

UNIVERSITE PARIS 13

FACULTE DE MEDECINE DE BOBIGNY

Année 2021

Thèse n° :

THESE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Par

Marine Jourdan

Née le 06/11/1992 à Livry Gargan

Présentée et soutenue publiquement le 21 septembre 2021

**Vécu de la maternité et du post-partum chez des femmes
déclarant avoir subi des violences obstétricales, une
recherche qualitative exploratoire**

Président de Thèse : Pr. BAUBET Thierry

Directeurs de Thèse : Dr DUCHESNE Sophie et Dr DRAIN Elise

Membres du jury : Dr REZZOUG Dalila

Dr DANG Catherine

Dr BOURMAUD Aurélie

Dr GAUTHIER Anne

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :

Celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Baubet, pour avoir accepté de présider mon jury de thèse et pour ses qualités pédagogiques remarquables qui dès le début de mon externat m'ont donné envie de devenir psychiatre.

A Madame le Docteur Dang, pour avoir accepté de participer à mon jury et pour ses enseignements qui ont encouragé ma motivation à me former en médecine légale.

A Mesdames les Docteurs Rezzoug, Bourmaud et Gauthier, pour avoir accepté de participer à mon jury et votre intérêt pour ce sujet.

Au Dr Duchesne pour m'avoir proposé ce sujet, et au Dr Drain d'avoir accepté de co-diriger ce travail, et jusqu'à ce jour s'être montrées présentes, disponibles et contributives tout le long, de la conception jusqu'au dernier jour. Sans leur soutien, ce travail n'aurait pas existé.

Aux Dr Benoît, Dr Michel, Mr Cacheux et à l'ensemble du groupe Grounded Lab de la maison de Solenn pour la contribution à la réflexion qui a été essentielle dans l'avancement du travail.

A mes parents, d'être présents depuis toujours, de m'apporter un soutien sans faille et de m'avoir élevée avec l'idée que j'étais capable de tout faire,

A Léa, ma première alliée féministe dans la famille,

A Geoffroy, pour être à mes côtés et me pousser dans mes retranchements,

A Basile, devenir ta maman a donné à ce travail une toute autre ampleur,

A Mamet, qui n'aurait pas dû partir et qui m'a donné envie d'être mère,

A Julien, Tania et Amélie, cela fait maintenant 10 ans que je grandis avec vous et que je vous admire,

A Julia, Laurine et Clarisse, mon équipe de soutien et de fête de ces 4 dernières années,

A Yann, de m'avoir fait découvrir le militantisme, qui aurait cru que cela nous porterait jusqu'ici,

A Christine, pour toutes les heures de baby-sitting qui m'ont permis de terminer ce travail,

A Sandrine Duchesne, d'avoir donné autant d'heures pour ce projet,

A Gaëlle et Valentine, mes sages-femmes référentes,

Aux Dr Saussol et MaGou, de m'avoir fait découvrir, et aimer la périnatalité,

A Mme Elbakyan, pour sa contribution à la recherche scientifique.

ABREVIATIONS

VO : Violences Obstétricales

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

TC VOG : Tous Contre les Violences Obstétricales et Gynécologiques

VBO : Violences au Bloc Obstétrical

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

SA : Semaines d'Aménorrhée

E : Entretien

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PTSD : Syndrome de Stress Post-Traumatique

DSM V : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux 5ème édition

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CNGOF : Conseil National des Gynécologues Obstétriciens de France

TCC : Thérapie Cognitive Comportementale

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	9
1. Historique.....	9
2. Définition des violences obstétricales.....	11
3. Les différents types de violences obstétricales.....	12
4. Prévalence des violences obstétricales dans le monde.....	14
5. Etat de la recherche médicale en France.....	16
6. Problématique de recherche.....	16
7. Présentation de l'étude.....	17
MATERIEL ET METHODES.....	18
1. Evaluation éthique.....	18
2. Choix de la méthodologie.....	18
3. Inclusion.....	18
4. Procédure.....	19
5. Réflexivité.....	20
RÉSULTATS.....	22
1.Trajectoires d'accouchements : à quels moments et comment les soins ont-ils été vécus comme violents ?...22	
1.1.Grossesse.....	22
1.2.Pré-partum et accouchement.....	23
1.3.Suites de couches.....	29
1.4.Retour au domicile.....	35
1.5.Suivi médical.....	36
1.6.Démarches légales et médiation.....	38
2.La relation de soins est vécue comme une lutte.....	39
2.1.Définir les violences obstétricales.....	39
2.2.Asymétrie de la relation soignant-soignée.....	40
2.3.La maternité est un champ de bataille.....	41
2.4.Le rythme de l'accouchement a été dicté par les soignants.....	43
2.5.Des soins qui manquaient d'humanité.....	44
2.6.La question de la discrimination.....	46
2.7.L'atteinte à l'intégrité physique et psychique.....	46
2.8.Le front des soignants.....	47
2.9.Le rejet réactionnel de la médecine moderne ?.....	48
2.10.Se former pour avoir une crédibilité.....	49
3.Construire sa parentalité après la bataille.....	49
3.1.Le souvenir douloureux de l'accouchement.....	49
3.2.Des changements ressentis suite aux violences obstétricales.....	51
3.3.Construire son identité de mère.....	51
3.4.Les différences entre primipares et multipares.....	53
3.5.Le bébé a aussi été victime de violences obstétricales.....	54
3.6.Créer un lien avec le bébé.....	55

3.7.La place difficile du partenaire, entre absence de soutien et vécu d'impuissance.....	57
3.8.Entrée retardée dans la paternité.....	58
3.9.Le couple a été impacté de plusieurs façons.....	59
3.10.Envisager un nouvel accouchement après les violences.....	59
4.Témoigner des violences obstétricales.....	60
4.1.Se reconnaître comme victime de violences obstétricales.....	60
4.2.Le rôle de soutien des réseaux sociaux.....	62
4.3.Différents discours étaient portés par les participantes.....	63
4.4.Aspect thérapeutique du témoignage.....	64
DISCUSSION.....	66
1.Perspective victimologique des violences.....	66
1.1.Le statut de victime.....	66
1.2.Eléments de vulnérabilité.....	67
1.3.Aspects traumatiques.....	69
2.Influence perçue des violences obstétricales au sein de la triade.....	71
2.1.Représentations maternelles dévalorisée.....	71
2.2.Entraves aux interactions précoces.....	73
2.3.La place du père.....	75
3.Enjeux des violences obstétricales.....	78
3.1.Evolution de la vision de la relation soignant-soignée.....	78
3.2.Responsabilité individuelle et collective des violences obstétricales.....	82
3.3.La question de l'impunité des soignants.....	85
4.Le rôle des témoignages et des collectifs militants dans la construction des représentations.....	85
4.1.La place du récit de l'accouchement et du post-partum dans la société.....	85
4.2.Le discours de collectifs militant est porté par les participantes.....	86
5.Pistes de réflexion sur les pratiques de soin.....	87
5.1.Amélioration des relations soignants-soignées.....	87
5.2.Formation des professionnels impliqué dans le suivi de grossesses au dépistage des troubles psychiques.....	89
5.3.La question de l'accouchement à domicile.....	89
5.4.Renforcer l'accompagnement en service de suites de couches.....	90
5.5.Repenser le suivi au retour à domicile.....	91
5.6.La prise en charge du vécu traumatique de l'accouchement.....	92
6.Forces et limites de l'étude.....	93

7.Ouverture à la recherche.....	94
CONCLUSION.....	96
TABLEAU ET FIGURE.....	97
BIBLIOGRAPHIE.....	99
ANNEXES.....	109
SERMENT D’HIPPOCRATE.....	112
RÉSUMÉ.....	113

INTRODUCTION

1. HISTORIQUE

La problématique des violences obstétricales (VO) émerge depuis une vingtaine d'années partout dans le monde. En 2014, l'OMS a publié une déclaration (1) sur la prévention et l'élimination de l'irrespect et abus durant les accouchements en structures, où le droit de toutes les femmes à accéder à des soins de santé dignes et respectueux était mis en lumière. La santé des femmes est inscrite dans les objectifs d'institutions internationales : l'amélioration de la santé maternelle était le 5ème objectif pour le millénaire tel que défini par le Sommet du Millénaire de l'ONU en 2000 à New York (2).

Le concept de VO est apparu il y a une vingtaine d'années en Amérique Latine. Le Brésil a été pionnier dans les discussions en 1993 avec la fondation du réseau pour l'humanisation du travail et de la naissance (ReHuNa), qui reconnaissait les circonstances de violence et de harcèlement survenant dans le cadre du soin (3). En 2000, c'est aussi au Brésil qu'a eu lieu la première conférence internationale d'humanisation de la naissance (4), qui cherchait à unir patients, sages-femmes, médecins, et activistes pour appeler à une analyse de la sur-utilisation d'interventions et technologies non nécessaires dans la naissance (5). Depuis 2014, cinq observatoires de VO menés par des groupes issus de la société civile ont été fondés, au Chili, en Espagne, Argentine, Colombie et France. En mars 2016, ils ont publié une déclaration commune déclarant que la VO était l'une des formes les plus invisibles et naturalisées de violences faites aux femmes et qu'elle constituait une violation sérieuse des droits de l'homme. Cette institutionnalisation du concept est une reconnaissance des critiques de la médicalisation des structures de soins maternels et de la violation des droits de santé sexuelle et reproductive (3).

Les VO ont été placées dans les agendas des politiques publiques et féministes, mais ont été principalement surveillées par les professionnels et institutions.

L'une des premières revendications portées dans le champ des VO concernait l'épisiotomie. Cette pratique est critiquée depuis plusieurs décennies. L'épisiotomie a été qualifiée pour la première fois de mutilation génitale par Sir-Mardsen Wagner en 1977. En 1999, Girard (6) considérait que son acceptation pouvait être partiellement liée à la forte réticence du milieu obstétrical à l'*evidence based medicine* et que la résistance des obstétriciens aux preuves de son inefficacité reflétait une propension à surestimer le ratio bénéfice risque d'interventions médicales dans ce domaine spécifique. Il suggérait que, sans pression, il pouvait se passer longtemps avant d'obtenir la disparition "d'une procédure archaïque" telle que l'épisiotomie. Cette problématique est toujours discutée en France, où une étude lancée par l'équipe du CHU de Poitiers vient de

débuter sur l'impact de l'épisiotomie médiolatérale pour la prévention des lésions obstétricales du sphincter anal au cours de l'accouchement instrumental (7).

Sadler et al. (2016) constataient également que l'utilisation restreinte de l'épisiotomie était associée à de meilleurs résultats lorsque comparée à l'utilisation en routine. Pourtant, les taux d'épisiotomie varient immensément dans les hôpitaux européens avec des taux allant de 16 à 70% (3).

Un autre enjeu primaire des débats sur les VO est le recours à la césarienne. Un article de The Economist en 2015 affirmait que l'augmentation globale de césariennes était conduite non par nécessité médicale, mais par une richesse grandissante et incitations financières pour les médecins (3). Lempert et al. (1986) pointaient que la césarienne était la 10ème procédure chirurgicale la plus commune aux Etats-Unis, alors qu'elle était par définition restreinte au seul pourcentage de la population féminine dont l'âge est limité par la fonction reproductive et par ses indications. L'augmentation du taux était uniforme pour toutes les races, niveaux d'éducation, âges, parité, et statut de santé (8).

En France, le concept de VO est apparu et s'est largement répandu grâce aux réseaux sociaux et aux médias, parfois à l'initiative de professionnels de santé. La première apparition publique du terme de violence associée à des pratiques obstétricales, en 2014, provient de l'initiative d'Agnès Ledig, auteure et sage-femme qui a posté un article sur le blog d'Isabelle Alonso afin de dénoncer la pratique du « point du mari » : « je l'ai vu faire [...] par des sages-femmes, en toute innocence [...] Tout le monde trouvait ça bien » (9). Cette dénonciation a été reprise par le CIANE (Collectif Interassociatif Autour de la Naissance), qui a élargi le débat sur l'épisiotomie : « On a récolté de nombreux témoignages qui montrent que c'est quelque chose d'extrêmement mal vécu par les femmes, parfois comme un viol ».

Le hashtag #PayeTonUtérus lancé par une étudiante en santé sur Twitter le 19 novembre 2014, a fait émerger plus de 7000 témoignages de femmes en 24h, dénonçant par exemple des propos porteurs d'injonctions sur leur physique ou leur volonté ou non d'avoir un enfant, des examens vaginaux brutaux ou pratiqués sans leur consentement, jusqu'à des violences sexuelles. En 2015, des documents de la Faculté de médecine de l'Université Lyon-Sud sont publiés : ils révèlent qu'il est attendu, dans le cadre de leur formation, que les étudiants pratiquent des touchers vaginaux sur des patientes « endormies », donc sans leur consentement.

Puis, ont suivi la page Tumblr « Je n'ai pas consenti » et l'hashtag #PayeTonGynéco. Ont été publiés des ouvrages sur le sujet, notamment le "Livre noir de la gynécologie" de Mélanie Déchalotte, "Les Brutes en blanc" de Martin Winckler, et "Accouchement, les femmes méritent mieux" de Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteur du blog "Marie accouche là".

Durant la pandémie de COVID 19, le collectif Tous Contre les Violences Obstétricales et Gynécologiques est monté au créneau concernant la restriction des droits accordés aux patientes et à leur accompagnant dans le cadre de l'accouchement.

2. DÉFINITIONS DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES

Il n'existe pas actuellement de définition consensuelle internationale des VO. Ce terme varie en fonction des langues. Dans les pays anglo-saxons, il est question de *Disrespect And Abuse*. Les VO sont considérées comme des violences de genre.

Le Venezuela, l'Argentine, et plusieurs États mexicains ont proposé une définition légale. L'article 15 de la « Loi organique sur les Droits des Femmes pour une vie sans violence » du Venezuela (10) les décrit comme étant « l'appropriation du corps et du processus de reproduction féminin par les professionnels de santé, qui s'exprime par une prise en charge déshumanisée, un abus de médicaments, et la conversion d'un processus physiologique en un processus pathologique, conduisant à une perte d'autonomie et de la capacité à disposer librement de leur corps et de leur sexualité impactant négativement sur leur qualité de vie ». L'article 51 a établi que : "les actes suivants implémentés par les professionnels du soin sont considérés comme des VO : 1. attention inefficace et inopportune des urgences obstétricales ; 2. forcer la femme à accoucher dans une position allongée sur le dos, avec les jambes levées, lorsque les moyens nécessaires d'effectuer un accouchement vertical sont disponibles ; 3. entraver le contact précoce de l'enfant avec sa mère sans raison médicale et ainsi empêcher l'attachement précoce et bloquer la possibilité de tenir, soigner ou allaiter immédiatement après la naissance ; 4. altérer le processus naturel d'accouchement à bas risque en utilisant des techniques d'accélération, sans obtenir le consentement volontaire, exprimé et éclairé de la femme ; 5. accomplir un accouchement par césarienne lorsque l'accouchement naturel est possible, sans obtenir le consentement libre et éclairé de la femme."

En 2009, la loi Argentine (11) a établi le droit d'une femme d'être libre de VO, que la loi a défini comme "Violence exercée par un professionnel de soin sur le corps et le processus reproductif d'une femme enceinte, exprimé à travers un traitement déshumanisant, abus de médicalisation, et la conversion de processus naturels de reproduction en pathologiques (...)".

L'OMS a mis en lumière 5 catégories de VO qui concrétisent les définitions légales (12) : 1. interventions et médicalisation de routine non nécessaires (sur la mère ou l'enfant) ; 2. abus verbal, humiliation ou agression physique ; 3. manque de matériel ou structures inadéquates ; 4. pratiques effectuées par les résidents et professionnels sans la permission de la femme après lui avoir fourni une information compréhensible, fiable et suffisante ; 5. discrimination sur les origines culturelles, économiques, religieuses et ethniques.

En 2018, en France, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, missionné par la Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, a publié un rapport (13) nommé « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme ». Aucune définition française des violences obstétricales n'a été clairement

formulée, cependant les auteurs de ce rapport ont identifié « 6 types d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, dont certains relèvent des violences :

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

“Les actes sexistes sont courants dans le suivi gynécologique et obstétrical des femmes : 1 accouchement sur 5 donne lieu à une épisiotomie : 1 femme sur 2 sur laquelle une épisiotomie a été réalisée déplore un manque ou l'absence totale d'explication sur le motif de l'épisiotomie ; les taux d'épisiotomie — toutes grossesses confondues — sont très variables d'une maternité à l'autre, de 0,3 % (dans une maternité de type 3 - accueillant les grossesses pathologiques et à grands risques) à 45 % (dans une maternité de type 1 - accueillant des grossesses normales ou à bas risque), selon la cartographie 2018 Le Monde/ Fédération française des réseaux de santé en périnatalité ; 6% des femmes se déclarent « pas du tout » ou « plutôt pas » satisfaites du suivi de leur grossesse ou de leur accouchement, cela représente 50 000 femmes pour l'année 2016 ; l'obligation légale d'une formation sur les violences sexistes et sexuelles reste insuffisamment déployée et la formation continue insuffisante au regard des écarts entre les recommandations, élaborées par la Haute Autorité de Santé, et les pratiques.”

Le rapport se conclut par 26 recommandations, articulées autour de 3 axes :

axe 1 : reconnaître l'existence et l'ampleur des actes sexistes, dont certains relèvent des violences, dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical : réaliser la première enquête de santé publique dédiée au suivi gynécologique ; mesurer la satisfaction des femmes quant à l'ensemble de leur suivi gynécologique et obstétrical

axe 2 : prévenir les actes sexistes relatifs au suivi gynécologique et obstétrical

axe 3 : améliorer et faciliter les procédures de signalements et condamner les pratiques sanctionnées par la loi

3. LES DIFFÉRENTS TYPES DE VIOLENCES OBSTÉTRICALES

Les VO ont été étudiées par différents champs scientifiques : médical, sociologique, psychologique et anthropologique. Dans un rapport mêlant revue de la littérature grise et scientifique, groupes de discussion et entretiens individuels avec des experts, Bowser et Hill (14) ont décrit sept catégories de soins irrespectueux et abusifs durant l'accouchement : abus physiques, soins cliniques non consentis, soins non confidentiels, soins indignes, discrimination, abandon et détention dans les établissements de soin. Leur classification est la plus utilisée dans la recherche sur les VO.

Dans leur enquête sociologique, Smith-Oka et al. (2015) ont décrit les micro-agressions dans un service de gynécologie-obstétrique (15). Les micro-agressions sont des insultes subtiles ou comportements dévalorisants typiquement dirigés contre des personnes de couleur, qui reflètent et renforcent la perception des perpétrateurs de leur supériorité (16).

Enfin, Schroll et al. (2013) ont utilisé le terme d'*Abuse in Health Care*, terme regroupant les violences médicales dans leur ensemble et non spécifiques au contexte obstétrical. Ils décrivaient un phénomène qui "a des conséquences sévères mais est invisible si vu comme une erreur médicale ou de la perspective de satisfaction d'un patient" (17).

Dans leur revue exhaustive de la littérature sur les VO (18), Bohren et al. (2015) ont établi une typologie des VO :

- Violences verbales : langage sévère/rude : retrouvées quel que soit le niveau de revenu ;
- Stigma et discrimination : basées sur l'ethnie/race/religion, en particulier les migrants et réfugiés ou sur le statut socio-économique, représentant un puissant dissuasif d'accoucher dans des établissements de santé dans des pays en voie de développement ;
- Échec à respecter les standards professionnels de soin ;
- Refus d'administrer des antalgiques, quel que soit le niveau de ressource de l'établissement ;
- Négligence, abandon ou longue attente ;
- Personnel soignant absent au moment de l'accouchement ;
- Mauvais rapport entre les femmes et les soignants ;
- Mauvaise communication : des femmes avaient le sentiment que les soignants étaient plus intéressés par la compliance des patientes à leurs demandes qu'aux questions de ces mêmes patientes sur les procédures médicales. Elles se sont senties mises à distance par les soignants, effrayées par les procédures et n'ayant eu pas la possibilité d'être actives durant leur accouchement ;
- Manque de soin de soutien par les soignants : les soins fournis étaient mécaniques et manquaient de confort et de courtoisie ; l'équipe était décrite comme insensible ;
- Conditions du système de soin et contraintes ;
- Manque d'intimité : dans les salles de pré-travail et de travail, spécifiquement pendant les examens vaginaux et abdominaux ;

- Manque de ressources : manque de personnel, personnels inexpérimentés ou insuffisamment formés, sans supervision adéquate ;
- Manque de recours : les femmes se sont plaintes de leur impossibilité à exprimer leurs opinions concernant les traitements et services durant l'accouchement. Plusieurs raisons étaient évoquées : les femmes ne voulaient pas causer de problème à un soignant, la peur d'un traitement injuste ou de discrimination si elle se plaignait, les soignants étaient perçus comme inaccessibles, les femmes n'étaient pas au courant de leurs droits en tant que patientes. Les réponses à l'échelle de l'établissement étaient rarement reçues, décourageant de futures plaintes. L'absence de compte à rendre et de sanction dans le système de santé donnaient aux femmes un sentiment d'impuissance dans leur quête de justice face aux maltraitances subies ;
- Impact sur l'utilisation des services de soins maternels : impact sur les comportements de recherche de soins futurs, arrivées tardives dans les établissements et désir d'accouchement à domicile : particulièrement dans les pays à revenus faibles et modérés ;
- Violences physiques et sexuelles.

