chambre d'une jeune accouchée, quelle que soit la tenue ou les besoins de cette dernière sans qu'aucun consentement ne lui soit demandé. Et il en va de même pour chaque acte où la parturiente n'est pas considérée comme pouvant ou ayant le droit de maîtriser ce qui se passe dans sa vie ou pour son propre corps. Nous avons en effet constaté que les soignants ignorent en grande majorité que le consentement sur la présence d'étudiants est régi par la loi.

²³<https://www.prevention-medicale.org/Actualites-et-revues-de-presse/Toutes-les-actualites/Sage-femme/episiotomie>

Pendant les 7 examens pré-accouchement et les 8 séances de préparation à l'accouchement dont l'entretien prénatal précoce, aucune information sur les droits des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum n'est dispensée.

➔ **Dispenser en premier lieu deux séances d'une heure et demi au minimum sur les droits des patientes**

➔ **Dispenser une vraie approche de la physiologie de l'accouchement et du périnée et une information claire et objective concernant le déclenchement, l'anesthésie péridurale, les injections d'ocytocine...**

Il est dommageable actuellement de léser physiquement les femmes lors de leur accouchement par des postures ou des poussées qui ne sont pas favorables au périnée.

4 - Préconisations de prévention au sein des maternités et des établissements de soins :

➔ **Création de comités de travail avec les usagères et les équipes soignantes via les analyses des réponses au questionnaire de l'IRASF**

➔ **Obligation de présence des femmes usagères et des associations dans les réseaux de périnatalité**

➔ **Transfert de compétences entre les maternités et les équipes médicales**

➔ **Dispositif de notation des soignant.e.s par les usagères en cabinets privés et au sein des établissements de santé en lien avec les sécurités sociales et les agences régionales de santé, les résultats de ces enquêtes devant être rendus publics. Un mauvais praticien doit pouvoir être soumis aux mêmes règles que n'importe quel autre salarié.**

➔ **Formation des soignant.e.s à une approche pluriculturelle de l'accouchement. La Charte de la personne hospitalisée précise : *“L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Dans les***

établissements de santé publics, toute personne doit pouvoir être mise en mesure de participer à l'exercice de son culte (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression, rites funéraires...)." ²⁴

➔ Mise en place de formation continue obligatoire ou de réunions dans les maternités à destination des soignants sur les dernières études et recommandations en matière d'obstétrique et de gynécologie *"Le médecin, depuis l'arrêt Mercier 1, est tenu de prodiguer à ses patients des « soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science ». Le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue est garanti par la loi du 4 mars 2002." ²⁵*

L'OMS préconisait le 26 février 2008 qu'un *"soutien continu pendant l'accouchement permet de raccourcir légèrement la durée du travail et est associé à une probabilité plus grande d'accouchement spontané par voie basse et à une réduction de la nécessité d'analgésie pendant l'accouchement. Les femmes ayant reçu un soutien continu sont moins susceptibles de signaler une insatisfaction relative à leur expérience de l'accouchement. Ce commentaire estime que les objections généralement soulevées quant à la mise en œuvre de cette intervention peuvent être facilement surmontées." ²⁶*

Au regard des données apportées plus haut, il nous semble primordial de considérer le couple parental comme une seule et même entité. En effet, la place donnée au compagnon ou à la compagne nous semble inadaptée, car celle ou celui-ci est aussi dans un état émotionnel et des besoins qui ne lui permettent pas d'être dans un accompagnement continu. Nous ajouterons les besoins de la vie quotidienne (gestion de la garde des autres enfants, besoins personnels de l'accompagnant : manger, prendre une douche, organiser l'arrivée du bébé...).

Ainsi, cet ensemble de données ne permet pas un réel accompagnement continu des femmes. En effet, dans le contexte français et en grande majorité, les accompagnant.e.s hormis les compagnons ou les compagnes, ne sont pas autorisés à être présents en salle de travail. A cela s'ajoute le manque de personnels menant à une négligence des besoins émotionnels de la parturiente, contribuant ainsi à augmenter le coût des services de soins de santé.

Les effets bénéfiques de l'accompagnement continu devraient nous inciter à adopter un modèle de soutien continu des femmes en salle de travail. Il est essentiel de prendre en

²⁴ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

²⁵ <http://www.institutdroitsante.net/wp-content/uploads/2016/12/JDSAMN1503P0000000.pdf> - p91

²⁶ <https://extranet.who.int/rhl/fr/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/care-during-labour-1st-stage-8>

compte l'aspect émotionnel évoqué dans le document en référence sur les conséquences que cela engendre.

➔ **Nous demandons que l'organisation des services obstétricaux puisse prévoir que le couple parental bénéficie d'un accompagnement continu par une personne de son choix qui sera présente tout au long de l'accouchement.**

➔ **Pour les femmes seules et/ou en situation de grande précarité²⁷ et les femmes primo-arrivantes et qui ne maîtrisent pas la langue française, nous demandons la prise en charge des coûts de déplacements et d'interprétariat pour la personne choisie par la parturiente parmi une liste de bénévoles.**

En effet, les femmes seules et dans des situations de précarité socio-économique et sociale doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement continu et du respect de leur droit de façon égalitaire. Nous pensons qu'il est fondamental que l'accès aux soins de haute qualité ne soit pas réservé à une élite.