Les types de VO et enjeux ne sont pas les mêmes selon les pays et leur niveau de développement.

Dans leur méta analyse (18), Bohren et al. (2015) retrouvaient qu'alors que la pratique de l'accouchement médicalisé a augmenté de 12% sur les 20 dernières années dans les régions en développement, presque un tiers des femmes de ces régions accouchaient toujours sans médicalisation.

De façon très schématique, les femmes vivant dans des pays en voie de développement décrivaient essentiellement des violences physiques, des insultes, de la négligence dans la prise en charge et des violences en rapport avec leurs capacités économiques (18–20), alors que les patientes vivant dans des pays développés décrivaient surtout une surmédicalisation du travail et de l'accouchement, avec une multiplication d'actes médicaux qu'elles estiment non justifiés médicalement, ainsi qu'un manque d'information et de recueil de leur consentement à l'origine d'une déshumanisation de l'accouchement (21). Une étude qualitative réalisée en 2016 aux Pays Bas (22), a analysé le contenu de 438 témoignages de femmes publiés sur les réseaux sociaux en réponse à une campagne en ligne souhaitant dénoncer les maltraitances et VO. "Laissée impuissante" était le méta-thème identifié. Sadler et al (2016) ont fait le constat que bien qu'ayant été invitées à développer des projets de naissance et exercer leur autonomie, l'éventail de choix présentés aux femmes par la profession médicale pouvait être limité (3).

Cette dualité du mauvais traitement en contexte obstétrical a été décrite dans un article paru dans le Lancet en 2016, qui décrivait « deux situations extrêmes : trop peu, trop tard et trop, trop tôt » (23).

4. PRÉVALENCE DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES DANS LE MONDE

L'absence de définition standardisée rend difficile la mesure de la prévalence des VO dans le monde. Il n'existe que peu d'études quantitatives concernant les maltraitances et VO, et la plupart ont eu lieu en Afrique, ce qui empêche leur généralisation à la population mondiale. Beaucoup de ces études étaient basées sur des critères spécifiques, ce qui rend également difficile leur généralisation.

Le taux de prévalence des maltraitances durant l'accouchement est très variable dans la littérature, allant de 19,5% à 28,5% en Tanzanie (24), 36% en Ethiopie (25), et jusqu'à 98% au Nigéria (26).

Des études secondaires apportant des indicateurs pouvant être classés dans le domaine de la maltraitance des femmes durant l'accouchement ont retrouvé qu'en Afrique du Sud, 84,5% des femmes n'étaient pas autorisées à avoir un compagnon durant l'accouchement et 4,3% des femmes étaient giflées ou frappées. Au Brésil, les compagnons n'étaient souvent pas autorisés dans la salle de travail (41,8%) ou la salle d'accouchement (98,6%) et 9% des femmes étaient giflées ou disputées durant l'accouchement. En Argentine (11), une étude retrouvait que seulement 42% des équipes de soin informaient toujours les femmes à propos des procédures médicales. Cette étude révélait aussi que 30% des équipes de soin considéraient que les femmes ne devraient jamais être autorisées à choisir leur position d'accouchement. En Equateur dans l'étude de Brandao et al. (2018), 50,5% des femmes interrogées déclaraient ne pas avoir eu accès aux pratiques favorisant l'attachement précoce tels que le peau-à-peau, et 34,8% ne pas avoir reçu d'aide à l'initiation de l'allaitement (27).

Un facteur protecteur ($p=0,003$) identifié était la présence d'un compagnon d'accouchement dans les salles de travail (25). Banks et al. (2018) ont trouvé que la présence de complications (OR = 15.51, 95% CI 4.38, 54.94) et l'accouchement le week-end (OR = 0.05, 95% CI 0.01-0.32) étaient en revanche des facteurs significativement plus associés aux VO auto-déclarées (28).

En ce qui concerne les pays européens, une étude italienne (29,30) a été menée auprès de 424 mères ayant répondu à un questionnaire en ligne. 21,2% des participantes se considéraient comme ayant été victimes de VO, 33% rapportaient un manque d'accompagnement, 34,5% une violation de l'intimité ou de la confiance. En réaction, 14,5% ne souhaitaient plus retourner dans l'établissement concerné, et 5,9% ne souhaitaient plus avoir d'enfant. Des biais méthodologiques ont été reprochés à cette étude, notamment la sélection de patientes ayant accouché à des moments différents (entre 0 et 15 ans) sans prendre en compte l'évolution des pratiques médicales dans ce laps de temps, et sans compenser les différences de prise en charge par un nombre de patientes suffisant (31).

Une autre étude (32) portant sur un plus grand nombre de patientes dans un contexte obstétrical (6923 patientes, dans six pays européens différents) retrouvait un taux de "violences médicales" (*Abuse in Health Care*) de 20,7% mais il n'était pas précisé de quel type de violences il s'agissait, et il est probable que ce taux ne concerne pas uniquement des violences dans un contexte de périnatalité. Concernant les violences "médicales" vécues durant les 12 derniers mois, la prévalence allait de 19,7% au Danemark à 1,7% en Belgique.

Dans l'enquête menée par Swahnberg et al. (2007) en Suède (n=3,641) dans des cliniques gynécologiques, la prévalence globale de toute expérience au cours d'une vie entière d'abus dans les soins était de 13-28% (33).

5. ETAT DE LA RECHERCHE MÉDICALE EN FRANCE

Lors de nos recherches, nous n'avons trouvé qu'une étude récente française publiée sur les VO (34). En 2019, une étude prospective multicentrique a été réalisée en Bourgogne par Malet et al. (2020) afin d'estimer la prévalence des violences au bloc obstétrical (VBO), et de préciser le type de violences vécues. 1149 (64,1 %) femmes ont répondu. 506 femmes (44 %) ont déclaré au moins une VBO. L'incidence de violence verbale (2,3 %) ou physique (0,4 %) ou de discrimination (2,1 %) était marginale. La VBO s'exprimait par une absence de recherche et/ou de respect du consentement (21.5 %), une information non satisfaisante pour au moins un geste (14,4 %), un manquement aux bonnes pratiques soignantes (24,2 %) ou un manquement dans la relation soignant– soignée (11,1 %). Lorsque l'accouchement était très mal vécu sur le plan physique, au moins une violence était déclarée dans 80 % des cas ($p < 0,01$).

Plusieurs études quantitatives et qualitatives ont été menées dans le cadre de mémoires de fin d'études de sages-femme sur ce thème (35–37). Ces travaux ont retrouvé que les patientes manquaient d'information, que leur consentement n'était pas systématiquement recueilli, notamment lors des épisiotomies. Il existait une association significative entre le vécu de l'accouchement de la patiente et le fait qu'elle se soit sentie respectée dans ses droits, un manque d'accompagnement ressenti, l'absence de prise en compte de leur avis, le non-respect de leur pudeur, et la réalisation d'une césarienne en urgence ou sans leur accord. La place accordée à l'accompagnant était également évoquée.

Dans une étude descriptive et comparative (38) menée par O. Diel (2020), les femmes qui présentaient une mauvaise estime de soi en suites de couches sont celles qui n'ont pas été satisfaites par la prise en compte de leurs besoins pendant leur grossesse ($p=0,008$) ; qui ont un mauvais vécu global du travail ($p=0,002$) ; qui ont manqué d'explications pendant le travail ($p=0,005$) ; qui ont manqué de bienveillance de la part de l'équipe soignante ($p=0,005$) ; qui n'ont pas pu exprimer leur consentement ($p=0,042$) ; qui se sont senties infantilisées ($p=0,003$).

6. PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Plusieurs études ont exploré le vécu de l'accouchement des femmes déclarant des VO. Aucune étude française n'a, à notre connaissance, exploré les représentations construites a posteriori par les des femmes se déclarant victimes de maltraitances et VO vis-à-vis de leur maternité. C'est ce que nous avons souhaité explorer

à travers notre étude. L'apparition d'autres représentations concernant d'autres thèmes ont également été présentées.

7. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

Pour répondre à cette problématique, nous avons mené une étude qualitative exploratoire selon la méthode de la théorie ancrée. Les résultats ont été présentés en fonction des thèmes que nous avons extraits des verbatims. Ces thèmes ont ensuite été discutés en fonction du contexte sociétal, de la littérature scientifique, et nous avons abordé les pistes de réflexions pour l'amélioration des pratiques de soins issues de la recherche.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. EVALUATION ÉTHIQUE

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire ayant été approuvée par le Comité d'Éthique de la Recherche de l'Université de Paris (N° IRB : 00012020-80), avis favorable rendu le 10/11/2020 (cf annexe).

Les lignes directrices des Consolidated criteria for Reporting Qualitative research (COREQ) ont été suivies pour sa rédaction (39).

2. CHOIX DE LA MÉTHODOLOGIE

Cette recherche applique la méthode de la théorie ancrée (40). Élaborée dans les années 1960 lors d'une étude ethnographique de patients mourants hospitalisés, c'est une méthodologie reconnue dans les sciences sociales depuis les années 1980 (41,42). La théorie ancrée s'intéresse aux interactions interindividuelles et à leurs conséquences. Elle fait le lien entre les structures sociales et les processus individuels tout en se focalisant sur les thèmes qui permettent de souligner certains phénomènes (43). Elle utilise un raisonnement inductif pour construire des théories à travers la collecte systématique et l'analyse de données.

Le choix de la théorie ancrée est justifié par notre question de recherche. Une autre méthode qualitative inductive se restreignant à un registre d'analyse phénoménologique ne permettrait pas de prendre en compte deux aspects de la question : les interactions inter individuelles, et les pratiques de groupes.

3. INCLUSION

Il n'y avait pas de nombre fixe d'entretiens prédéfini. Suivant une méthode inductive, les données étaient codées au fur et à mesure de l'enquête, et l'échantillonnage et l'analyse de données ont été poursuivis simultanément jusqu'à saturation des données. Cette méthode est commune dans les études qualitatives pour qui la représentativité n'est pas un critère.

Le recrutement a été effectué entre novembre 2020 et février 2021, par le biais du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance et du collectif Tous Contre les Violences Obstétricales et Gynécologiques sur les réseaux sociaux. L'appel à témoins diffusé était composé de ce message "Dans le cadre d'une thèse de médecine, je mène une recherche sur les conséquences des VO, en particulier sur la relation mère-enfant. Si

vous avez accouché et que vous avez été victime de maltraitance, négligence, manque de respect, violence de la part de soignants durant votre suivi de grossesse, accouchement ou séjour à la maternité, et si vous êtes d'accord pour participer à un entretien (visioconférence) unique, vous pouvez me contacter à l'adresse mail (...)"

Les critères d'inclusion étaient :

- femmes âgées de 18 ans et plus ;
- ayant répondu à l'appel à témoins diffusés via les réseaux sociaux (facebook, twitter, instagram), et déclarant avoir été victimes de violences ou maltraitements obstétricaux lors de leur suivi de grossesse, accouchement ou suite de couche ;
- ayant accouché à un terme supérieur à 24 SA d'un enfant né vivant ;
- acceptant de participer à la présente étude ;
- ayant une maîtrise suffisante de la langue française pour comprendre l'objectif de l'étude et pour participer aux entretiens ;

4. PROCÉDURE

12 entretiens semi-structurés ont été menés par la chercheuse (MJ). Aucune récompense n'a été attribuée aux participantes. Les entretiens se sont tenus par visioconférence ou par téléphone, selon le choix des participantes et les contraintes techniques. Un guide d'entretien a été préétabli (cf annexe). Les questions posées portaient sur le récit de ce qu'elles ont nommé VO, sur le déroulé de leur séjour à la maternité et de leur post-partum, sur les représentations des relations de soins, et de leur parentalité. Le guide d'entretien contenait des questions telles que "Qu'est ce que c'est pour vous les VO ?" "Comment s'est passée votre première interaction avec votre bébé ?" "Qu'est-ce qui a été le plus difficile pour vous dans cet accouchement ?" "Cette expérience a-t-elle eu un impact sur votre relation avec les soignants, ou pas vraiment ?" "Est-ce que cette expérience a influencé votre manière de vous occuper de votre bébé ?".

Un consentement oral a été systématiquement demandé aux participantes pour l'enregistrement, la transcription et l'analyse. Les entretiens ont été enregistrés au dictaphone, pseudonymisés, puis retranscrits. Les transcriptions n'ont pas été retournées aux participantes pour commentaire ou correction.

Les données de tous les entretiens ont été codées par la chercheuse, et plusieurs triangulations ont été effectuées par les deux directrices de thèse (SD et ED) et les membres du Grounded Lab (LB, LC, AM) pour assurer une cohérence entre les données et les résultats. Durant l'analyse, des catégories ont été créées par un codage primaire, qui étaient constamment comparées avec celles des nouveaux entretiens, et les codes

modifiés si besoin, afin d'obtenir un codage axial qui a permis d'identifier les thèmes communs. Une dernière étape a consisté à analyser et interpréter ces thèmes.

De la transcription des entretiens, seuls les verbatims retenus pour les résultats ont été inclus dans le texte.

5. RÉFLEXIVITÉ

La chercheuse était interne en psychiatrie, et les deux directrices de thèse étaient respectivement chef de clinique assistante en gynécologie obstétrique et médecine légale et praticien hospitalier en pédopsychiatrie et périnatalité. La chercheuse était une femme, ainsi que les directrices de thèse. La chercheuse n'avait pas d'expérience en recherche qualitative, elle a intégré un atelier de recherche en théorie ancrée (Grounded Lab) encadré par des professionnels du soins (médecin pédopsychiatre, interne en psychiatrie et externe en médecine) et sociologues.

La chercheuse a accepté ce sujet pour deux raisons. Elle se trouvait dans une période de questionnements éthiques sur les différentes pratiques de soins enseignées en psychiatrie, telles que la contention, l'injection ou les hospitalisations sous contrainte. Le sujet lui permettait d'explorer ce qui pouvait être vécu comme violent dans les soins. Elle avait dans l'idée que même si chaque spécialité a ses spécificités dans la relation soignant-soignée, cela lui permettrait d'avoir une réflexion globale sur l'amélioration de sa pratique. D'autre part, le sujet a fait écho à son engagement féministe.

La chercheuse n'avait pas de relation antérieure avec les participantes, celles-ci ont été rencontrées dans le cadre de la recherche menée. Les participantes savaient de la chercheuse qu'elle était une femme, interne en psychiatrie, qui menait la recherche dans le cadre de sa thèse d'exercice de médecine. Les participantes n'étaient pas au courant de la grossesse de la chercheuse. Elle a fait l'hypothèse que son statut de soignante a encouragé les participantes à répondre aux questions, avec l'idée que sa recherche pourrait permettre une évolution des pratiques. Elle a présumé que son statut de femme lui a permis d'être identifiée comme pair.

La chercheuse avait comme préjugés qu'elle retrouverait une forte symptomatologie traumatique chez les participantes, mais que celles-ci auraient tendance à minimiser leur vécu. Elle s'attendait à entendre surtout des récits d'actes réalisés sans consentement lors de l'accouchement. Elle supposait que les participantes allaient décrire des difficultés à construire un lien avec leur enfant qui perdureraient encore au moment de l'entretien.

Concernant les mouvements contre-transférentiels, les entretiens, qui ont été menés lors de la grossesse de la chercheuse, ont majoré son angoisse vis à vis de l'accouchement, et ont influé sur son projet de naissance. Elle a été surprise de constater que son empathie envers les participantes s'est encore majorée à la relecture des entretiens, parce qu'elle avait pu expérimenter un sentiment de vulnérabilité dans les premières

semaines du post-partum. En revanche, son statut de soignante lui a permis de mieux visualiser certaines situations décrites par les participantes, et de mettre en perspective ses propres connaissances et les ressentis exprimés.

RÉSULTATS

16 femmes ont répondu à l'appel à témoins. 3 ne rentraient pas dans les critères d'inclusion, et 1 n'a finalement pas intégré la recherche, sans justifier. Le processus d'inclusion est présenté en figure 1.

12 entretiens ont été réalisés entre novembre 2020 et mars 2021. Les participantes avaient entre 20 et 39 ans, elles étaient en couple et avaient entre 1 et 4 enfants. Leurs caractéristiques sont résumées dans le tableau 1. Lors d'un entretien, la mère d'une participante était présente. Lors de deux entretiens, les bébés des participantes étaient présents. Les entretiens ont duré entre 30 et 120 minutes, avec une moyenne de 80 minutes.

Au cours de l'entretien, les participantes ont été questionnées sur certains antécédents :

- le mode de leur dernier accouchement : 5 avaient accouché voie basse avec instruments, 4 avaient accouché voie basse sans instrument, 2 avaient eu une césarienne en urgence, et 1 avait eu une césarienne programmée ;
- antécédents de suivi par un professionnel de santé mentale : 5 avaient déclaré avoir déjà eu un suivi psychiatrique ou psychologique avant leur grossesse. 2 avaient reçu un diagnostic d'épisode dépressif, 1 avait reçu un diagnostic d'épisode psychotique bref, et 2 rapportaient des épisodes de vie difficiles (placement dans l'enfance, violences) ;
- antécédents de violences vécues : 4 déclaraient avoir déjà subi des violences avant leur grossesse. 3 ont rapporté avoir subi des violences sexuelles, 1 a rapporté des violences physiques ;

Nos résultats ont été présentés en 4 parties. Une première partie a consisté à retracer les trajectoires d'accouchement des participantes en reprenant les éléments importants de leurs récits. L'objectif était d'avoir une approche descriptive des expériences vécues comme des VO. Les trois autres parties correspondent à la présentation des cadres d'interprétation des participantes qui ressortaient des étapes de codage des entretiens. Nous avons rapporté la lecture qu'elles ont eu de leurs interactions avec les soignants, puis nous avons exposé comment ces interactions ont influé sur l'image d'elles-mêmes et la construction de leur parentalité. Enfin, nous avons présenté la manière dont elles se sont réappropriées leur histoire et disaient avoir trouvé un apaisement dans le témoignage et le contact avec les groupes militants.

1. TRAJECTOIRES D'ACCOUchemENTS : À QUELS MOMENTS ET COMMENT LES SOINS ONT-ILS ÉTÉ VÉCUS COMME DES VIOLENCES ?

1.1.1. Grossesse

1.1.2. **Deux participantes ont décrit une souffrance psychique non prise en compte durant leur suivi de grossesse**

L'une d'elle avait fait une fausse couche, l'autre avait subi des maltraitances dans l'enfance.

Entretien n°2 (E2) "Ca a perturbé pas mal de sages-femmes que je rencontrais quand j'étais à la maternité de savoir que j'étais sous anxiolytiques juste parce que j'avais fait une fausse couche. Tout le monde me disait "oui enfin c'est courant" (...) J'arrêtais pas de leur dire "mais faut que j'arrête quand (le seresta) en fait pour pouvoir faire cette tétée d'accueil ?" (...) c'est le seul moment où on m'a dit "Mais vous avez vraiment besoin du Seresta ? Mais pourquoi ?" Mais sinon, on se soucie pas."

1.1.3. **Des participantes ont perçu les soignants comme froids, protocolaires, et rapportaient avoir eu des examens sans leur consentement**

Elles décrivaient un manque d'explication et de réponse à leurs interrogations. En réaction, elles ont changé leur suivi. L'une d'elles a mis en avant qu'elle avait pu trouver auprès d'une sage-femme un accompagnement plus global qu'avec son gynécologue.

Quelques participantes ont mentionné des rendez-vous médicaux trop courts, avec insuffisamment d'information et parfois une brutalité physique, mais ont semblé considérer ce type de comportement comme normal et acceptable de la part des soignants.

E1 "J'ai eu un autre échographe, et il m'a fait un peu mal, parce qu'il était un peu brut de décoffrage et c'était pas qu'avec moi, c'est avec tout le monde et au final j'ai pas cherché plus loin."

1.1.4. **Plusieurs des participantes avaient des appréhensions quant à leur séjour en maternité**

L'une s'était déjà sentie maltraitée par des soignants auparavant, et s'attendait à ce que l'expérience se répète. Les autres appréhendaient que leurs choix ne soient pas respectés, comme par exemple leur projet de naissance.

La réputation et le label éventuel de la maternité "amie des bébés" sont deux paramètres qui ont eu une grande importance dans le choix de l'établissement pour une partie des participantes, que cela rassurait.

1.2. Pré-partum et accouchement

1.2.1. **Plusieurs participantes rapportaient un sentiment de solitude à l'arrivée à la maternité, qui s'est répété lors du travail et de l'accouchement**

E2 "Et là je ne les vois pas pendant 1h et demi 2h. Je ne vois plus personne. Je suis toute seule, mon mari est devant la porte des urgences et me dit "il y a personne qui vient nous ouvrir" et là je sens que c'est de l'angoisse qui monte plus que de la douleur."

Malgré leur douleur, elles ont eu l'impression de ne pas recevoir d'attention de la part des soignants et décrivaient une incompréhension de la hiérarchie de prise en charge des patientes.

E8 "Je suis arrivée à la maternité autour de 16h30 (...) avec beaucoup de contractions, j'ai attendu 1h30 en salle d'attente avant d'être prise en salle d'examen. Ils ont fait passer des cas, des simples visites avant moi alors que j'étais en train d'accoucher."

1.2.2. **Certaines patientes décrivaient des déconvenues à leur arrivée à la maternité**

En particulier, deux participantes ont appris que leur conjoint ne pourrait pas assister à l'accouchement. Cette annonce a été vécue comme brutale car non anticipée.

1.2.3. **Beaucoup des participantes ont décrit un manque d'information des soignants**

Certaines participantes ont eu une indication de césarienne programmée ou de déclenchement qu'elles ne souhaitaient pas. Les informations reçues ne leur ont pas paru suffisamment crédibles pour justifier cette décision.

E7 "J'avais des mauvaises analyses, mais rien de dramatique. A l'hôpital ils ont été d'accord pour attendre jusqu'à 40 semaines et en fait avec différentes questions "Mais est-ce que vous aimez vraiment votre enfant? Est-ce que vous êtes consciente des risques ?" "Regardez on est gentil, votre col est favorable au déclenchement mais on ne le fait pas." (...) Je n'ai pas pu poser mes questions. En plus j'ai entendu parler, j'étais dans les couloirs, des gens qui m'ont jamais vue, (...) sans bien sûr se rendre compte que c'était moi à côté (...) ils m'ont traitée de folle, voilà, et du coup j'ai accepté ce déclenchement."

Elles ont reçu des informations contradictoires concernant leur prise en charge.

E8 "J'avais une SF étudiante (...) Quand elle m'a examiné elle m'a dit "bah écoutez vous êtes à 2 pour moi vous allez rentrer chez vous" finalement elle a été chercher quelqu'un d'autre qui m'a dit "mais écoutez madame vous êtes ouverte à 3 vous restez on passe en salle d'accouchement."

L'une des participantes racontait la banalisation qu'elle avait ressenti de la part les soignants concernant les symptômes qu'elle avait exprimé.

E12 "J'avais des contractions qui revenaient de plus en plus rapidement, je commençais donc à avoir très mal, je me posais des questions (...) mais la sage-femme m'a dit que c'était normal dans le cas où le bébé est grand, et en fait je faisais une hyper sensibilité au tampon de prostaglandine (...) ils ont rien fait, ils ont décidé de le laisser là, j'ai eu 5h d'hypercinésie. Je demandais de l'aide, j'étais fatiguée, j'ai eu des vomissements, j'ai demandé quelque chose pour la douleur et si on m'avait dit qu'il fallait enlever le tampon, je l'aurais fait moi-même ! J'ai cru que, bon c'est comme ça, c'est mon premier accouchement je sais pas trop. J'ai tellement vomi et tout et y avait tellement pas de sage-femme, et c'est mon mari qui a tout nettoyé ! (...) J'ai demandé qu'il fasse au moins le gaz hilarant, la péridurale pour avoir moins mal mais rien ! On m'a juste donné du Paracétamol. "

Les explications et réponses données n'ont pas toujours été satisfaisantes et suffisamment rassurantes pour les participantes. Certaines participantes rapportaient ne pas avoir eu d'information avant leur passage en suite de couche.

E2 "On va me recoudre pendant près d'une heure. Sans rien me dire. Il se lève, ça dure 3 minutes, et il m'explique que j'ai une déchirure complète compliquée jusqu'à l'anus, que ça va être très délicat en termes de cicatrisation, et surtout pour ensuite refaire le périnée correctement. (...) mais ça arrive, et c'est comme ça "mais vous inquiétez pas" et voilà. Ça dure 2 minutes, je me prends un flot d'informations, je ne comprends strictement rien, je suis épuisée, et on me dit ça, et il se barre."

Les participantes ayant été césarisées, dans un contexte programmé ou d'urgence, rapportaient une absence d'explication sur le déroulé de la procédure et un manque de réassurance.

1.2.4. Plusieurs participantes décrivaient et un vécu d'hostilité dans la salle d'accouchement

E7 "Elle (la sage-femme) a sonné, 3 personnes sont entrées et se sont mises autour de moi sans se présenter mais en demandant simplement pourquoi j'étais par terre au sol, la sage-femme leur a répondu en leur expliquant que c'était mon choix ainsi que mon refus de la péridurale et j'ai bien compris alors qu'ils étaient hostiles à ce genre de décision, ils se sont d'ailleurs mis de l'autre côté du lit, j'étais totalement dépassée par tout cela, ils étaient là pour regarder et c'est tout, et là j'ai été prise de panique inexplicable, j'ai cru que je n'allais jamais arriver à accoucher, à part regarder et parler de moi, ils ne faisaient rien, je n'avais qu'une envie, c'est de partir et je n'arrivais plus à me concentrer, ils parlaient de tout sauf de ce qui se passait sous leurs yeux, c'était déstabilisant. J'ai poussé alors très fort une 1ère fois, j'étais donc au sol, agenouillée, les 3 auxiliaires en face qui se parlaient, et à la 2ème poussée, le bébé est sorti complètement, je me suis

retournée pour voir et personne n'a retenu le bébé qui est tombé au sol, tout fragile, sur le revêtement de sol, c'était horrible, en plus devant ces personnes qui théoriquement sont là pour assister et non pas pour juger."

L'une des participantes avait vécu comme anxiogènes les propos des soignants qui se sont excusés de devoir appeler l'obstétricienne.

Des participantes déploraient le manque de réassurance et l'aspect froid et anonymisé de leur accouchement.

E10 "Pendant les moments de récupération, y a rien à toucher, personne à voir, il y a juste 2 personnes qui sont masquées, qui sont entre vos cuisses et qui attendent que ça sorte. Pas moyen de voir leur regard non plus car ils ont des lunettes."

1.2.5. La péridurale était source de plusieurs types de difficultés pour les participantes

Les participantes décrivaient ne pas avoir été entendues lorsqu'elles exprimaient leur douleur.

E3 "Elle (l'anesthésiste) fait "je lui mets deux doses de cheval, vous attendez avant de faire quoi que ce soit, et après vous pourrez faire" elle est sortie, la gynéco a repris ses spatules et elle a tiré. Donc du coup elle a tiré elle a tiré et elle tirait tellement fort et de manière continue que je pouvais pas respirer."

Plusieurs participantes disaient avoir été pressurisées pour accepter la pose de péridurale, bien qu'elles aient indiqué ne pas la souhaiter.

E9 "Elle (la sage-femme) m'a dit : mais Madame, vous êtes sûre de ne pas vouloir la péridurale ? Mon conjoint lui a cependant bien précisé que sur le projet de naissance, il était clairement noté que je ne voulais pas de la péridurale, je n'étais pas capable de réagir au vu de la souffrance due aux contractions. Mais elle a insisté en disant et sur un ton plus que moqueur : mais Madame, vous êtes sûre de ne pas vouloir la péridurale ? En plus, on va vous « casser » la poche des eaux, vous allez avoir encore plus mal. Et moi j'avais les contractions qui se rapprochaient, je me disais mais qu'est-ce que ça va être ? Du coup, j'ai autorisé la péridurale"

Une des participantes expliquait son refus car elle s'était sentie effrayée et insécurisée par la prise en charge, et souhaitait garder tous ses moyens.

1.2.6. Plusieurs participantes disaient avoir exprimé leur douleur et malaise sans être prises en compte

Deux participantes ont décrit une césarienne sans analgésie.

E8 *“En salle de césarienne j’avais 6 personnes qui étaient en train de me tenir les bras et les jambes puisque mon corps tremblait de partout avec la douleur de l’ouverture et le fait qu’ils me tiraient sur mon ventre et j’avais l’anesthésiste qui était au niveau de ma tête, qui était à ma hauteur et qui n’a rien fait. (...) quand ils ont commencé à m’inciser j’ai dit “mais vous savez que je sens tout” et je me suis mise à hurler de douleur, vraiment à hurler de hurler et ils ont pas... ils ont rien fait pour me calmer en fait.”*

Plusieurs participantes décrivaient avoir été contraintes à accoucher en position gynécologique.

E4 *“A la fin à la poussée en fait j’étais pas bien sur le dos j’avais envie de vomir je me sentais vraiment mal, et du coup j’ai demandé à plusieurs fois être mise sur le côté et tout mais ça m’a été, enfin on m’a un peu ignoré, ça m’a été refusé ils ont dit “non non mais on a pas le temps””*

Plusieurs participantes disaient avoir signalé aux soignants qu’elles sentaient et avaient mal lors des sutures post accouchement, sans obtenir de réponse efficace.

E9 *“Je n’ai pas compris car j’avais très mal entre les jambes et ça piquait. En fait elle était en train de me recoudre, j’ai dit non, je ne veux pas qu’on me recouse, (...) elle était en train de me recoudre sans en avoir parlé, je sentais tout, à chaque point d’aiguille je hurlais, je disais que j’avais mal et que je ressentais tout, elle a parlé à l’anesthésiste, il a bidouillé un truc mais je ne sais pas quoi, je continuais à leur dire d’arrêter car ça faisait trop mal mais ils ne m’ont pas écouté, et elle m’a dit dans 15 minutes, c’est fini, j’avais à ce moment-là le bébé sur moi et comme je hurlais, ils me l’ont repris et remis sur le papa.”*

1.2.7. Des participantes rapportaient que des gestes non consentis avaient été pratiqués

E6 *« On m’a posé une perfusion, je ne sais pas pourquoi, je n’avais pas le droit de boire, et pourtant on était fin juillet, il faisait chaud et j’avais très soif, je n’ai jamais eu aussi soif de ma vie (...) »*

Deux participantes supposaient qu’elles avaient été déclenchées, sans en avoir été informées, par un décollement des membranes lors d’une consultation.

Une participante décrivait avoir subi une expression abdominale.

E1 *“Comme j’arrivais pas à faire sortir mon fils, elle a appuyé très fortement sur le ventre pour essayer que ça sorte plus vite, ça fait très mal clairement c’est pas très agréable, et à un moment elle a dit “de toute façon vous poussez pas assez vite, si vous poussez pas ça va être accouchement médicalisé je vais devoir appeler le médecin pour les forceps ou les ventouses, et vous avez pas envie de ça en fait.””*

Trois participantes ont eu une épisiotomie, deux d’entre elles l’ont découverte a posteriori, en questionnant au moment de la suture ou en lisant leur dossier.

E4 "j'ai eu une épisio sans qu'ils me le disent. C'est pas sans consentement c'est sans qu'ils me le disent, et je l'ai découvert en fait après quand je leur ai demandé ce qu'ils fabriquaient parce qu'ils étaient en train de me recoudre."

L'une des participantes disait avoir subi une révision utérine sans son consentement.

1.2.8. Le projet de naissance n'a pas été respecté pour plusieurs participantes

L'une d'elles souhaitait couper le cordon ombilical avec son mari, mais l'obstétricienne l'avait coupé sans le leur dire. Une autre des participantes s'est vue imposer la rupture artificielle des membranes, et refuser le clampage tardif du cordon ombilical, en raison d'un manque de temps.

E5 "J'avais dit sur mon projet de naissance que je voulais découvrir le sexe du bébé, bon ils me l'ont dit c'est pas grave, j'aurais préféré découvrir moi-même le sexe de mon bébé ils m'ont dit "bah prenez la c'est une fille" j'ai fait "bon c'est pas grave" voilà, du coup après j'avais dit sur mon projet de naissance "Je ne veux pas d'ocytocine pour délivrer le placenta, ça se fait naturellement et je veux pas qu'on m'appuie sur le ventre" bah pouf direct ils me font la pique et j'dis "Mais j'ai dit non et tout ça" "Ah mais non mais nanana" et puis bon après elle vient elle m'appuie sur le ventre".

1.2.9. Les participantes ont eu l'impression que les soignants n'avaient pas tenu compte de leur état physique et psychique lors de la rencontre avec leur bébé

E11 "On m'a mis le bébé sur le torse, elle hurlait car elle n'était pas prête à sortir car elle avait ressenti tout mon stress depuis 7 h du matin, elle n'était pas bien du tout, je me rappelle simplement qu'une personne m'observait, l'air de dire que maintenant, il fallait que je m'occupe de mon bébé, même si nous n'étions pas bien l'une et l'autre."

Plusieurs participantes rapportaient leur incompréhension devant les allers et retours que faisaient les soignants avec leur bébé, dans le cadre des premiers soins ou parce qu'elles étaient trop douloureuses pour le porter. L'une d'elles a vécu comme difficile de rencontrer son bébé alors qu'il avait déjà été habillé. Une autre a été marquée par la vision de son enfant en détresse respiratoire, sans réassurance.

E1 "Comme ça on dirait pas trop que c'est des violences et tout, mais en fait on nous a rien dit. Il y a juste le médecin à la toute fin de l'accouchement il nous a montré mon fils, mais il était bleu clairement (...)"

Plusieurs participantes se sont senties pressurisées par les soignants concernant la tétée d'accueil.

E1 *“Au moment de la mise au sein, la personne dans la salle a appuyé sur ma poitrine pour faire sortir le colostrum.. Mon dieu mais quelle horreur, elle a appuyé comme un fou, j’ai cru que j’allais perdre un sein clairement, je me suis dit “C’est bon, elle va l’arracher, c’est peut-être ça en fait le but du truc”, et elle m’a fait tellement mal qu’en premier je me suis dite “Mais laisse tomber je veux pas le faire”.”*

1.2.10. **Dans plusieurs des témoignages, les participantes soulignaient la détresse de leur accompagnant**

D’une part, certains n’ont pas pu assister à l’accouchement.

E11 *“Ils me l’ont alors reprise pour l’amener au papa, donc lui aussi s’est retrouvé avec un bébé qui hurlait, pendant 30 min le temps que l’on me recouse, et il ne savait même pas si c’était son bébé, comment aurait-il pu le savoir ?”*

Pour l’une des participantes, il a été exclu, après qu’elle ait été testée positive au COVID 19, la laissant seule en salle de travail.

Pour d’autres participantes, les pères présents lors de l’accouchement n’ont pas pu faire entendre la voix de leur compagne bien qu’ils aient secondé leurs protestations lorsque des actes non consentis ou non souhaités étaient réalisés.

E3 *“Elle a tiré tiré tiré et donc du coup moi j’ai senti le ciseau de l’épisio mais c’est pas ça qui me faisait le plus mal (...) Mon mari a eu un moment de bug (...) il s’est dit “mais attend elle a dit qu’elle voulait pas d’épisio c’est marqué sur son projet de naissance mais si la gynéco elle sort le ciseau c’est qu’il y a peut-être un problème” (...) il était en état de sidération à côté il savait même plus quoi faire.”*

1.3. Suites de couches

1.3.1. **Les soignants et l’institution apparaissaient comme défailants dans les récits des participantes**

D’abord à travers des erreurs de prise en charge. L’une des participantes a découvert que des compresses avaient été oubliées dans son vagin, ce que les soignants auraient banalisé. Une autre n’a pas pu rencontrer la psychologue de la maternité en raison des restrictions sanitaires liées à la COVID 19.

E8 *“Je ne savais pas pourquoi j’arrivais pas à respirer, pourquoi j’arrivais pas à me mettre debout ou ne serait-ce qu’assise, et au bout de 3 jours quand y avait eu une sage-femme qui arrivait elle a dit “Bah écoutez j’étais là le jour où vous avez accouché, les personnes ont pas été au bout de votre dossier mais vous avez fait*

une hémorragie.” donc c’est là où j’ai compris qu’en fait les soignantes (...) elles s’en fichaient totalement puisqu’elles n’avaient pas lu le dossier entièrement en fait.”

Ensuite, plusieurs participantes expliquaient qu’elles s’étaient vu refuser de l’aide en raison d’un manque de temps des soignants, débordés par d’autres patientes.

L’accompagnement à l’allaitement a semblé particulièrement défaillant dans leurs récits, avec une culpabilisation de la part des équipes envers les mères non allaitantes. De même les mères allaitantes pointaient le manque de formation et d’aide à sa mise en place.

Une participante soulignait ainsi la solitude ressentie pendant le séjour, y compris dans l’apprentissage des soins au bébé.

E9 “Après, je suis donc restée 7 jours toute seule puisque c’était le confinement, le papa n’avait pas le droit de venir, donc pas de visite, toute seule avec mon bébé, sachant que c’était mon 1er bébé, on ne m’a pas montré les soins, on ne m’a montré qu’une seule fois en 7 jours comment changeait une couche, on ne m’a même pas dit pour tous les autres soins – yeux, oreilles, nez, etc. les soins pour le cordon. J’avais vraiment l’impression d’être cloîtrée dans ma chambre.”

Une participante, isolée en raison d’une infection par la COVID 19, décrivait une distance physique qu’elle a perçu comme disproportionnée de la part des soignants.

E10 “C’est horrible et pendant tout ce séjour, j’ai eu l’impression d’être une paria, je suis la personne à fuir, je vais presque les contaminer si je les regarde !”

Enfin, l’une des participantes dénonçait la saleté des sanitaires communs en suites de couches qui n’étaient, à son avis, pas nettoyés systématiquement, et le dégoût que cela lui a inspiré. Une autre participante pointait le délabrement de l’établissement.

E10 “Le ménage dans ma chambre n’a pas toujours été fait, les poubelles s’entassaient mais ça, je l’ai vu après, j’ai même pris des photos ! A un moment donné, je me suis dit que ça n’était pas possible, ils devaient s’occuper des poubelles et ne pas attendre que ça s’entasse ! Alors j’ai réclamé, j’ai dit que je perdais du sang et qu’il fallait quand même changer les draps, qu’on pouvait quand même ouvrir les fenêtres car même si j’étais COVID +, j’avais besoin d’air et il fallait quand même aérer la pièce, mais on m’a expliqué qu’ici, les fenêtres étaient condamnées.”

1.3.2. Les participantes se plaignaient de la temporalité des soins qui ne respectait pas leur rythme et celui de leur enfant

Pour l'une des participantes, l'allaitement a été une source de tension très importante avec les soignants. Elle expliquait que sa fille avait nécessité un traitement par photothérapie et que les soignants avaient refusé à plusieurs reprises qu'elle l'allaite, au motif de ne pas compromettre le traitement.

E5 "Je repasse encore une fois (dans la nurserie), pareil elle pleure, les poings à la bouche, je retrouve des pipettes de truc rose et la tétine à côté de son bac là, donc en fait j'suis passée comme ça 4-5 fois et c'était toujours le même scénario, elle pleurait elle pleurait et ils la laissaient comme ça, oh lala je me dis "mais qu'est ce qui se passe, qu'est ce qui se passe pourquoi ils m'appellent pas pour que je l'allaite, pourquoi ils m'appellent pas ?" donc à chaque fois que j'entends un bébé pleurer je deviens folle je cours dans la nurserie."