Enfin, nous attirons une attention toute particulière sur le taux de mortalité des femmes de nationalité subsaharienne qui est deux fois plus élevé que celui des femmes de nationalité française en Ile de France.

“Des différences significatives sont observées entre les nationalités : les femmes de nationalité subsaharienne ont le taux de mortalité maternelle le plus élevé : 22,4 pour 100 000, soit plus de deux fois supérieur à celui des femmes françaises.”²⁸

Dans son document, l'OMS précise certains points dont nous pouvons nous inspirer pour rendre l'accompagnement continu accessible à toutes les femmes. *“Les coûts inhérents à l'apport d'un soutien continu ne devraient pas être trop élevés, notamment dans la mesure où les personnes non médicales constituent une option plus efficace que les professionnels en tant que sources de soutien. Nul besoin d'une formation longue ou complexe pour ces personnes, mais, dans les milieux défavorisés où les salles de travail et d'accouchement sont grandes, il doit impérativement s'agir de femmes ayant déjà accouché ayant reçu une brève formation dispensée par l'hôpital. Dans certains pays, il pourrait être utile de faire appel à une parente alors que dans d'autres pays et milieux, notamment lorsque les femmes viennent de zones rurales et ne reçoivent pas de soutien familial, des membres du personnel non médical bénévoles de l'hôpital sont le meilleur*

²⁷ “Une maternité sur six déclare accueillir au moins une fois par mois des femmes sans hébergement à la sortie de la maternité” p175

http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

²⁸ <http://presse.inserm.fr/mortalite-maternelle-diminution-de-la-mortalite-par-hemorragies/10335/>

choix. Aucune formation à des compétences ou techniques sophistiquées n'est nécessaire pour les accompagnants. Ils sont là pour soutenir les femmes en travail, pas pour assister le professionnel de santé dans les soins liés au travail et à l'accouchement. Le coût de la formation au soutien social et continu aux femmes en travail devrait par conséquent être très bas, ou les dépenses, telles que les déplacements, remboursés. La question qui se pose est si, et comment, ces personnes doivent être rémunérées. Les hôpitaux qui font appel aux parentes de la mère leur offrent une séance d'information et une visite de la maternité ; le coût est donc minime dans ce cas. Certains établissements proposent également des repas gratuits aux bénévoles formées, un coût généralement absorbé dans les coûts hospitaliers généraux. D'autres hôpitaux versent une somme minime aux accompagnants apportant leur soutien aux femmes pendant le travail pour qu'elles puissent se rendre à la maternité (ticket de bus, etc.) mais, à l'heure actuelle, l'auteur ne sait pas si ces hôpitaux les rémunèrent. En général, la grande satisfaction tirée de cette expérience suffit à convaincre les accompagnants de poursuivre leur tâche (10)."

Dans tous les cas, il a été observé qu'après l'instauration de l'accompagnement continu dans certaines maternités, le personnel soignant avait plus de temps disponible. L'accompagnant.e qui assume certaines tâches qui prennent du temps (massage du dos, soutien émotionnel...) libère ainsi les soignante.s qui peuvent se consacrer à leurs soins.

5 - Soutien aux associations qui font de la prévention des violences obstétricales et gynécologiques et de la prise en charge des femmes qui en sont victimes

Nous demandons d'accorder aux associations qui sont en contact direct avec les femmes telles que :

- l'IRASF
- Le Ciane
- Maman Blues
- Césarine
- Afar
- Timéo et les autres

(liste non exhaustive)

➡ Des moyens financiers pour accomplir leur mission de recherche, d'écoute, de soutien, et de diagnostic. Diagnostic, au sens d'identification des besoins - avec les femmes - en matière de santé, de lien social et de conseil juridique, voire d'une aide à la priorisation des actions.

Nous disposons, d'un tissu associatif riche, mais encore incomplet, notamment en matière de conseil juridique. Pour autant, les spécialisations de chaque association et la qualité de leur travail reconnu par les femmes et les acteurs de la périnatalité ne sera qu'amélioré.

➡ **Création d'un réseau pluridisciplinaire en matière de santé physique et mentale, de droits, et d'intervention sociale²⁹.**

Il est essentiel que les mécanismes de recours soient clarifiés et mis à disposition des citoyennes pour exercer leurs droits. Pour cela, les associations devront créer et mettre en œuvre des accompagnements socio-éducatifs.

La création du groupe SIVO en Janvier 2015, comme un espace de libération de la parole des femmes, a permis de mettre au jour un fléau resté tabou jusqu'à présent. Les associations œuvrent déjà en la matière, mais cela reste du bénévolat, qui est donc soumis aux écueils d'une activité non rémunérée : défauts dans la continuité de l'accompagnement, dans la disponibilité, dans la prise en charge immédiate.