Plusieurs participantes ont noté que les soignants et le personnel de l'hôpital n'hésitaient pas à allumer les néons, et à entrer dans la chambre quelle que soit l'heure, pouvant ainsi réveiller la dyade, ou interrompre la participante dans son intimité. Les participantes notaient un décalage entre leurs besoins et les interventions des soignants.

E12 "Mais pendant l'hospitalisation les gens ils rentrent dans la chambre à l'heure qui les arrange, comme dans une usine, le personnel passait dans la chambre pour faire leurs affaires, mais un vide humain total, on ne demande même pas si ça va, "oh félicitation vous avez eu un bébé" on vous dit juste qu'il va falloir penser à se lever un peu, et quand on leur dit qu'on a la tête qui tourne, qu'on a besoin d'un peu d'eau, d'un peu d'aide, personne ne vous écoute."

1.3.3. Les participantes se plaignaient d'avoir reçu des informations contradictoires ou insuffisantes

E6 "J'avais posé la question à une gynécologue qui était venue dans la chambre, je lui ai demandé à quoi c'était dû, ça me semblait important de comprendre, elle m'a répondu qu'on ne savait pas toujours à quoi rattacher une hémorragie, j'ai eu l'impression qu'elle noyait un peu le poisson."

Le manque de continuité des soins revenait souvent dans le récit des participantes.

E3 "Et là le lundi bah c'était pas la gentille dame toute gentille qui est venue, c'est une grognasse j'ai pas d'autre mot, qui rentre dans la chambre, qui voit ça et qui me fait "Mais elle a pas de bonnet là !" "Bah non." "Mais elle va avoir froid !" donc du coup elle commence à enlever toute la turbulette et tout alors que la petite était en train de dormir, et elle fait "Mais attendez, elle est pas dans son berceau, mais c'est quoi ça (...)" et je fais "Bah c'est votre collègue qui m'a dit de faire ça." "Mais c'est n'importe quoi, mais les risques de mort subite du nourrisson vous en avez jamais entendu parler, un bébé ça dort que dans les berceaux." (...) "Non mais de toute façon vous avez pas le choix." et elle me la prend elle la met dans le berceau. Donc là forcément la petite se met à hurler et "Ah non non non mais de toute façon voilà c'est comme ça la petite elle dormira

dans le berceau c'est comme ça." (...) et elle commence à lui prendre la température donc du coup sous l'aisselle elle fait "Ah bah oui bah 36 bah oui elle a froid cette petite normal qu'elle hurle." et en fait elle est revenue toutes les heures et toutes les heures le même schéma, (...) elle a fait ça toute la nuit (...)."

Plusieurs participantes déploraient que les médecins présents lors de leur accouchement ne soient pas venus les voir pour discuter des interventions.

1.3.4. Les participantes décrivaient, dans la continuité du travail et de l'accouchement, un sentiment que leur état psychique et physique n'avaient pas été pris en compte

Plusieurs participantes ont perçu de la moquerie ou un manque de compassion de la part des soignants lorsqu'elles les ont sollicités dans des moments d'angoisses.

E1 "Clairement, moi j'étais après l'accouchement à un point de fatigue que je me suis dite "je l'aurais lancé par la fenêtre ç'aurait été la même chose". (...) Et je lui ai demandé deux fois de venir. (...) Elle m'a dit "mais pourquoi vous sonnez en fait?" et je lui ai dit "Bah mon fils ça fait 2h qu'il pleure j'arrive pas à l'arrêter, est ce que vous pouvez m'aider?", et elle m'a dit "Écoutez madame essayez toute seule et on reviendra dans une heure." (...) j'ai essayé et tout pendant 1h. (...) Ça n'a pas marché, c'était pire d'ailleurs, et quand je suis revenue j'ai craqué, je me suis mise à pleurer d'un coup j'ai fait une crise d'angoisse au top du top, genre clairement j'étais en boulette dans la salle de bain, tout ce que je voulais c'était qu'on me laisse mourir en paix. Je me suis dit "Laissez-moi mourir maintenant c'est bon j'ai assez vécu, 3 jours c'est bon je veux plus.". Elle est venue me chercher, elle m'a dit "Madame vous vous rendez compte vous allez pas vous laisser submerger par vos émotions comme ça, ça va être comment à la maison après, votre conjoint il va pas être là tous les jours, il va falloir gérer toute seule, si vous faites des crises d'angoisse dès que votre bébé il pleure en fait vous allez en faire jusqu'à ses 18 ans, franchement ça va être un enfer et tout, moi je vais prévenir la PMI parce qu'une maman qui pète un plomb comme ça, ça veut dire qu'elle va frapper son enfant et tout.."

Plusieurs participantes ont regretté le manque d'attention donnée par les soignants à l'état psychique de la mère en post-partum.

E7 "Pour ma fille, j'ai vraiment eu peur qu'à la suite de sa naissance, il ne lui arrive quelque chose de grave et qu'on me l'enlève, j'ai eu peur qu'elle meure. Je pouvais pas en parler, c'était trop fort. Le pire, au 2ème jour de l'accouchement, la 2ème sage-femme qui était là au moment de la poussée est revenue me voir (...) je lui ai alors rappelé qu'au moment de l'accouchement, mon bébé était quand même tombé et elle a ri et en disant que ce n'était qu'un petit plouf, que j'avais poussé trop fort et trop rapidement ! Et puis elle est partie aussitôt."

E2 *“On vous suit pendant neuf mois comme du lait sur le feu, vraiment, vous accouchez, moment T, et après ce qu’il se passe après, la maternité ils en ont pas grand-chose à faire. Alors qu’au final, ces femmes qui ont été cocoonées pendant neuf mois, alors même si c’est que médical, elles ont la chance d’avoir été écoutées, bah écoutez les après en fait. Parce qu’après c’est autre chose, mais c’est compliqué. Ça peut être compliqué en tout cas.”*

Deux participantes pointaient le décalage entre leur ressenti et les réactions des soignants.

E9 *“Les sages-femmes ont beau me dire que ma cicatrice est belle, cela reste une cicatrice que je n’ai pas demandé à avoir, on ne me l’a même pas demandée.”*

L’une des participantes décrivait le rituel matinal du médecin qui passait chaque jour dans sa chambre, sans jamais lui demander des nouvelles de son bébé ni même le regarder. Elle disait s’être sentie comme un numéro de chambre parmi d’autres, et sans considération pour son enfant. Plusieurs participantes avaient ressenti un manque de personnalisation des soins.

E11 *“On était vraiment à la chaîne.”*

La douleur en particulier, n’était pas écoutée d’après les participantes.

E4 *“J’avais une brèche de dure mère à cause de la péridurale et du coup ça cause des maux de tête horribles, et donc j’ai dit plein de fois “C’est pas normal j’ai hyper mal à la tête j’arrive plus à me lever.”, je pouvais même pas être genre assise comme ça tellement j’avais mal, et du coup en fait ils me disaient “Non mais ça doit être l’après accouchement, oh mais non c’est la fatigue, oh on va vous donner du doliprane ça ira.”, puis j’en ai même une qui m’a dit “Oh ben c’est toujours le soir que vous vous plaignez enfin avec moi quoi !” en gros “Ça fait chier.” (rire) et donc après j’suis arrivée au 3ème jour à supplier à dire “Non mais c’est pas normal en fait moi j’suis pas migraineuse.” donc j’ai limite pleuré et tout pour que ça fasse réagir.”*

Plusieurs participantes se sont trouvées choquées et humiliées devant des symptômes physiques du post partum tels que l’incontinence, et n’ont pas reçu de réassurance auprès des soignants.

E3 *“C’est un truc (...) dont j’aurais bien voulu qu’on me parle, c’est l’incontinence anale (...) J’appelle, et puis là la dame, elle arrive et puis elle me fait “Quoi c’est pour quoi ?” et je fais “Bah je suis souillée, faut que j’aille à la douche vous pouvez pas garder ma fille le temps que j’y aille quoi ?” “Non on a pas que ça à faire hein on a 3 paires de jumeaux dans le service donc votre fille si elle a faim vous la mettez au sein.”*

1.3.5. Les participantes se sont vues à nouveau imposer des gestes sans consentement, sur elles et leur enfant

L'une des patientes a décrit qu'une soignante lui a annoncé qu'elle allait l'examiner, et l'a sondé sans l'en informer.

L'une des participantes, malgré ses protestations, n'a pu empêcher le pédiatre de donner du paracétamol à sa fille dans le but de la faire arrêter de pleurer, sans efficacité.

E11 "Elle a tellement hurlé que le pédiatre de garde lui a donné de l'eau sucrée, puis du Doliprane, on ne m'a même pas demandé si je voulais ou pas, c'est moi le docteur et c'est moi qui sais ce que je dois faire ! La 1ère chose que ma fille a eu, à part le sein, c'était du Doliprane et de l'eau sucrée ! Finalement, la petite était en panique et on a réussi à la rassurer à partir du jeudi matin et elle n'a plus pleuré le temps du séjour en clinique."

1.3.6. Les participantes rapportaient néanmoins le bienfait immense qu'avait pu avoir une interaction positive avec les soignants en suites de couches

L'une des participantes a décrit comme miraculeux le soutien que lui a apporté une soignante en s'occupant de son enfant, lui laissant ainsi un temps de sommeil qui a été salvateur. Pour une autre, c'est le fait d'avoir pu obtenir des explications et des justifications sur les protocoles du service qui lui a permis de s'apaiser.

E2 "Je pense que le seul moment un peu privilégié qu'on a eu c'est ça, et un soir où ça allait vraiment pas, où là clairement je leur ai dit "Non mais, dites-moi que mon fils il va bien dites-moi que ça va en fait!" Et là y a quelqu'un qui a passé une demi-heure avec moi et qui m'a dit "Vous savez, vous êtes dans la partie de la maternité où on estime que vous pouvez gérer par vous-même, et que vous êtes entre guillemets des parents sains." Alors sur le coup on s'est un peu regardé genre "OK". Elle dit "Donc en fait vous inquiétez pas." Je lui fais "Mais c'est important que vous disiez aux gens de pas s'inquiéter, enfin nous c'est notre premier bébé, on le voit il est cool hein voilà, mais très clairement.. voilà".

1.3.7. Le co-parent a à nouveau eu une place mal définie dans les suites de couche

Certains y étaient acceptés, d'autres catégoriquement exclus. Le conjoint d'une participante isolée car positive au COVID a dû insister pour être autorisé à rencontrer son fils.

E10 "En conclusion, un accouchement où le papa n'a pas pu assister, un papa qui n'a pas pu voir son fils tout de suite, il a fallu qu'il enfonce les portes pour le voir au 5ème jour avec un test COVID négatif, donc pas de motif pour l'empêcher de voir son fils, il a pu le voir mais il était dans une pièce à part et il était surveillé au cas où il aurait enlevé le masque, les lunettes, etc."

1.4. Retour à domicile

1.4.1. **Des participantes ont vécu le retour au domicile comme une libération de l'hôpital**

Elles décrivaient un soulagement de retrouver leurs repères, et pour certaines de sortir de l'isolement.

E10 "Je n'avais qu'une idée, c'était de partir."

1.4.2. **Les stigmates physiques de la grossesse et de l'accouchement étaient présents dans le quotidien des participantes**

La douleur était très présente dans le récit du post-partum des participantes. Elle représentait un frein à leur maternage (allaitement, portage). Apparaissait aussi la gêne d'être dépendante physiquement.

E4 "J'ai arrêté d'allaiter parce que j'avais mal partout, je pouvais plus me lever, donc voilà c'était horrible quoi, j'avais tellement mal dans le dos à cause du blood patch (...) que j'arrivais pas à le porter alors qu'il était pas si lourd que ça donc, en fait j'ai dû être assistée pour tout quoi pendant à peu près un mois."

1.4.3. **Les participantes décrivaient l'apparition de signes de souffrance psychique**

Ces signes apparaissaient avec différentes temporalités : dès le retour de la maternité pour certaines, à quelques mois pour d'autres. Neuf participantes décrivaient des pleurs à l'évocation du souvenir de leur accouchement. Deux présentaient des crises d'angoisses, et l'une d'elles a exprimé des idées suicidaires. Un tiers des participantes avaient des cauchemars de leur accouchement et des troubles du sommeil.

E12 "Je me réveille toutes les nuits à l'heure où mon bébé est né, je pleure avec des peurs, comme si j'allais mourir, je ressens toutes les souffrances comme les coupures."

La moitié des participantes décrivaient des reviviscences lorsqu'elles voyaient leur reflet, en regardant la télévision, lorsqu'elles croisaient des soignants ou à la vue de leur enfant. On retrouvait une hypervigilance qui s'exprimait surtout à l'extérieur. La moitié des participantes rapportaient également un évitement ou une anxiété à l'idée de retourner dans l'établissement dans lequel elles avaient accouché.

E10 "Parfois je le (mon fils) regarde et je me dis qu'est-ce que j'ai peur qu'on lui fasse du mal et j'ai peur qu'on me l'enlève. C'est assez récurrent, ça arrive au moins 1 fois par jour."

Plusieurs participantes ont initialement mis de côté le souvenir difficile de l'accouchement pour assurer leurs fonctions maternelles.

E10 "Si je m'étais attardée sur ça, j'aurais flanché et je ne le voulais pas, il fallait que je m'occupe de mon bébé, le changer, le coucher, être là, une mission en quelque sorte."

1.4.4. Les participantes se sont senties mal accompagnées par les soignants

E2 "Mais c'est vrai qu'on s'est pas du tout senti accompagné du coup, tout le monde nous disait "bon, on vous renvoie à la maison, on va vous aider." mais finalement personne n'est jamais venu vraiment. On a eu le sentiment qu'on nous avait laissé, genre "partez, vous êtes plus notre problème"."

L'une des participantes soulignait que la solitude ressentie à l'hôpital s'était prolongée à son domicile malgré les visites soignantes en post-partum, et qu'à nouveau sa parole n'avait pas été prise en compte lorsqu'elle s'inquiétait de son fils qui présentait un reflux.

1.5. Suivi médical

1.5.1. Pour certaines participantes, le suivi post partum a été de nouveau source de difficultés dans leur relation avec les soignants

Lors de la consultation du post-partum, une participante a noté le manque de reconnaissance de sa souffrance par le gynécologue qui s'est déchargé de sa responsabilité des séquelles physiques et psychiques de son accouchement.

E2 "Il me dit "Ah bah oui mais, fallait pas accoucher en octobre madame!" "Comment ça, fallait pas accoucher en octobre ?" "Ah bah oui mais c'est le pic des naissances, vous savez nous c'est le mois où on fait le plus de naissances." Je fais "Mais en fait j'en ai rien à faire.", c'est à dire que moi j'ai dit "En fait excusez moi. Excusez moi d'être tombée enceinte au mois de janvier après une fausse couche qui m'a totalement rétamée et traumatisée, je suis vraiment navrée." Il me dit "Ah bah oui mais c'est comme ça.""

L'une des participantes a confié à sa sage-femme ne plus avoir de rapports sexuels car trop douloureux, et s'est vue répondre qu'elle devait se forcer. Elle a également été confrontée à des propos culpabilisants de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) concernant son allaitement, dans la prolongation des propos tenus par la maternité. Elle notait avoir pu se défendre cette fois, et obtenir des excuses, mais que cela avait signé la fin de son suivi à la PMI.

Une autre participante n'a pas reçu le soutien qu'elle espérait de son médecin traitant et a décidé d'en changer.

1.5.2. **Plusieurs participantes ont renoncé ou retardé des soins pour ne pas rencontrer à nouveau de soignant et être examinées**

L'exemple qui revenait le plus souvent était celui de la rééducation du périnée. Certaines ne consultaient désormais que pour leurs enfants. L'évitement et la perte de confiance envers les soignants revenaient ainsi dans plusieurs entretiens.

1.5.3. **Plusieurs participantes ont trouvé, auprès de soignants ambulatoires, un soutien, et une validation de leur souffrance**

Elles rapportaient aussi une décredibilisation du travail réalisé à l'hôpital. Le médecin traitant a servi de pilier pour quelques-unes.

E1 "Quand je suis allée voir mon gynéco pour la visite 6 semaines après, il a vu que j'avais la cicatrice qui s'était pas très très bien cicatrisée, du coup il m'a demandé ce qu'il s'était passé, je lui ai raconté et il m'a dit "Mais c'est pas normal". Il m'a dit "On vous laisse pas repartir de la maternité avec un bassin qui est dévié, on vous laisse pas repartir avec un bébé qui pleure dans les bras sans avoir de conseil pour savoir comment gérer la frustration ou le stress."

Beaucoup de participantes ont sollicité des professionnels de la santé mentale, trois ont été diagnostiquées comme souffrant de dépression du post-partum, et trois de syndrome de stress post traumatique.

E1 "A partir du moment où je me suis dit que j'allais me foutre en l'air. J'étais arrivée à un point de fatigue, que je m'étais dite "Je suis trop fatiguée, j'arriverais jamais". A partir du moment où j'arrivais plus à m'alimenter correctement, et que je voulais plus prendre de douche, et que je voulais plus m'occuper de mon fils, et que je voulais plus sortir, et que je passais ma vie soit à fumer des clopes, soit à boire du café, je me suis dite "Oulalala t'es en train de nous faire le tableau parfait de la dépression qui revient.""

La plupart décrivaient que ces soins les avaient aidées. Néanmoins, quelques participantes ont cessé leur suivi après avoir eu le sentiment d'être à nouveau insuffisamment écoutées ou que leurs symptômes étaient minimisés.

E9 "J'ai mis fin au suivi car à chaque fois, elle me forçait à accepter que ce n'était pas si grave ce que j'avais vécu, elle m'a même dit un jour qu'il valait mieux une épisiotomie qu'une déchirure, en gros qu'elle recevait

des patientes qui avaient subi des déchirures et que c'était bien plus grave. Au bout de 4 séances, elle m'a dit que comme je ne voulais pas accepter et je ne l'accepterai jamais, qu'elle ne pouvait rien faire pour moi."

1.6. Démarches légales et médiations

1.6.1. **Certaines participantes n'ont pas souhaité entamer des démarches à l'encontre des soignants**

Plusieurs motivations étaient exprimées : la peur de ne pas être crue par la maternité, la peur de la réaction des soignants, la priorité donnée à leur santé, et beaucoup évoquaient l'aspect chronophage des procédures et leur lenteur.

E4 "J'ai demandé mon dossier médical déjà pour tout avoir, et puis après je voulais, enfin à la maternité ouais j'ai fait un courrier, mais voilà après enfin je me suis renseignée sur les procédures, aller en justice machin mais c'est trop compliqué et moi l'important c'était après de regagner ma santé aussi."

La validation de leur entourage et des soignants extérieurs était suffisante pour certaines.

Une autre estimait qu'une démarche de plainte aboutirait forcément à un échec, et disait ne pas avoir la force de s'y confronter à nouveau, après l'échec de son accouchement.

1.6.2. **D'autres participantes ont souhaité rencontrer les soignants afin de discuter de leur prise en charge**

Deux participantes ont demandé une médiation. L'une s'est sentie considérée comme folle, a été remise en question dans son récit, et n'a pas obtenu de médiation avec tous les soignants comme elle le souhaitait.

L'autre participante a pu obtenir lors de la médiation des excuses au nom des soignants, et la reconnaissance de la véracité de son histoire, ce qu'elle a vécu comme un soulagement. Elle décrivait néanmoins un long parcours au cours duquel elle a rapporté la tentative de la part d'une soignante d'enterrer sa demande de médiation. Elle déplorait le maintien de l'anonymat des soignants, en particulier de l'anesthésiste qui a failli lorsqu'elle a subi une césarienne sans analgésie.

E12 "C'est important et ça fait du bien car si cela n'avait pas été reconnu, ça aurait été pour moi un autre palier de violence psychique, s'excuser auprès de moi est très positif. S'ils étaient venus me voir après l'accouchement en me donnant des explications, tout aurait été différent."

Deux participantes avaient rencontré les chefs de service des maternités. Pour l'une d'elle, le médecin a admis l'aspect volontaire de ne pas informer les patientes d'effets secondaires pour éviter qu'elles refusent certains actes. Pour l'autre, qui espérait que sa détresse suite à son accouchement et à la chute de son bébé soit légitimée, ce rendez-vous a été une déception.