➡ **Nous pensons essentiel de créer un réseau d'écouter dans le cadre de la prise en charge des victimes et de la prévention.**

➡ **Réseau de bénévoles avec une formation sur l'accompagnement continu des parturientes.**

➡ **Lien ininterrompu et transparence avec les équipes soignantes afin de permettre la communication et l'entente au sujet du projet de naissance ou des besoins spécifiques des femmes qui vont accoucher.**

➡ **Actions conjointes et concertées entre les équipes soignantes et les associations afin d'exiger des budgets, des effectifs et une meilleure reconnaissance des besoins du personnel médical auprès des autorités.**

Ces dispositifs auront pour but d'apporter un encadrement et une continuité efficace et fiable, auprès des femmes et cela dans une cohérence des partenariats.

²⁹ "La notion d'intervention sociale est ici utilisée dans le sens commun pour désigner une action en direction de populations en difficulté, en l'absence de spécification quant à la population concernée, la nature des difficultés rencontrées ou encore la catégorie de professionnels habilités à intervenir "

<https://www.cairn.info/revue-la-revue-internationale-de-l-education-familiale-2007-1-page-125.htm>

La Charte de la personne hospitalisée précise que : *“Les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles. Ces associations ont pour mission d'apporter une aide et un soutien à toute personne qui le souhaite ou de répondre à des demandes spécifiques sans interférer avec la pratique des soins médicaux et paramédicaux.”*³⁰

Pour cela, les associations ont besoin de moyens pour accomplir leur mission dans des conditions de sécurité humaine et financière.

Enfin, nous entendons bénéficier de l'infrastructure et des moyens mis en place dans le cadre du plan national de lutte contre toutes les violences faites aux femmes 2017/2019, avant son échéance, ou tout au moins que le sujet des violences obstétricales et gynécologiques y soit intégré au sein du prochain plan.

Au regard de l'urgence sur les conséquences de ces violences, nous pensons indispensable que des mesures de prise en compte de cette problématique soient envisagées dans des délais assez courts et en lien avec les associations qui œuvrent sur le territoire.

6 - Sur l'utilité d'une loi spécifique aux violences obstétricales et gynécologiques

Dans d'autres pays comme le Venezuela et l'Argentine, des lois existent pour traiter de la question des violences obstétricales.

En 2007, le Venezuela est le premier pays à instaurer une loi contre les violences faites aux femmes et dans laquelle apparaît la violence obstétricale qui est définie comme :

*« L'appropriation du corps et du processus reproducteur des femmes par les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé, appropriation qui se manifeste sous les formes suivantes : traitement déshumanisé, abus d'administration de médicaments et conversion de processus naturels en processus pathologiques. Cela entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et de la capacité à décider en toute liberté de ce qui concerne leur propre corps et sexualité, affectant négativement leur qualité de vie »*³¹

En 2009, deux ans après le Venezuela, l'Argentine vote une loi qui définit la violence obstétricale comme *« 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 »*³².

³⁰ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

³¹ <https://materniteetdignite.wordpress.com/2017/05/01/la-violence-obstetricale-mais-quest-ce-que-cest/>

³² <https://materniteetdignite.wordpress.com/2017/05/01/la-violence-obstetricale-mais-quest-ce-que-cest/>

Nous craignons que l'aspect répréhensible de la pathologisation du processus physiologique n'entraîne en France des écueils de sous-utilisation de la médicalisation, même à la demande des femmes.

Il nous semble opportun de pouvoir réunir les associations et de créer des groupes de travail pour traiter cette question purement juridique.

Néanmoins, pour protéger les femmes des violences obstétricales et gynécologiques, dont certains actes peuvent largement être qualifiés d'actes de torture, de barbarie et de viol. Il nous semble essentiel, d'instaurer une loi pénale, qui responsabilisera individuellement chaque soignant.e dans les actes posés. Pour autant, cela n'annulera pas la responsabilité collective au sein des institutions.

Il nous semble également impératif, que les personnels médicaux de toute spécialité présentent lors des accouchements, participent à cette refondation de l'obstétrique en France. Pour que les femmes et les soignant.e.s soient partenaires d'une des plus belles étapes du devenir humain. Ce n'est pas la première fois historiquement, que les femmes accouchant en structures médicalisées demandent un accouchement humanisé : la dénonciation de l'inhumanité du traitement de la mise au monde sort de la sphère privée pour la seconde fois depuis 1970. Mais cela fait 70 ans, que les femmes demandent à ne plus être soumises à une gestion standardisée de la parturition, devenue plus cruelle suite à la centralisation et à la concentration des lieux de naissance de ces dernières années. La stratégie industrielle adoptée nie la variabilité physiologique, d'origine, de population et d'histoire personnelle des femmes, pour faire face à de nombreux accouchements dans une même structure, alors que les effectifs et les budgets sont restreints ! Tous ces facteurs ont conduit aux aberrations dénoncées sur le "comment on devient mère" aujourd'hui en France.

Rédaction

Basma Boubakri

July Bouhallier

Alison Ly

Elise Marcende

Caroline H



IRASF

www.irasf.org

institutrecherchesaf@gmail.com

Facebook & Twitter : @AssoIRASF