E7 "Ce rendez-vous avec le chef de service s'est très mal passé, il m'a laissé parler puis il a totalement retourné la situation et je suis de nouveau restée seule avec mes sentiments, et le pire (...) il m'a même dit d'aller voir un psychologue. (...) Je pensais qu'il allait me dire que rien n'avait été normal, qu'il y avait eu de la négligence mais rien! Il ne comprenait pas que je dise "sage-femme", il fallait l'appeler par son prénom, puis comme elle était jeune, elle ne pouvait pas tout savoir, etc. Elle venait d'être d'embauchée. Mais si elle était si jeune il fallait une autre sage-femme. Ca m'a vraiment mise en colère, et en plus, il a même dit "bébé sage-femme"! (...) Et pour la réception du bébé, c'est autre chose ! Il me disait "elle a fait son boulot, vous n'avez pas de terreau" Il m'a empêché de voir mon dossier, je voulais le voir, il l'avait sous le coude, je n'ai pas pu voir mon dossier, il m'a dit "ah y a rien" il a feuilleté tellement vite que j'ai pas pu lire, et sur la page de l'accouchement j'ai dit "bon attendez je regarde", c'était écrit "bon vécu"(...) et il me dit que mon accent peut empêcher la communication, en plus avec une sage-femme aussi jeune."

2. LA RELATION DE SOINS EST VÉCUE COMME UNE LUTTE

2.1. Définir les violences obstétricales

Les participantes définissaient les VO avant tout comme une non prise en compte de leur personne, et de leur subjectivité, qui se déclinait de différentes manières : respect du consentement et du projet de naissance, soulagement de la douleur.

E3 "C'est sur beaucoup de choses les violences obstétricales, c'est pas forcément que violences physiques, ça peut être également les violences psychologiques en fait. Il y a tout ce qui est remarques, les jugements, la non prise en compte de la douleur qu'elle soit psychique ou physique, tout ce genre de choses"

E7 "Pour moi, c'est le sentiment d'être manipulée comme un morceau, de n'avoir aucun pouvoir et aucune possibilité de changer les choses, d'être impuissante. C'est ignorer la souffrance."

Les participantes distinguaient la violence individuelle de certains soignants considérés comme malveillants, de la violence systémique de l'hôpital qui maltraite ses employés avec des conditions de travail dégradées, un sous-effectif de personnel, et considère les patientes comme des cas ou des actes tarifés.

E2 "Autant je vais vous dire que y en a pour qui j'ai le plus grand respect, c'est à dire que je me dis que mon rêve quand j'étais petite c'était d'être sage-femme. Aujourd'hui je me dis "Mais, c'est un sacerdoce, c'est

horrible comme métier, dans ces conditions-là!” (...) Je suis très ambivalente entre ceux qui sont impunis et franchement qui sont des têtes de con, et face à ça, des gens où très clairement, ils subissent une situation qui est pas normale. Mais, au-delà de ça, la situation est tellement pas normale que je peux comprendre qu’on soit fatigué tout ça, après on reste dans un univers qui est extrêmement particulier, parce qu’on accueille des bébés et les familles, y a tout un truc autour de ça, au final, et je pense que 2 3 petits cours de bienveillance “eh oh, c’est leur premier bébé, eh!”. »

E3 “Quand la dame est venue me voir en me disant “Vous êtes pas toute seule on a 3 paires de jumeaux dans le service!”, sous-entendu “On est sous l’eau, on a pas le temps de s’occuper de vous.” et c’est ça ou c’est une violence institutionnelle où les soignants deviennent maltraitants contre leur gré (...)”

2.2. Asymétrie de la relation soignant-soignée

Les participantes étaient dans une démarche active d’informations et de projet de naissance, et elles se considéraient trahies par l’équipe soignante qui n’en avait pas tenu compte.

E9 “J’insistais à chaque fois sur ce projet de naissance de façon importante mais tout cela n’a pas été respecté.”

L’autorité conférée aux soignants était d’autant plus inquiétante lorsque ceux-ci se retrouvaient en difficultés. Plusieurs participantes ont rapporté un sentiment d’insécurité lorsqu’elles constataient de la panique, de la peur, de l’indécision ou des erreurs de la part des professionnels.

E11 “La COVID arrive et là, ma gynécologue a complètement changé, elle est devenue paranoïaque au possible, elle était habillée en tenue chirurgicale dès qu’elle me recevait, il fallait taper le code bancaire avec le coton-tige. Je comprends bien sûr toutes ces précautions qu’elle prenait, j’en suis consciente, mais cela m’a quand même fait un peu peur, et là, elle me dit qu’on ne peut pas attendre les 1ères contractions, et attendre l’accouchement de façon naturelle, le bébé est viable, donc il est possible de programmer une césarienne.”

Pour la plupart, le plus difficile dans leur accouchement était le manque d’informations. Le savoir représentait la possibilité de s’opposer mais aussi d’accepter, de faire équipe avec les soignants et de sortir de l’isolement et de l’incompréhension.

E8 “(le plus dur) Le fait de rien savoir en fait. »

La justification d’un acte ou d’une pratique par son appartenance à un protocole apparaissait comme insuffisante pour que les participantes puissent se l’approprier, et leur donnait un sentiment de perte

d'individualité, voire de chosification. Les participantes associaient l'application d'un protocole à la non prise en compte de leur ressenti.

E12 "Je n'étais qu'une machine ou un animal dont il fallait s'occuper."

Les participantes se sont senties maintenues en posture passive. Dans leur récit, ce ne n'était pas les participantes qui donnaient la vie mais les soignants qui manipulaient leurs corps pour en sortir l'enfant.

E8 "On m'a pas dit comment ça va se passer même quand ils m'ont mis sur la table d'opération ils m'ont, ils ont commencé à me badigeonner de bétadine et à m'ouvrir ils avaient même pas encore mis le champ, donc de un en plus que j'sentais tout je voyais tout."

Elles avaient la sensation d'être contraintes à subir les décisions.

E4 "Le médecin est arrivé et du coup elle a dit "bon bah on va vous mettre les forceps" voilà elle m'a pas demandé mon avis non plus (...)"

La gestion de la douleur est un point qui cristallisait le déséquilibre de la relation. Les participantes avaient le sentiment que les soignants pensaient mieux évaluer leur douleur qu'elles-mêmes. La souffrance était aggravée par sa non reconnaissance.

E8 "C'est pas que c'est plus important, mais ça compte quand même que les gens viennent s'excuser et qu'ils voient qu'on est des humains et qu'on a souffert en fait. Mais non, zéro excuse, zéro explication, rien du tout. Comme si tout était normal. Ils ont normalisé la césarienne à vif en fait."

Les participantes plaidaient majoritairement pour que les soignants entrent dans un échange auprès des femmes, s'excusent lorsque cela est nécessaire et prennent en considération leur détresse.

E12 "L'humanité permettrait de guérir plus vite. Il faut accepter que parfois même le corps médical fait des erreurs, mais il faut qu'il l'avoue. S'ils étaient venus tous me voir, on n'en serait pas arrivé là."

Celles qui s'étaient opposées aux pratiques habituelles posaient la question d'une punition ou d'une vengeance des soignants.

E5 "Le fait qu'elle était d'entrée de jeu froide avec moi je sais que c'est parce que c'est eux qui lui ont dit, ils lui ont dit "Celle-là elle est vraiment casse pied et tout ça.". "

2.3. La maternité est un champ de bataille

Le champ lexical utilisé par presque toutes les participantes pour décrire leur séjour à la maternité était celui d'une lutte. L'une des participantes, ayant subi une césarienne sans analgésie, l'exprimait ainsi :

E12 "Au bout d'un moment je suis partie en rêve lucide. J'étais vraiment dans un champ de bataille, on me tirait dessus plusieurs fois, après il y avait des gens qui me récupéraient, ils avaient des couteaux me chopaient, il fallait enlever les balles de mon corps et moi je devais simplement mordre un truc, un vrai délire."

Les soignants envahissaient les salles d'accouchement et le corps de la femme, les participantes se sentaient agressées par l'environnement et par les gestes soignants. La scène de l'accouchement était souvent décrite comme une scène violente, sanglante, laissant des séquelles, vécues comme des blessures de guerre.

E6 "Quand je pense aussi à l'aspect de ma vulve qui n'est plus du tout comme avant (...) je ne veux pas passer par la reconstruction car ça me rappelle « pourquoi je me bats aujourd'hui »."

Plusieurs participantes rapportaient avoir vécu une impression de mort pour elle et pour leur enfant.

E3 "Elle m'a fait tellement hurler avant que j'aurais pas pu demander quoi que ce soit en fait j'étais même pas en état de parler là j'étais, je pense, tout mon corps était en mode primitif "J'ai mal je vais mourir." j'ai vraiment cru que j'allais mourir, vraiment, enfin j'avais l'impression que tous mes organes allaient se vider sur la table."

Les participantes avaient le sentiment de devoir se défendre contre le corps médical, défendre leur bébé, et pour certaines cela signifiait s'enfuir de l'hôpital.

E10 "C'était un peu nous deux contre le reste du monde."

Enfin, en suites de couches, les accomplissements des mères étaient considérés comme des victoires face à l'adversité que représentaient les soignants.

E9 "Je voulais absolument allaiter mais je me suis retrouvée devant un bébé qui ne prenait pas le sein (...) j'étais vraiment livrée à moi-même et on me disait sans arrêt que mon bébé avait faim (...) j'ai été obligée d'aller quémander un tire-lait, on ne m'a rien proposé. Quand enfin je l'ai récupéré, je me suis débrouillée toute seule car personne n'était pas pour m'aider, franchement l'accompagnement, c'est médiocre. J'ai réussi enfin à tirer mon lait (...) J'ai fait également toute seule ma rééducation avec mon bébé et au bout du 5ème jour, il a réussi à téter. (...) Là encore, ça a été un véritable combat !"

Les participantes pointaient le décalage entre ce vécu d'opposition et le fantasme qu'elles avaient de leur accouchement, censé être un moment de sérénité et de bonheur accompagné par le corps médical mais dont la femme -et le couple- serait au centre.

2.4. Le rythme de l'accouchement a été dicté par les soignants

La médicalisation telle que décrite par les patientes regroupait toutes les interventions soignantes qui visaient à faciliter l'accouchement. Elle semblait d'autant plus difficile à accepter que la majorité des participantes considéraient que leur grossesse s'était déroulée sans complication et ne s'attendaient pas à nécessiter des interventions durant l'accouchement.

E10 "J'ai vécu une grossesse idéale, chanceuse, avec un bébé qui s'est présenté le jour du terme, normalement, donc un accouchement qui allait très bien se passer (...)."

Certaines rendaient ainsi les interventions des soignants responsables des complications.

E6 "Comme ils ont su que j'avais eu 3 césariennes, ils ont « projeté leur peur », et au lieu de vérifier que tout allait très bien, ils se sont dit qu'il allait faire une « révision utérine » mais ils ne me l'ont pas dit, et pour cela il faut que le placenta sorte vite et là, pas le choix, on ne peut pas attendre ! Donc à peine le petit bonhomme sorti, le sage-femme a tiré sur le cordon et a littéralement arraché le placenta, mais officiellement, l'hémorragie que j'ai présentée par la suite n'est pas due à ça."

Certaines participantes soulignaient le décalage entre leur vision de la situation et ce qui leur paraissait prioritaire, et les attitudes et actes des soignants qui paraissaient absurdes ou inappropriés.

E5 "Ce que j'ai trouvé violent c'est qu'elles viennent toutes en même temps; donc y en a une qui me prend la tension, y en a une autre qui veut me faire une piqûre et y en a une autre qui me dit "déshabillez-vous" j'ai dit "au bout d'un moment, là, stop arrêtez ça va trop vite pour moi c'est pas possible" donc elles sont pas contentes elles me forcent à enlever mon pyjama et tout ça alors que bon enfin j'veux dire j'suis en train d'accoucher honnêtement que j'ai mon pyjama ou quoi ça change quoi? Bon et donc après là ça pousse donc forcément bah moi je pousse et y a une soignante elle me met la main entre les jambes et elle retient ma tête, et bah ça franchement j'ai trouvé ça mais n'importe quoi quoi, elle m'empêche de pousser quoi, je lui dis "Mais qu'est-ce que vous faites enlevez votre main!" elle me dit "Mais non et tout elles ont pas leurs gants." (souffle)".

Elles avaient l'impression de ne pouvoir agir qu'en fonction de la disponibilité et des souhaits des soignants, et non selon leurs sensations et leurs besoins. Plusieurs participantes se retrouvaient contraintes à une position ou une heure d'accouchement, et le vivaient comme une priorité donnée au confort du soignant. La temporalité semblait être celle de l'institution et non celle de la physiologie ni des participantes.

E7 "Elle se barre en me disant que le prochain examen ce serait à telle heure. J'attends, j'ai appelé plusieurs fois pour dire que j'avais envie de pousser, on m'a apporté un ballon, je sais pas comment l'utiliser ni rien je voulais pas m'asseoir sur un ballon. J'étais dans un sentiment d'insécurité totale, d'impuissance, de peur,

j'étais perdue, et là je me rends compte que peut-être, des fois, seule c'est mieux qu'avec le personnel, que les professionnels sont pas là pour vous aider mais avant tout y a des protocoles, on peut pas aller aux toilettes quand on a envie, on peut pas demander un toucher vaginal parce qu'on a envie de pousser, c'est tout autant de protocoles. Ca a été un véritable supplice d'attendre."

C'est ainsi que la pression ressentie pour accepter la péridurale que quelques participantes ont décrit a été vécue comme un outil qui facilitait les conditions de travail des soignants et non plus comme un outil de soulagement de leur douleur.

E9 "J'entendais des femmes hurler à côté, toutes les salles d'accouchement étaient occupées donc maintenant, avec le recul, je comprends que c'était speed, c'était le début du COVID, c'était vraiment expéditif, et qu'au moins avec la péridurale, on est couché et on ne bouge pas ! Je l'ai ressenti un peu comme ça."

Pour la plupart des participantes, les soignants leur avaient volé leur accouchement et dépossédé de leur première rencontre avec leur enfant. Ils s'étaient appropriés le moment de la naissance en plaçant les femmes dans une position de passivité, en ne leur offrant qu'un univers froid, anonyme et rigide pour accueillir leur bébé. L'un des moments les plus fantasmé de la grossesse et censé, d'après le mythe sociétal, être magique, était orchestré par les soignants et non par les parents.

E10 "Je ne pourrai pas réparer car c'est irréparable, ce moment a été volé à la maman et au papa, on ne le récupérera jamais."

2.5. Des soins qui manquaient d'humanité

Bien que la médicalisation de l'accouchement apparaissait comme le point de départ des situations de VO, la plupart des participantes soulignaient que ce n'étaient pas tant les actes, les pratiques et les décisions prises par les soignants qu'elles ont mal vécu, mais la manière dont elles ont été traitées lorsqu'elles ont exprimé leurs craintes ou leurs souffrance. Les soignants leur ont renvoyé le sentiment qu'elles dérangeaient, qu'elles n'étaient pas légitimes dans leurs demandes, et n'ont pas répondu à leurs besoins de réassurance. Les participantes décrivaient les soignants comme des personnes froides, distantes, autoritaires. L'image du soignant censé avoir la vocation s'est trouvée écornée.

E11 "J'ai ressenti que vraiment, je n'étais personne, j'étais tel numéro parmi toutes les candidates ! Le principal était simplement l'acte chirurgical, ni plus ni moins, tu viens tel mois, je t'accouche tel mois et c'est tout, tu n'es pas une patiente que je connais, donc aucune relation, tu ne m'intéresses pas plus que cela, je t'accouche et après je ne veux plus entendre parler de toi. Pour moi, tout était mécanique, robotisé, aucun

sentiment pour une jeune maman qui accouche pour la 1ère fois, il n’y a aucune compassion, aucune bienveillance.”

Les récits d’accouchement comprenaient des propos rapportés des soignants au potentiel traumatique important pour les participantes car il s’agissait de fragments de conversations ou de phrases qui les concernaient sans leur être toujours adressées.

E1 “Je me rappellerai d’une phrase que l’interne a dit.. En fait ils ont sorti mon fils, et elle a dit “ah y a beaucoup de sang quand même”.”

Les soignants étaient dans leur quotidien, avec les codes du monde soignant, et ne semblaient pas percevoir l’impact de leurs mots sur ces femmes qui vivaient un moment qu’elles attendaient comme extraordinaire.

E2 “C’est la sage-femme étudiante qui me pose le monito, et là elle me regarde et elle me dit “c’est bizarre j’entends pas le coeur de votre bébé”. Mon coeur a défailli. J’étais dans un état... voilà... donc du coup je monte à 18,5 de tension, et là elle me dit “Non mais faut vous calmer madame!” je lui fais “Non mais vous pouvez pas me demander de me calmer en fait!”.

Le manque de considération des soignants envers les participantes apparaissait également dans leur récit au travers du manque d’intimité qui leur a été accordée. Elles décrivaient les vas et viens du personnel qui ne se présentait pas toujours, avec des situations de solitude au milieu d’une foule de soignants.

E2 “Et alors là, j’ai des médecins qui arrivent dans tous les sens avec un appareil d’écho, on ne me dit pas bonjour, on ne m’explique rien du tout. (...) L’équipe qui a sorti mon bébé, donc j’ai 6-7 personnes qui sont rentrées d’un coup, s’en va, et laisse place au directeur de la maternité, enfin le chef des médecins gynéco de la maternité. Qui ne me dit pas bonjour, ni merde, rien.”

Elles ont eu l’impression que leurs émotions n’avaient pas été considérées et ont exprimé un sentiment de transparence, d’abandon.

E11 “Le pire est que comme tout était en inox, surtout le plafond, je voyais tout ce qui se passait, j’ai vu qu’on m’ouvrait le bassin, j’ai vu qu’on attrapait ma fille par l’épaule, qu’on la sortait de mon ventre, je ne me souviens même pas de l’avoir entendue pleurer (...) l’anesthésie devait être très forte car je n’ai senti absolument rien.”

La non prise en compte de leur opinion, la remise en cause de leur douleur, les réprimandes et certaines injonctions plaçaient les participantes dans une position d’infantilisation.

E1 “Y en a eu une en fait qui est arrivée vers 3h du matin, et elle m’a dit “Oh madame vous êtes pas allée aux toilettes encore!” Je lui ai dit “Bah non pas encore j’ai pas envie.”, elle a dit “Bah oui mais vu la dose de

péridurale que vous avez eu moi je vais rester là le temps que vous alliez aux toilettes". Je te jure ça m'a choqué (...) c'est limite si elle m'a pas baissé mon pantalon pour me mettre sur les toilettes. Elle m'a mis la main sous l'eau et elle m'a dit "Tu mets ta main sous l'eau tu verras ça va venir tout seul et puis si dans 5 min c'est pas venu bah on te déshabillera on te mettra dans la douche on verra ce que ça fait."

E4 "Demander, ça prend deux secondes avant de demander, à part si le bébé va mourir dans l'instant T ce qui est quand même vraiment des cas extrêmes, tu demandes "Ah bah là madame il faudrait une épisio oui non ?" des trucs aussi élémentaires que ça, juste demande et écoute les patients quoi, parce que on se sent infantilisés de ouf quoi. Quand on dit qu'on a mal on a mal, c'est pas pour faire chier (rire) et ça c'est hyper important."

2.6. La question de la discrimination

Quelques participantes ont questionné les jugements des professionnels à leur rencontre, concernant leur passé ou leur origine géographique et mis en avant l'idée qu'elles avaient pu être victimes de discrimination. Les femmes d'origine étrangère ou ayant des antécédents personnels de difficultés sociales auraient, selon les participantes, plus de risques d'être maltraitées que des personnes de classes sociales supérieures.

La grossophobie rapportée par plusieurs participantes rappelait à nouveau l'impact de la société sur la grossesse et l'image du corps des femmes, qui étaient enjointes à ne pas prendre de poids, ou juste ce qu'il faut, même lorsqu'elles traversaient cette période de vulnérabilité.

E1 "Quand je me suis vue dans le miroir tu sais ça a fait un peu écho à ce qu'il s'était passé avant, et comme on m'avait dit pendant tout l'accouchement "Mais madame vous allez pas réussir à accoucher, vous avez pris trop de poids (...)"

La question du sexisme émergeait également, lorsque la parole du conjoint avait plus de valeur que celle de la femme dans le service de suite de couche.

2.7. L'atteinte à l'intégrité physique et psychique

La plupart des participantes rapportaient un vécu de mutilation, voire de torture.

E9 "J'avais l'impression qu'on me déchirait les entrailles à l'intérieur, la péridurale ne faisait pas trop effet et je sentais tout, c'était horrible, une vraie torture. Elle a donc fait son truc, ça a duré très longtemps, elle rentrait

et ressortait, elle tournait.” (...) “L’épisiotomie m’a laissé un réel dégoût de moi-même, j’ai l’impression d’avoir été mutilée”.

Le corps qu’elles avaient placé entre les mains des soignants leur a été rendu abîmé, dépendant, violenté, que ce soit à travers les épisiotomies, les sutures, la césarienne sans analgésie, l’expression abdominale ou la pose compliquée d’une perfusion.

E4 “Ils t’abiment mais en fait après ils te laissent cassée.”

E12 “ Je suis arrivée saine et sauve dans cet hôpital puis vous m’avez « intoxiqué » avec vos trucs (...)”

Qu’elle fut liée aux atteintes physiques ou non, la quasi-totalité des participantes rapportaient une atteinte à leur intégrité psychique.

E10 “Il part, et je me dis que ce n’est pas possible, il va revenir mais je vois la porte se fermer et là, je réalise que je vais être toute seule dans ce moment de ma vie, je me dis dans ma tête que tout va bien se passer mais on ne sait jamais, c’est une fracture béante.”

Plusieurs se décrivaient comme retournées à un état primitif, pour d’autres c’était le sentiment d’humiliation associé à la dégradation physique, ou encore la perte de confiance en elles.

E8 “Le pire truc ça a été le lendemain quand (rire) à la télé y avait une émission sur les fermes, et ils faisaient une anesthésie à la vache avant de faire la césarienne. Là je me suis dit “mais en fait je suis pire qu’un animal”.”

2.8. Le front des soignants

A l’unanimité, les participantes estimaient que les soignants étaient dans une situation d’impunité, potentiellement renforcée par la situation du COVID qui limitait la présence des partenaires et autorisait le durcissement des réglementations.

E1 “Je me demande si les soignants, ils se sont pas dit “de toute façon la famille ils viennent pas donc du coup si on a un peu plus de marge de liberté si on a envie de faire certaines choses...””

L’idée qu’il ne leur serait pas possible d’obtenir justice et qu’il existait une complaisance protectrice entre soignants était confortée par les discours des soignants ambulatoires à qui les participantes avaient confié leur histoire.

E3 *“Je suis allée voir mon médecin traitant et je lui en ai parlé (...) et il m’a dit “oh demande pas ton dossier médical y aura rien dedans.” (...) “écoute moi j’ai ton compte rendu d’accouchement là dans ton dossier médical parce qu’il m’a été télétransmis, y a rien dedans y a rien il est vide. (...) te fais pas du mal à demander ton dossier tu vas te retrouver face à la mauvaise foi des praticiens, ce qui est fort probable parce qu’ils vont se protéger entre eux, pas que je veuille les défendre eux mais c’est surtout que je veux pas que tu te fasses du mal au passage.”*

Face à des patientes peu informées de leurs droits et en situation de vulnérabilité, les soignants semblaient dans une toute puissance. Le faible taux de sanction des professionnels de soins alimentait l’idée d’impunité et renvoyait les participantes à leur solitude et à l’absence de considération dont elles ont été victimes.

E12 *“Le problème est que saisir la justice seule face à un monde médical soudé est compliqué car peu de chance d’aboutir, la femme est déçue et on la traite comme une ignorante. Il faut beaucoup de préparation de tout ordre pour les affronter.”*

2.9. Le rejet réactionnel de la médecine moderne ?

E4 *« Chaque traitement qu’on me donne je vais tout décortiquer, chaque traitement qu’on veut donner à mon enfant je vais tout décortiquer. Je vais prendre 2, 3, 4 avis si j’ai besoin de faire, je sais pas un vaccin un truc comme ça ou même n’importe quoi (...) »*

Plusieurs participantes signalaient que désormais elles ne consultaient qu’en cas d’urgence vitale, et qu’elles ne feraient plus appel à des soignants dans le cadre de l’accompagnement de grossesses futures.

L’une des conséquences était que certaines participantes minimisaient les risques associés par exemple à la pratique d’accouchements autonomes, et utilisaient leurs connaissances, axées sur les pratiques dites “naturelles”, “physiologiques”, comme argument d’autorité pour se libérer de toute nécessité d’accompagnement médical classique.

E6 *“Je suis peut-être partie dans l’extrême mais je me dis que la femme est un mammifère comme un autre, on n’est moins bien ni mieux faite que les autres mammifères, il arrive évidemment qu’il y ait des complications mais au départ, comme tout femelle mammifère, si on n’est pas dérangé, si on n’est pas en stress, si on n’est pas en état de danger, un accouchement se déroule très bien, parfois même sans douleurs.”*

Paradoxalement, la défiance envers les pratiques médicales s’accompagnait pour plusieurs participantes d’une grande confiance accordée aux médecines alternatives.

E6 "J'ai besoin de passer par autre chose de façon plus alternative, peut-être aussi par la prise d'homéopathie, de travailler aussi les tissus pour guérir de cette cystocèle, me remettre également au sport pour ressentir à nouveau les choses, je voudrais faire la paix avec mon corps."

Ces pratiques étaient plus attractives puisqu'elles proposaient une prise en charge globale du corps et de l'esprit, douce, prônant le "naturel", et un contact humain plus chaleureux que le monde froid, rigide et protocolaire de l'hôpital.

E12 "Finalement j'ai pu me reconstruire avec cet évènement traumatisant en me dirigeant vers des choses plus spirituelles, un travail avec une recherche du conscient, je n'avais rien à perdre en essayant."

Toutes cependant n'associaient pas l'ensemble du corps soignant au souvenir des VO.

E10 "Je ne mets pas tout le monde dans le même panier, mais j'en veux à l'hôpital."

2.10. Se former pour avoir une crédibilité

Plusieurs participantes ont décidé de se former sur les thématiques de la maternité, en particulier l'accouchement, mais aussi l'allaitement et la puériculture en générale. Deux des participantes en ont même fait une reconversion professionnelle.

L'acquisition de l'information leur permettait de s'émanciper de la relation de dépendance vis-à-vis des soignants, de se sentir en capacité de choisir les soins, et de remettre en question certaines des prises en charge des soignants. Cette démarche a offert un moyen de se réapproprier leur maternité, se sentir légitime dans leurs revendications et de s'affirmer en tant que mère.

E7 "Mon stage de formation s'est déroulé en maternité, (...) je suis peut-être partie dans ce qu'on appelle le féminisme, j'ai simplement envie qu'on écoute les souhaits de la future mère, qu'on les prenne en compte (...) On m'a convaincu que j'avais besoin de ci ou de ça, et qu'heureusement qu'il y avait du monde pour me « sauver » ! Si j'ai un autre bébé, je serai très calme, je serai moi-même, j'écouterai ce que l'on me dit mais c'est moi qui prendrai les décisions."

3. CONSTRUIRE SA PARENTALITÉ APRÈS LA BATAILLE

3.1. Le souvenir douloureux de l'accouchement

Les participantes ont pris conscience d'avoir mal vécu leur accouchement à différentes temporalités. La plupart d'entre elles ont constaté un décalage à distance de l'accouchement, un temps de latence associé à la prise de fonction de mère, et une prise de conscience lors de la confrontation de leur histoire à celle de pairs.

E10 "Sur le coup, on est un peu shooté, il y a les hormones, on est un peu dans le gaz. La semaine suivante, je n'ai pas eu le temps de penser à tout ça mais je sentais qu'il y avait en moi de la colère, je me disais qu'on ne m'avait pas traité normalement, mais psychologiquement, je n'avais le temps d'y penser. Si je m'étais attardée sur ça, j'aurais flanché et je ne le voulais pas, il fallait que je m'occupe de mon bébé, le changer, le coucher, être là, une mission en quelque sorte. Mais quand les choses reviennent, qu'on se réveille la nuit en y pensant, on revoit des flashes auditifs ou autres, on revit l'accouchement, ça revient donc petit à petit, ça revient vraiment avec le temps."

Pour d'autres, c'est la souffrance morale inhabituelle dans un contexte de naissance, associée classiquement au bonheur, qui les a questionnées. Elles évoquaient pour la majorité une minimisation initiale de leur mal être, un refoulement de leurs émotions pour donner le change mais aussi pour assurer leur rôle de mère.

E2 "De pleurer comme ça, d'être avec lui et de pleurer tu te dis "Là y a un problème, il faut que j'aille voir quelqu'un parce que ça me ressemble pas." Et je trouvais que ce n'était pas du tout en lien avec l'euphorie que j'avais de l'avoir."

Beaucoup des participantes avaient, avant leur accouchement, déjà consulté des professionnels de santé mentale. Pour certaines participantes, les situations vécues comme violentes ont fait écho à des antécédents d'évènements de vie traumatique.

E1 "Quand j'étais au lycée, j'ai eu un copain qui était très très violent avec moi. Il m'a frappé et tout, il m'a violée, ça a été... quand je te dis combo gagnant tu vois ! Et le fait que j'ai des personnes qui viennent dans ma chambre, même le soir et tout, même pourtant elles allumaient les lumières, (...) le fait qu'elles rentrent et qu'elles te disent "Oh bah écoutez madame vous vous mettez allongée puis vous écarter les jambes et on va ausculter.", bah non en fait à la fin je pouvais plus."

Pour d'autres, l'expérience a fait écho à une fragilité déjà connue des participantes.

E11 "Ca a réveillé des peurs que j'avais, peur d'être oubliée, peur d'être abandonnée, d'être complètement invisible, et ça a été le cas."

Le post-partum, en plus d'être une période de transformation intime, apparaissait aussi comme un moment de représentation sociale, qui n'a pas été possible pour les participantes.

E9 *“Je sais que déjà, j’avais honte d’en parler, je n’avais pas envie de raconter mon accouchement, quand on me demandait comment ça c’était passé, j’étais dans le déni, je disais que ça c’était super bien passé, bref je ne racontais rien”*

Le récit des VO à l’entourage des participantes a été difficile, et n’a pas toujours été bien accueilli.

E7 *“Certaines réponses ont été un peu difficiles comme “Si le bébé va bien, et qu’il n’y a pas eu de césarienne, tout va bien !”.”*

E8 *“Ils (ses proches) ont été gênés à ma place. Ils voulaient pas entendre les détails de l’accouchement ils voulaient pas savoir comment ça s’est passé puisque ils savent forcément que j’ai souffert et ils ont pas voulu entendre le tout et ils m’ont dit “Ecoute, le principal c’est que tu sois vivante et que le petit aussi”.*

3.2. Des changements ressentis suite aux violences obstétricales

Pour beaucoup des participantes, se remettre de l’expérience de maltraitances a nécessité qu’elles sortent de la posture passive dans laquelle les soignants les avaient placées, et prennent position pour elles-mêmes, décident de se protéger et de s’affirmer. Ce changement représentait un réel effort de travail sur leur personnalité et l’image d’elles-mêmes. Cette démarche correspondait aussi à celle de devenir une mère, qui doit être capable de défendre sa famille et d’apprendre à son enfant à se protéger.

E11 *“Je me suis dit qu’à 36 ans, ce n’était pas normal de ne pas pouvoir s’exprimer et de dire “stop” quand on n’accepte pas ce qui se passe, “On arrête toute la technique, on va penser à moi qui suis en train d’accoucher.” On part toujours dans l’idée que nous sommes redevables de ce qu’ils font pour nous et on n’ose pas leur dire «stop». Et pour ça, je m’en veux de ne pas avoir pu leur dire “stop, je ne suis pas d’accord” car si ça commence au moment de l’accouchement, qu’est-ce que ça va faire par la suite ? (...) Il aurait fallu que je puisse protéger ma nouvelle famille, que je l’ose.”*

Les changements de comportement que rapportaient les participantes n’étaient pas tous positifs.

E3 *“Je suis moins patiente, je suis on va dire, mon mari va dire que je suis beaucoup plus colérique qu’avant aussi. Moi clairement enfin pour moi il y a une partie de moi qui est morte sur la table clairement. Il y en a une autre partie qui est morte quand on m’a dit de m’asseoir dans ma merde dans mon lit.”*

3.3. Construire son identité de mère

Pour certaines primipares, l'identité de mère s'est construite associée au souvenir douloureux de l'accouchement. Cette expérience a rendu difficile l'acceptation du statut de mère et la mise en place du lien avec leur enfant, d'autant qu'assurer leurs fonctions maternelles signifiait mettre en mouvement un corps meurtri qui faisait office de rappel.

E1 "Des fois, il pleurait beaucoup trop la journée et quand je le prenais dans mes bras ça me faisait mal. Je sais pas comment dire ça, mais tu sais quand je le posais sur moi j'avais trop trop mal partout sur le corps, c'était tellement tendu en fait que j'avais super mal."

E4 "C'est plus j'ai eu l'impression de me mettre un peu à distance même malgré moi parce qu'en fait c'était parce qu'en fait physiquement je pouvais pas m'en occuper quoi, et mentalement du coup on se met un espèce de petite barrière quoi, et c'est... voilà. Et après progressivement, plus je me sentais mieux plus la relation s'enrichit aussi."

Ce vécu d'échec, la souffrance physique et psychique étaient renforcés par la comparaison aux pairs et aux injonctions sociétales de maternité heureuse et sereine.

E1 "En fait, je n'arrivais pas à me sentir heureuse de m'occuper de lui. Tu sais, quand tu vois des mamans dans la rue, elles sont toutes là en mode "Oh, avoir un bébé c'est magnifique, et c'est génial et c'est trop beau y a que ça de beau dans la vie ah quel miracle !" Non, pas quel miracle du tout!"

Enfin, l'identité de mère a pris le pas sur l'identité de femme. La maternité, en particulier dans les premiers mois, a pris une grande place dans la vie des participantes, et pour certaines, il fut difficile de placer le curseur entre le respect de leurs besoins et de ceux de leur bébé.

E3 "J'avais l'impression de devoir renier mes propres besoins pour subvenir aux siens et que personne ne m'aiderait à subvenir aux miens donc y a eu pendant les 3 semaines des journées entières où je pouvais pas me doucher, où je pouvais pas manger, où je pouvais rien faire littéralement, et tout le monde s'en foutait."

Pour au moins la moitié des participantes, le statut de mère s'est accompagné d'un sentiment permanent de culpabilité. Les participantes décrivaient au premier plan une culpabilité vis-à-vis de leur bébé : de ne pas l'avoir protégé, de lui avoir fait vivre une naissance difficile ou une séparation précoce, de ne pas avoir pu immédiatement assurer leurs fonctions maternelles, de ne pas avoir pu mettre en place leurs projet d'allaitement, etc.

E7 "J'avais beaucoup de culpabilité donc je pense qu'elle était en surprotection. Je voulais la couvrir, la protéger beaucoup plus que mes autres enfants."

E11 *“Quand elle hurlait je pensais que c’était de ma faute, et dans les 1ers mois, je me posais la question, je ne comprenais pas pourquoi elle faisait cela, c’était quelque chose que je ne contrôlais pas et je pensais que j’en étais responsable (...).”*

Au second plan il y avait la culpabilité de ne pas s’être défendue, de ne pas avoir pris soin d’elles, d’avoir montré quelqu’un de vulnérable à leur bébé.

E8 *“On m’a dit “le rôle d’une maman c’est de protéger son enfant et de tout faire pour son bien, et se protéger soi-même”, et vu que ce jour-là j’ai réussi ni à protéger mon enfant ni moi-même, je me suis sentie nulle.”*

Pour la moitié des participantes, l’intériorisation des reproches sur leurs compétences maternelles fait par les soignants, mais aussi les séquelles physiques de l’accouchement, et un sentiment de culpabilité d’avoir subi des violences leur ont fait perdre confiance en elles, et en leurs capacités de prendre soin de leur enfant.

E1 *“Quand j’entendais mon fils pleurer du coup je me sentais pas capable de l’aider, parce que je me suis dit “Pour te sortir pour te mettre au monde j’ai dû avoir à peu près une équipe de 15 personnes en moyenne”.”*

E7 *“J’avais perdu confiance en moi. J’ai subi, j’étais impuissante mais maintenant, c’est le contraire. je trouve ça incroyable que d’avoir tenu dans ces conditions, et qu’à plusieurs reprises je me suis défendue, (...) je peux pas savoir, mais je me disais que si j’avais pris la péri, je serais restée allongée et le bébé ne serait pas tombé.”*

L’une des participantes, pour se rassurer, s’était imposée une organisation très stricte.

E3 *“Pour me rassurer, j’ai noté pendant longtemps, presque 3 semaines, tout ce qu’elle buvait mais comme à la mater, donc la quantité, les selles, tout. Tout tout tout. La date l’heure, j’avais été pousser le truc jusqu’à faire un fichier excel et je continuais à tirer mon lait du coup ce qui fait que je dormais très peu (...) et pareil j’avais fait un fichier excel concernant mon lait maternel, ce qui passait au congel, ce qui restait au frigo, qu’est ce qu’on devait consommer en premier, et j’avais tout cloisonné comme ça et je pense pour me rassurer aussi pour me dire “Tu fais bien les choses t’es une bonne mère c’est carré voilà machin.” mais en fait j’étais terrifiée... donc j’ai beaucoup fonctionné comme ça jusqu’au moment où j’ai totalement pété les plombs (...) j’ai tout arrêté du jour au lendemain.”*

3.4. Les différences entre les multipares et les primipares

Les primipares construisaient leur maternité avec comme début un événement potentiellement traumatique, qui les avait blessées. Elles pointaient la difficulté à différencier les changements allant avec la maternité de ceux induits par l’expérience des VO.

E10 " Je ne sais pas si c'est dû à l'accouchement, aux conséquences avant et après, mais pour moi c'est difficile de ne pas être toujours avec lui. J'ai besoin d'être rassurée, j'ai des angoisses et parfois, je me demande si je ne suis pas là pour le protéger si on lui fait du mal, est-ce mon instinct maternel de base ou est-ce dû à mon histoire ? Je ne sais pas. En fait, j'ai peur de tout."

La plupart des multipares, sauf une, semblaient dissocier plus facilement l'accueil d'un nouvel enfant des maltraitements des soignants, ce qui leur a permis, pour la plupart, de prendre plus facilement du recul et de ne pas remettre en question leur compétence maternelle.

E5 "Ca a pas eu d'impact, dans mon comportement et dans la relation avec ma fille, franchement ça a eu un impact, mais on va dire positif, parce que justement j'ai eu besoin de me rapprocher d'elle et tout ça mais après ça a pas vraiment... voilà. Après il faut avancer, il y a pire quoi, c'est pas non plus la fin quoi ce qu'il s'est passé mais voilà."

3.5. Le bébé a aussi été victime des violences obstétricales

Les nouvelles mères ont été confrontées dès la naissance à des angoisses de mort et de séparation pour leur enfant. Le bébé est né dans un climat perçu comme hostile par la mère.

E12 "Il est arrivé dans un monde froid, avec des gens masqués, on le prend par les pieds, il y a plein de lumières, il a eu plein d'examens bizarres, personne ne le prend dans les bras, je pense qu'il a vécu lui-aussi un traumatisme."

Pour certaines participantes, c'est le bébé qui a été au centre des violences subies, en étant isolé de sa mère, en étant ignoré par les professionnels au propre et au figuré.

E5 "Là ils se sont attaqués au bébé entre guillemets, (...) quand on y pense c'est plus le bébé qui était, c'était plus dur pour elle. Parce qu'elle elle avait un besoin qu'ils n'ont pas respecté."

Au même titre que la mère, le bébé a été abîmé et déshumanisé par les soignants qui n'ont pas respecté ses besoins.

E10 "Je dis que s'il est aussi fusionnel, c'est la conséquence de ce déroulement de sa naissance. J'ai tendance à me faire des films, je me dis qu'à la maternité, c'était le « bébé COVID », je suis persuadée qu'ils l'ont isolé comme ils l'ont fait pour moi, j'avais demandé à ce qu'il n'ait pas de biberon mais on quand il l'amenait, il en avait (...), et on fait des raccourcis faciles !"

Les pleurs du bébé prenaient une place importante dans la considération du vécu du bébé, en particulier pour les primipares. Plusieurs y attribuaient une détresse importante en lien avec l'accouchement et en miroir avec leur propre détresse.

E11 "Le pire était que les cris qu'elle poussait étaient les mêmes que lors de sa naissance, pour moi ce n'était que de la douleur."

Enfin, les pleurs du bébé ont agi comme rappel traumatique pour plusieurs participantes durant les mois de post-partum qui ont suivi.

E12 "Je ne supportais pas de l'entendre pleurer, ce sont les cris que j'ai entendus quand il est né. Et quand le matin il se met à pousser des cris, je sens que je suis moi aussi très mal. Je ne le laissais jamais pleurer, j'étais hyper attentive, car ça me rappelait trop de mauvais souvenirs de l'accouchement."

Plusieurs participantes questionnaient ou attribuaient un impact de l'accouchement, vécu comme un arrachement du bébé au ventre de sa mère, sur le comportement de leur bébé, qu'elles trouvaient particulièrement demandeur de contact physique, voire dans un attachement qui semblait insécure.

E11 "A 3 ou 4 mois, je me suis posée la question du stress post traumatique, dans son regard hyper insistant quand elle me regardait n'y avait-il pas quelque chose ?"

E5 "Le retour à la maison ça s'est bien passé parce que voilà moi j'avais mes repères j'étais très contente de rentrer, j'avais hâte de retrouver ma vie quoi, mais elle par contre elle avait du mal à être posée. C'était pas possible de la poser quoi. Elle pleurait toujours sauf en portage donc je me dis qu'elle ça l'a vraiment perturbé."

En retour, les participantes se décrivaient également comme très protectrices.

E8 "J'ai été beaucoup plus protectrice qu'avec mon premier."

Les participantes décrivaient une réparation trouvée dans la pratique d'un maternage proximal, avec le portage, le peau à peau et l'allaitement.

E12 "J'ai allaité car je trouvais que c'était un moment très important, c'était un moment de complicité, où je pouvais lui dire que moi j'étais là par rapport à son arrivée avec des gens qui ne l'ont pas écouté, ça m'a apporté une façon de guérir de cette violence et de cet état de victime, pour lui comme pour moi."

3.6. Créer un lien avec le bébé

Le moment de la découverte du bébé lors de l'accouchement est resté, pour la moitié participantes, un souvenir positif.

E3 "J'étais trop soulagée (rire) du coup j'étais là "Oui elle a des cheveux ça c'est trop bien !" (rire) et je me suis dit "Ouah elle est trop belle !"."

E7 "Je l'ai trouvée très belle car elle était toute propre, rose, magnifique, j'avais peur qu'elle ait souffert mais j'étais vraiment éblouie par sa beauté."

Les participantes décrivaient que l'expérience des VO avaient chamboulé ce qu'elles avaient imaginé de la rencontre avec le bébé, et de l'adaptation de la famille.

E10 "J'avais cette envie de réparer tout ce temps perdu (...) on est heureux de rentrer à la maison mais on se retrouve quand même comme des étrangers, avec ce petit bébé au milieu."

Deux profils de réactions immédiates des mères se sont dessinés vis-à-vis de leur nouveau-né, passant parfois de l'un à l'autre. D'une part, celles qui ont perdu leur identité de femme et dont les besoins ont été reniés par les soignants au profit de ceux de leur enfant, décrivaient une période initiale de rejet, de ressentiment voire d'agressivité envers leur bébé.

E1 "Je voulais pas m'occuper de mon fils, parce que je pleurais tellement que je me disais soit c'est ma santé mentale en premier soit je le laisse pleurer pendant 1h."

E3 "Dans ma tête du coup à partir de ce moment-là je me suis dit "Ok alors du coup j'ai même pas le droit à mes besoins primaires parce que toi t'es là, parce que toi t'as faim mais c'est pas possible." et toute la colère que j'aurais dû diriger contre la dame je l'ai dirigé vers la petite et à partir de là j'étais furieuse, j'étais furieuse contre tout et tout le monde et la petite y compris et j'étais très en colère contre elle pendant très très longtemps."

Une participante s'est rendue compte qu'elle associait la date anniversaire de son fils au souvenir difficile de son accouchement. La séparation du souvenir de l'accouchement de leur enfant était une étape importante pour les participantes, qui leur a permis de se sentir mieux auprès de leur enfant.

E9 "Très vite, j'ai mis le côté négatif de mon accouchement à part, je ne voulais plus que m'occuper de mon bébé."

E8 "Le plus dur c'est de se dire qu'en fait la naissance de mon enfant ne sera pas le plus beau jour de ma vie (...) Il y a des jours où je vais faire totalement abstraction de l'accouchement, et au contraire, je préfère profiter un maximum, et me dire de passer que des bons moments pour qu'on ait des bons souvenirs ensemble."

A l'inverse, et surtout pour celles confrontées à la séparation précoce de leur bébé, les premiers liens se sont tissés dans une ambiance défensive vis-à-vis des soignants d'abord, puis de l'extérieur, qui apparaissait lui aussi comme dangereux pour certaines.

E5 "Enfin ils me l'ont ramené en chambre franchement dès qu'ils me l'ont amenée ohlala je me suis dit "Oh punaise heureusement ma fille va rester avec moi j'lui donne à manger comme elle veut personne ne vient me casser la tête ne la touchez plus ne lui faites rien laissez-nous tranquille.""

Au moment de l'entretien, toutes les participantes évoquaient leur enfant et le lien qu'elles avaient tissé en des termes positifs.

E2 "Ca se passe super bien!"

E9 "Super bien, nous sommes très fusionnels, il a donc 10 mois mais je ne l'ai jamais confié ni fait gardé par qui que ce soit, il faut que je sois là avec lui pour l'instant."

L'amélioration du lien à leur enfant était pour beaucoup attribuée au développement des interactions réciproques comme le sourire et le langage.

E1 "A partir du moment où il a commencé à mieux dormir la nuit et à commencer à sourire et à interagir avec nous j'ai commencé à me dire "Ouaaah trop bien ! on a un petit truc, là qui couine presque pas et qui est trop content, trop bien quoi !""

La plupart des participantes avaient raconté ou avaient pour projet de raconter à leur enfant les circonstances difficiles de leur naissance, qui devait permettre de ne pas faire porter le traumatisme de l'expérience au bébé.

3.7. La place difficile du partenaire, entre absence de soutien et vécu d'impuissance

La solitude imposée à la mère et au père dans certaines situations équivalait à renier qu'une naissance est un projet de famille.

E10 "Le départ du papa parce que cela faisait 6 heures qu'il était avec moi, on construisait tout autour de ça, vous savez qu'après il y a une chambre qui vous attend, que tous les 3 vous allez cocooner, que vous allez vivre les 1ères heures de ce bébé ensemble, pour moi c'est mon pilier mon conjoint, et là, vous êtes dans la salle d'accouchement, tout est prêt, c'est imminent, les valises sont dans la voiture, et là, ils vous disent que vous avez 5 minutes pour vous faire un bisou et hop, au revoir, et là vous le voyez tourner les talons et partir, il est

allé chercher les valises dans la voiture, ils ne l'ont même pas laissé me ramener les valises, ils les a posées à l'infirmierie."

La place donnée au co-parent lors de l'accouchement était discutée par plusieurs participantes, en particulier sur le rôle qui lui était attribué, le plus souvent spectateur, ou en inadéquation avec les besoins de sa partenaire.

E6 "Il n'a donc pas eu le temps de réaliser quoi que ce soit, quand il est arrivé à la maternité et qu'on lui a dit « vous faites ceci, vous faites cela, vous prenez le brumisateur... » Il s'est dit « on va mettre les mains dans le cambouis ! » Mais je pense qu'il n'a pas réalisé, d'une parce que ce n'est pas une femme, que ce qui se passait n'était pas forcément normal ; dans l'esprit de tout le monde, c'est tellement ancré qu'en ce qui concerne le cordon, il faut le couper rapidement, il n'a pas trop tilté et la sage-femme ne lui a pas trop laissé le temps, elle a simplement dit qu'il était trop court et clac, ciseau, on n'a pas le temps de réfléchir. "

Beaucoup des participantes rapportaient un vécu traumatique à minima des partenaires. Ils se sont retrouvés lors de l'accouchement, témoins des souffrances infligées à leur conjointe, ou dans l'ignorance de ce qui leur arrivaient, à elle et à leur enfant, pouvant ainsi déclencher des angoisses de mort.

E9 "Il l'a très mal vécu, il a vu ce qui se passait entre mes jambes et du coup, il est un peu marqué voire choqué, traumatisé et il ne veut pas en parler. Quand j'essaie d'en parler pour extérioriser, il ne veut pas, ça le saoule, ça lui rappelle de très mauvais souvenirs, il voyait le bébé être tiré, il a cru qu'il allait mourir, c'est compliqué aussi pour lui."

Certains partenaires se sont retrouvés culpabilisés, soit par eux-même, soit par leur compagne, de ne pas avoir pu intervenir lors des situations de VO. Cela a pu créer une animosité dans le couple.

E8 "Oui ça a eu un impact puisque forcément, moi personnellement je ne suis plus la même personne depuis que j'ai eu cette césarienne, je le sais très bien j'suis.. j'suis à cran, mais lui il explorera pas ce qu'il ressent par rapport à ça. (...) Je lui ai dit "Mais moi aussi j'ai failli le perdre mais ce jour là t'étais pas là". Finalement maintenant ça lui va un peu de pas avoir été là, j'lui ai dit, j'lui ai dit "T'as eu la bonne place, moi aussi j'aurais bien aimé ne pas être là ce jour là." Et je peux pas lui en vouloir puisque c'était pas de sa faute."

3.8. Entrée retardée dans la paternité

Les participantes décrivaient que les séparations précoces et rencontres tardives ont provoqué un décalage dans l'entrée dans la parentalité entre la mère et le père. Cela a pu impacter la création du lien entre le père et l'enfant. Les réglementations restreignant la présence du partenaire ont fait porter à la mère l'entièreté de la charge du nouveau né, constituant d'emblée une inégalité dans le couple. Quelques

participantes notaient que cette situation avait perduré au retour de la maternité en raison d'un congé paternité qu'elles jugeaient trop court.

E11 "Je pense que cela aurait été différent s'il avait été présent, déjà il aurait été vraiment là pour me calmer, pour être avec moi pour m'accompagner, et vraiment, de 0 à 6 mois, je me suis vraiment sentie être une mère célibataire (...) Il a par la force des choses été déconnecté de tout, ça a été dur pour lui de se faire une place après. Donc oui, ça a eu un énorme impact, ça a détruit la relation à 3 plutôt que l'encourager (...) il s'est dégagé de tout cela très vite parce que je pense que dès le départ, il n'a pas mis le pied dedans."

3.9. Le couple a été impacté de plusieurs façons

D'une part le nouveau statut de parents, qui classiquement entraîne des modifications des relations au sein du couple, mais ici s'est ajouté le vécu des VO.

E4 "Mais ouais du coup ça nous a quand même rapproché parce qu'on se dit "bon on a vécu des choses difficiles ensemble" (rire) ça nous a rapproché au final."

L'intimité du couple s'est trouvée également impactée, beaucoup de participantes décrivant une angoisse et une peur de la douleur à l'idée de contact physique.

E1 "Maintenant j'ai beaucoup de mal à faire des trucs intimes avec mon conjoint, parce que ça me fait mal. C'est bête, mais peut-être que c'est psychologique, maintenant mais ça me fait vachement mal même quand on fait un calin, ou même quand c'est affectueux."

Le partenaire est néanmoins resté une ressource importante pour la plupart des participantes. Plusieurs participantes notaient que c'est leur conjoint qui avait le premier souligné leur mal être et indiqué la nécessité d'un suivi psychologique. Ils apparaissaient également comme un soutien physique important. Paradoxalement, ils tendaient plus ou moins à rapidement leur enjoindre de "passer à autre chose". Le sujet avait peu été parlé pour la plupart des couples.

E5 "On en a pas vraiment beaucoup parlé. Il me disait juste que ça lui faisait mal, mais après il le sortait pas quoi, et du coup il était plus dans le truc de tempérer, ne pas trop faire d'histoire et tout ça."

La quasi unanimité des participantes décrivaient leur couple comme sorti renforcé par cette expérience.

3.10. Envisager un nouvel accouchement après les violences

Pour plusieurs participantes, avoir vécu des VO avait mis un terme, au moins temporaire, à leurs projets de maternité. Certaines conditionnaient la possibilité d'une nouvelle grossesse à la récupération totale des séquelles du dernier accouchement, et envisageaient difficilement le retour au système hospitalier, idéalisant l'offre de soin privée.

E2 "Je suis prête à payer l'accouchement VIP une fortune, mais alors je vais être une princesse les gars. Mais une princesse. C'est-à-dire qu'il va rien m'arriver, je vais manger ce que je veux. Et je lui ai dit "Maintenant, je peux vous dire très clairement que je suis prête à payer pour une clinique privée." alors que je sais qu'il se passe le même genre de trucs dans les cliniques privées. C'est d'autant plus aberrant qu'on paye très très cher, mais là je pense que je serai prête à 2000%."

Un prochain accouchement était déjà visualisé comme un affrontement, auquel il fallait venir préparée.

E12 "Je ne suis pas prête pour un 2ème, mais si cela arrive, je ferai des recherches avant, tout sera mis sur la table."

Pour la moitié des participantes, le prochain accouchement se ferait à domicile. Cet accouchement à domicile permettrait de réparer le précédent accouchement, en réalisant le fantasme de la naissance chaleureuse, bien entourée tout en étant au centre de la situation.

E11 "Je veux à la maison être entourée de gens qui prennent soin de moi, qui comprennent ce qui m'arrive, qui savent m'expliquer ce qui va se passer après, tout ce qui est l'alternative du monde médical en fin de compte."

La perte de confiance envers les soignants qui ont fourni des soins déshumanisés a entraîné une idéalisation de l'approche physiologique.

E7 "Si je devais de nouveau accoucher, je voudrais accoucher à la maison et peut-être sans sage-femme. Je cherche des informations dans ce sens-là, j'ai perdu confiance et j'ai compris qu'il y a des accouchements par déclenchement de trop."

Enfin, une participante a identifié son désir d'accoucher à nouveau comme inapproprié et a fait le lien avec son accouchement qu'elle estimait "volé".

4. TÉMOIGNER DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES

4.1. Se reconnaître comme victime de violences obstétricales

La population étudiée était constituée uniquement de personnes qui se reconnaissaient comme victimes de VO, puisque c'était un critère énoncé dans l'appel à témoins diffusé, et que ce sont des collectifs

de luttres contre les VO qui l'ont relayé. Les participantes décrivaient un cheminement qui les avait conduit à prendre conscience d'avoir été maltraitées, et à remettre en question les pratiques des professionnels de santé.

E6 "Je n'avais pas envie de rejeter la faute sur ce médecin parce que je me dis qu'il a fait son travail, tel qu'il l'a appris et qu'il ne pensait pas à mal. En 2 mots, c'est mon côté petite fille qui trouve des excuses, et après réflexion, j'ai compris qu'il y avait eu des choses qui n'auraient pas dû être. De plus, il m'avait dit que pour accélérer le travail, il avait mis 1 ou 2 doigts dans le rectum, (...) Je ne pouvais pas leur en vouloir, ils avaient dû décider cela en équipe, (...) pour moi je pensais qu'ils voulaient bien faire leur travail, et après, j'ai décidé de m'écouter moi et je me suis dit "non, j'ai vécu un traumatisme qui n'aurait pas dû avoir lieu.""

Les violences n'ont pas immédiatement été identifiées comme telles par les participantes parce qu'elles se déroulaient dans un environnement censé être bienveillant. Les participantes décrivaient un état de sidération initiale et de déni.

*E12 "Je savais que j'avais beaucoup souffert et je me suis concentrée sur le plus important qui était à venir avec *** (son fils). Mais je sentais au fond de moi que c'était une vraie souffrance. Il y avait une personne qui m'avait aidé au groupe des mamans pour la préparation à l'accouchement sans douleur, et là je me suis dit que ce que j'avais vécu n'était pas normal, que c'était véritablement une violence, j'ai eu un déclic, je me suis effondrée, j'ai pleuré mon sort et là je me suis permis de me dire que ça n'aurait pas dû se passer dans ces conditions."*

Pour deux des participantes, le déclic a été immédiat, face à la discordance entre les paroles des soignants et leurs actes, et le sentiment de danger ressenti face au corps médical.

E8 "C'est à partir du moment où ils sont arrivés "Vous inquiétez pas." parce que quand on m'a descendu en fait j'ai dit "Est ce que ça va faire mal" ils m'ont dit "non vous inquiétez pas vous allez rien sentir" et quand ils ont commencé à m'inciser j'ai dit "mais vous savez que je sens tout" et je me suis mise à hurler de douleur, vraiment à hurler de hurler et ils ont pas.. ils ont rien fait pour me calmer en fait. (...)"

Les VO sont un type de violence médicale qui est médiatisé depuis quelques années seulement. La plupart des participantes ont expliqué ne s'être intéressées au sujet qu'après en avoir vécu. Ce sont les recherches faites a posteriori qui leur ont permis de qualifier leur expérience de violence et de s'identifier comme victime.

E7 "Je ne pourrais pas vraiment le dire (quand elle a entendu parler pour la première fois du terme de violence obstétricale) car avant mon dernier accouchement, je n'y avais vraiment pas pensé. Si j'en ai entendu parler, franchement je n'y pensais pas plus que cela. J'en ai entendu parler en 2019 mais je n'étais pas plus intéressée que ça. Je pensais que c'était plutôt rare."

Bien que peu familières du concept de violence obstétricales, plusieurs participantes étaient déjà dans une mouvance prônant un accouchement physiologique non médicalisé, qualifié de “naturel”.

E6 “J’en avais entendu parler mais je ne m’étais pas trop posée de questions car pendant 5 mois, j’étais tellement à fond dans mes recherches sur l’accouchement (voie basse) après césarienne.”

4.2. Le rôle de soutien des réseaux sociaux

Les pairs de l’entourage des participantes ont joué le rôle de miroir et de soutien.

E6 “Je vais à des réunions, les tentes rouges, où on parle entre femmes, on dépose ce que l’on a besoin de déposer et j’ai senti que j’avais vraiment besoin de déposer cela car je savais que je ne serai pas jugée, que je n’aurai personne qui me donnerait un avis, qui me dirait quelque chose qui ne me convient pas, j’avais de l’écoute (...)”

La reconnaissance de l’existence de maltraitements et VO apparaissait comme un phénomène générationnel, qui étaient à l’époque de leurs parents des pratiques banalisées et minimisées.

E3 “J’ai dit à ma belle mère, j’ai parlé de mon accouchement, et le seul truc qu’elle m’a dit c’est “Oui enfin moi aussi j’en ai eu une (épisiotomie).”

De plus, la proximité de la relation a pu rendre le récit plus difficile à entendre. C’est dans ce contexte que certaines participantes se sont tournées vers les réseaux sociaux militants contre les VO.

E8 “Tout de suite quand j’ai vu que ça gênait mes proches qu’on en parle avec eux, je me suis un peu renseignée sur internet et j’ai vu que c’était un sujet très tabou en plus la césarienne à vif. Que ça arrivait malheureusement à beaucoup de femmes, mais que, qu’elles n’en parlaient pas.”

Pour la quasi totalité des participantes, c’est la confrontation de leur histoire à celle d’autres mères via ces réseaux sociaux, qui a permis de légitimer leur souffrance, qualifier leur expérience de VO, de trouver du soutien, mais aussi de relativiser leur propre expérience.

E12 “Je me dis que j’ai réussi par rapport à beaucoup d’autres témoignages que j’ai lus, j’ai réussi à avoir l’aide de bonnes personnes, j’ai pu en parler pour transcender cette expérience.”

L’une des participantes évoquait cependant l’effet à double tranchant d’internet, qui donnait également accès aux récits de femmes dont l’accouchement a été bien vécu, et qui entretenaient le questionnement du “Pourquoi moi ?”.

E7 *“J’ai écrit un récit d’accouchement, j’ai mis un an à l’écrire, je l’ai publié sur les réseaux sociaux, ça a fait un effet de bombe et les principales réponses étaient que c’était vraiment choquant (...) Au départ après mon accouchement j’étais souvent sur leur page à pleurer et à lire tous les retours positifs (...) j’ai eu un sentiment de honte, de ne pas avoir mérité un meilleur accueil.*

4.3. Différents discours étaient portés par les participantes

Les participantes se sont appropriées différents discours politiques militants. Plusieurs ont intégré le mouvement “une femme = une sage-femme” lancé par des sages-femmes appartenant au système hospitalier dénoncé par les participantes.

Quelques unes citaient le discours du Dr ODENT, pionnier de l’introduction des pratiques d’accouchement physiologique dans les salles de naissance, qui prône par exemple l’accouchement dans la pénombre, dans l’eau, la position en retrait des soignants et la liberté de position.

Le contact avec les collectifs de lutte contre les VO a permis à certaines d’obtenir des outils pour se confronter aux soignants.

E9 *“J’ai essayé de contacter la coordinatrice des sages-femmes de la maternité, sur les conseils du collectif VOG pour demander mon dossier.”*

D’autres participantes souhaitaient informer sur les situations personnelles qu’elles ont vécu, comme la question de la péridurale, de la césarienne sans analgésie, et de l’accouchement dit “non médicalisé”. Elles ont fait de leur expérience un outil militant.

E9 *“Maintenant j’ai envie de faire connaître à d’autres femmes qu’il y a plein de manières différentes d’accoucher, qu’il y a des choses qui ne sont pas normales. On nous fait croire qu’il n’y a qu’une seule façon d’accoucher, que c’est un modèle, mais ce n’est pas vrai. Depuis la nuit des temps, les femmes accouchent seules, elles n’ont besoin de personne. J’ai pour cela créé une page Instagram où je post plein de choses sur l’accouchement physiologique, etc. pour pouvoir dire qu’il y a d’autres modèles qui existent, il faut que les femmes sachent que même en milieu hospitalier, elles ont le droit de refuser, elles peuvent partir à tout moment, on n’a pas le droit d’imposer quoique ce soit, ce sont nous qui payons, nous sommes le patient/client et si ça ne va pas, on a le droit de dire non. Ma colère, je la mets sur cette page et j’espère que cela pourra aider d’autres femmes.”*

Beaucoup des participantes considéraient avoir désormais une mission de prévention auprès de leurs proches concernant le choix de la maternité, l’importance du consentement, le choix de la péridurale, les changements corporels en post partum et les difficultés dans la construction de la parentalité.

E2 *“Je suis un peu, c’est horrible, mais je suis le Jimini Cricket de toutes mes copines qui sont enceintes en disant “prépare toi à ne peut être pas avoir la péridurale”, c’est con hein, mais moi j’aurais aimé qu’on me dise “mais si ça se trouve tu l’auras pas. Ça se trouve tu l’auras pas.””*

D’autre part, les participantes militaient pour des changements de pratiques. La prise en compte de la parole et des sentiments des femmes revenait régulièrement.

E3 *“Déjà prendre en compte l’état psy de la femme enceinte (...) ce qui est dommage c’est que c’est un CHU donc ça forme des internes qui seront, qui referont les mêmes choses par la suite et c’est ça qui est hyper inquiétant parce que je vois l’interne qui a recousu mon épisio “Ah mais je comprends pas pourquoi vous avez mal ?” A un moment donné il y a un problème, enfin... c’est une interne qui peut être refera ça ensuite en tant que gynéco et qui formera un interne et ça va continuer continuer continuer, c’est là où il faut mettre un frein à ces pratiques, c’est pas normal.”*

Elles plaidaient également pour un assouplissement des soignants face aux protocoles, afin qu’ils s’adaptent aux situations particulières des patientes, et donc de restaurer la dimension humaine des soins. Cela passerait aussi par une amélioration de la communication sur les pratiques de soin et un accompagnement plus fluide.

E10 *“Je pense qu’il faudrait replacer un peu l’humain, tout simplement, eux, ils ont des équipements, ils ont manqué de réflexion, même si la future maman est COVID +, il s’agit tout de même d’un accouchement, il y a un protocole, on va assumer pour que tout se passe au mieux.”*

Les participantes souhaitaient que les soins soient personnalisés, adaptés à leur situation. Si les multipares réclamaient plus d’autonomie, les primipares, elles demandaient que les soignants prennent un rôle d’accompagnant afin d’être actrices de leur accouchement et des suites de couches tout en étant sécurisées.

Enfin, la facilitation des projets d’accouchements physiologiques et l’amélioration de l’accompagnement des pratiques de maternage dites “naturelles” étaient régulièrement citées.

E5 *“Je veux dire, le respect d’autrui et les formations aussi, les formations à tout ce qui est un peu plus naturel, donc l’allaitement, l’accouchement sans péri, tout ça à mon avis ils doivent vraiment se former.”*

4.4. Aspect thérapeutique du témoignage

Pour certaines participantes, la création de contenu autour des VO, sa diffusion et le militantisme qui s’y associe a eu un effet à la fois apaisant et valorisant.

E6 "Je suis vraiment dans une envie de changer des choses ou d'apporter de l'information et permettre à des femmes de connaître des choses normales et naturelles."

Certaines participantes ont par exemple décidé de témoigner pour montrer à leur entourage la réalité des violences qu'elles ont vécues.

E5 "L'article (dans un journal) aussi ça m'a fait plaisir de le sortir et du coup après je l'ai montré à mes beaux parents "vous voyez vous qui disiez que c'est le baby blues et tout ça mais non."

Prendre un rôle de porte parole leur a offert l'opportunité de protéger d'autres femmes en les informant, à défaut d'avoir pu se protéger elles-mêmes. Pour certaines cela leur permettait également de s'opposer aux soignants qui leur ont fait du mal sans avoir à les affronter personnellement, de dénoncer les comportements.

E8 "Moi je me suis dit moi qui était pas du tout informée que ça pouvait arriver que ça pourrait arriver (la césarienne sans analgésie), j' pense qu'elles doivent être au courant j' pense qu'il faut, il faut que ça se sache, que y ait des études supplémentaires, qu'il y ait des formations supplémentaires et que ça recommence plus à d'autres personnes. (...) j'ai dit "même à ma pire ennemie je le souhaite pas."

La diffusion de leurs histoires leur a permis d'extérioriser pour s'approprier leur accouchement et passer à autre chose. L'intégration d'un discours politique féministe a aussi déclenché d'autres réflexions personnelles plus larges sur l'affirmation de soi.

L'objectif de leur participation à l'étude qui revenait le plus souvent était celui d'aider les autres, et soi-même en se sentant utile. Ce mode d'expression semblait ainsi être une étape parmi d'autres pour des participantes, quand pour d'autres le militantisme fait désormais partie intégrante de leur vie.

E1 "Quand t'arrives dans un endroit mais que tu sais ce qui peut se passer, t'as de meilleures armes pour te défendre. Et normalement à la maternité tu devrais même pas avoir les armes pour te défendre, c'est pas possible, c'est pas normal c'est pas logique, normalement t'es sensée vivre le plus beau moment de ta vie tu vois ! (...) Puis je me suis dit "C'est bien d'en parler une dernière fois, c'est cool pour fermer l'histoire, et puis se dire on commence sur autre chose de mieux."

DISCUSSION

Cette étude qualitative avait pour objectif d'explorer le vécu de la maternité et du post partum de femmes déclarant avoir subi des VO.

Dans la première partie des résultats nous avons restitué la trajectoire d'accouchements perçus comme chaotiques des participantes, en mettant en avant la description de ce qu'elles avaient vécu comme violent lors de leurs interactions avec les soignants.

Ensuite, nous avons présenté les cadres d'interprétation des participantes qui ont émergé du codage, et 3 axes se sont dégagés : les représentations construites par les participantes sur la relation soignant-soignée, l'influence de celles-ci sur leurs maternité et le post-partum, et enfin l'aspect thérapeutique du contact avec les réseaux sociaux féministes militants contre les VO.

Notre problématique de recherche était d'étudier les représentations construites par les femmes qui déclaraient avoir subi des VO sur leur maternité. L'utilisation d'entretiens semi-directifs offrait aux participantes une certaine liberté sur ce qu'elles souhaitaient réellement exprimer. La plupart des participantes ont ainsi spontanément centré leur discours sur la façon dont elles avaient vécu la relation de soin et l'impact que cela avait pu avoir sur leur vision d'elle-même. La qualification de "victime de VO" à laquelle elles s'identifiaient s'était constituée au fil de leurs échanges avec les collectifs militants féministes. C'est à partir de ces nouvelles représentations d'elles-mêmes qu'elles ont fait des liens entre l'expérience des VO et la construction de leur parentalité.

Nous allons maintenant discuter ces résultats en s'appuyant sur une littérature scientifique issues de plusieurs champs, puis réfléchir sur des pistes d'amélioration des pratiques de soin.

1. PERSPECTIVE VICTIMOLOGIQUE DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES

1.1. Le statut de victime

Les participantes reconnaissaient la qualification de violence, et nous ont décrit les différentes situations de soins qui y correspondaient : actes, paroles, manquement d'information et d'accompagnement, ignorance, etc. Les participantes s'identifiaient au terme de victime, et avaient besoin de la reconnaissance de ce statut. Cela s'est traduit dans leurs récits, où la description des violences a pris une place considérable. Pour accueillir ces témoignages, reconnaître les conséquences de ces violences et réfléchir sur les pratiques à améliorer, il est nécessaire d'accepter que la violence a une composante subjective.

Y. Michaud (44), dans le cadre de son travail sur les violences en psychiatrie, en a proposé une définition : « Il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière indirecte, massée ou distribuée, en portant atteinte à un ou plusieurs autres, à des degrés variables, soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leurs participations symboliques et culturelles ».

Quelques participantes décrivaient un sentiment de culpabilité d'avoir été victimes de VO. Elles remettaient en question les décisions qu'elles avaient prises, d'accepter ou non certains soins par exemple, et se reprochaient de ne pas avoir résisté suffisamment dans les situations vécues comme violentes. La culpabilité de la victime est un concept connu de la littérature. B. Mendelsohn (45), fondateur de la victimologie, avait initialement émis l'idée que la victime avait effectivement une part de responsabilité dans le crime, position qui a évolué par la suite. Certains auteurs pensent que la culpabilité rend aux victimes une place de sujet. Elles sentent que quelque chose d'elles-mêmes a été impliqué (46). Ferenczi, sur cette question, était parvenu à la conclusion que lorsque l'analyste commettait des erreurs, des maladresses, par manque d'attention ou de bienveillance, ses patients, au lieu de lui en faire le reproche, « s'identifiaient à lui » (46).

Les participantes décrivaient deux voies leur permettant de sortir d'une passivité associée à la position de victime. La première était le suivi psychothérapeutique, la deuxième était l'émancipation des propos tenus par les soignants, la remise en cause de leurs compétences et l'acquisition de connaissances médicales permettant de se réapproprier leur histoire et se considérer comme sachantes, capables de se défendre en cas de confrontation à de nouvelles violences médicales. Cette deuxième voie correspond à la notion d'empowerment. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le concept de l'empowerment du patient est un moyen permettant de donner aux personnes le contrôle sur leur propre santé. Ninacs (47) a développé le concept d'empowerment dans le milieu social. Il le définit comme "la succession d'étapes par lesquelles un individu ou une collectivité s'approprie le pouvoir ainsi que sa capacité à l'exercer de façon autonome". Trois dimensions interdépendantes font partie de ce processus: l'empowerment individuel, communautaire et organisationnel. L'empowerment individuel contient quatre composantes : la participation (cheminement dans lequel la personne s'engage), les compétences, l'estime de soi et la conscience critique. Au travers de l'empowerment, les participantes de notre étude avaient dépassé le sentiment d'impuissance et de passivité ressenti lors de leur accouchement pour accéder à un rôle actif. Les participantes ont trouvé une forme d'empowerment communautaire sur internet auprès des groupes militants féministes contre les VO. Fayn dans "Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient" (48) ajoute une dernière étape, dans laquelle les patients évaluent l'offre de soins et participent à la conception de l'écosystème sanitaire, en même temps que leurs revendications émergent dans les débats socio-politiques.

1.2. Éléments de vulnérabilité

Plusieurs participantes décrivaient une perte de confiance en elles concomitante de l'expérience des VO. Bien que cette expérience puisse être la cause directe de cette perte de confiance, il nous semble important de souligner que ce vécu violent croise la subjectivité du sujet. En effet, beaucoup de participantes rapportaient des éléments de vulnérabilité tels que des antécédents personnels de violence, de troubles psychiques (épisode dépressif caractérisé, automutilations, épisode psychotique bref), et des éléments de personnalité tels que des angoisses d'abandon.

Devant le nombre de participantes ayant des antécédents de violences, la question s'est posée d'une corrélation entre ces antécédents et le vécu de VO : est-ce que les femmes ayant été victimes de violences sont plus à risque d'en subir de nouvelles ? Est-ce que les femmes ayant été victimes de violences sont plus à risque de vivre comme violentes des moments charnières et potentiellement sources de réactivations traumatiques tels que l'accouchement ?

Notre étude étant qualitative, nous ne pouvons en aucun cas tirer de conclusions à partir de notre échantillon.

Il existe peu d'études décrivant les caractéristiques communes des patientes victimes de maltraitances et VO. Dans une étude (49) menée au Kenya, les femmes du tercile "moyen revenu" et les femmes qui accouchaient la nuit avaient plus de risques de rapporter des maltraitances.

Jardim et al. (2018) ont identifié dans leur revue de la littérature réunissant des études qualitatives, quantitatives et des avis d'experts, les caractéristiques qui rendent les femmes plus vulnérables aux différentes formes de maltraitances et VO (12). Il s'agit des femmes noires, ou appartenant à des minorités ethniques, adolescentes, pauvres, avec un bas niveau scolaire, utilisateurs de drogues, femmes sans abri, femme sans suivi prénatal, et sans compagnon au moment des soins.

Ces caractéristiques ne correspondent pas à notre échantillon. Deux raisons peuvent être évoquées : d'abord, 75% des études recensées dans la revue s'étaient déroulées en Amérique Latine. Différentes méthodes d'identification des VO étaient utilisées : par les soignants, le récit des patientes, des questionnaires d'évaluation globale des soins. Les patientes interrogées n'avaient pas toutes identifié les pratiques soignantes comme des VO. Notre méthodologie a favorisé le recrutement de femmes ayant qualifié leur expérience de VO, et ayant un accès facilité aux réseaux sociaux, dans une situation socio économique qui leur permettait de témoigner sur internet puis lors de l'étude, et ne craignant pas d'éventuelles représailles en raison de leur appartenance à une minorité.

On trouve quelques études antérieures à l'apparition du terme de VO, qui étudient le profil des patientes ayant vécu un accouchement traumatique et décrivant une défaillance du soutien des soignants. L'étude de Menage et al. (1993), qui consistait en un recueil de récits et la passation de questionnaires, identifiait plusieurs facteurs de risque (50) : un syndrome de stress post traumatiques (PTSD) pré-existant , un

antécédent d'agression sexuelle et un antécédent de procédure gynéco-obstétrique traumatique. Plusieurs études (32,51,52) confortent ces résultats. Stevens et al. (2017) ont fait l'hypothèse que la détresse psychologique liée à un antécédent traumatique d'agression serait associée à une capacité diminuée de communiquer ses besoins dans un cadre obstétrique (51).

La diversité méthodologique de ces études et leur faible nombre ne permettent pas de tirer des conclusions de généralisation, ni pour l'instant d'effectuer une méta analyse fiable sur leurs résultats.

1.3. Aspects traumatiques

L'objectif de notre étude n'était pas l'évaluation diagnostique de la santé mentale en post-partum de femmes se déclarant victimes de VO. Cependant, de nombreuses participantes décrivaient l'apparition de symptômes anxieux, dépressifs ou traumatiques dans les mois suivant leur accouchement. Avec un retentissement plus ou moins important, on retrouvait essentiellement des reviviscences, des cauchemars, des pleurs, de l'hypervigilance, des conduites d'évitement, et au maximum des idées suicidaires. Plusieurs participantes ayant consulté des professionnels de santé mentale nous ont rapporté avoir été diagnostiquées d'un trouble psychique du post-partum (dépression, trouble de stress post traumatique). Il est d'autant plus important de s'y intéresser que le suicide représente la deuxième cause de mortalité maternelle en France dans l'année post accouchement (53).

Plusieurs études (54–57) ont identifié chez les femmes déclarant avoir subi des VO une prévalence importante des diagnostics de syndrome de stress post traumatique et de dépression du post-partum. Bien qu'importants, ces résultats doivent être pris avec précaution en raison de la nature transversale de certaines études.

De manière plus générale, le syndrome de stress post traumatique du post-partum est décrit depuis plusieurs dizaines d'années dans la littérature scientifique. Les symptômes constituant ce syndrome sont les mêmes que dans la définition générale du DSM V (58–61) : reviviscences et cauchemars. Il y a cependant des nuances importantes à prendre en compte. Vismara et al. (2017) notait ainsi que contrairement à la définition d'un évènement traumatique classique, la naissance est un évènement prévisible qui est socialement admis comme expérience positive(62). Ces caractéristiques pouvaient augmenter le stress des mères et leur difficulté à s'ouvrir sur les expériences négatives potentielles de cette période de leur vie (63). Par ailleurs, la représentation des soignants de l'accouchement lors de grossesses non pathologiques peut les conduire à se montrer moins aidants et à minimiser la détresse des patientes.

De nombreuses études (56,59,63–68) ont identifié les facteurs de risque de développer un PTSD dans le post partum. Certains de ces facteurs font partie des VO (61,69–72) : un faible soutien de l'équipe soignante, un

sentiment de perte de contrôle de la situation et d'impuissance, une pression subie pour accepter des interventions ou procédures non voulues, le refus de la méthode d'accouchement, une douleur non soulagée, la perception d'un manque de soins obstétricaux, une information inadéquate, un sentiment d'abandon pendant l'accouchement, et la médicalisation de l'accouchement. la perception du niveau de soin inadéquat ou des compétences professionnelles et techniques des soignants, le niveau d'intervention obstétrique.

D'autres études (73–79) retrouvaient comme facteur prédictif de PTSD du post partum l'anxiété anticipatrice du travail et de la douleur, le fait de mener une grossesse à haut risque, la détresse subjective dans le travail et les urgences obstétricales, un trauma pré natal précédent, un antécédent de violence interpersonnelle, le manque de soutien du partenaire, une détresse foetale, comorbidité préexistante PTSD et d'épisode dépressif caractérisé.

Dans la constitution du trauma décrite par L. Côté (80), des facteurs pré-traumatiques de vulnérabilité portent atteinte aux pare-excitations, c'est-à-dire aux processus psychiques qui protègent l'appareil psychique contre un degré de stimulation qui lui serait nocif. Ils menacent l'expérience de continuité du sujet. Dans une réflexion similaire, Slade et al. (2006) (81) ont suggéré un cadre de travail conceptuel de deux dimensions pour le développement de symptômes de PTSD après l'accouchement. Une dimension est liée à un cadre temporel d'à la fois des facteurs prédisposants et précipitants. La deuxième dimension lie si ces facteurs sont internes (subjectifs) ou externes (objectifs) ou constituent une interaction entre les deux. Utilisant ce cadre, Garthus-Niegels et al. (2013) (82) ont mené une étude prospective qui confirmait l'influence des facteurs précipitants et prédisposant sur le PTSD. Ils concluaient que le développement de symptômes de PTSD du post-partum chez les femmes était fortement influencé par leur expérience subjective. Une limite importante à cette étude était l'absence de donnée sur les facteurs de maintien des symptômes post traumatiques dans le post-partum.

Il semble important de noter que même une naissance en apparence normale, c'est à dire par voie basse sans instrument peut être traumatique pour certaines femmes (83–85). En effet, la naissance en elle même peut être traumatique puisqu'elle constitue une effraction du corps, et une menace potentielle de la mère et du bébé.

Un sentiment de rupture apparaissait dans les récits des participantes. L'accouchement violent faisait rupture avec la grossesse qui s'était bien déroulée et avait été bien vécue pour la quasi totalité des participantes. La rupture était à la fois physique, avec la découverte d'un corps abîmé en post partum, d'autant plus qu'il avait été abîmé par les soignants, mais aussi psychique : elles éprouvaient les sentiments de solitude, de culpabilité, de colère, d'abandon, d'incompétence qu'elles attribueront a posteriori à l'expérience des VO. Enfin, et particulièrement chez les primipares, il y avait rupture entre la vie quotidienne d'avant l'accouchement et le post partum, bouleversée par l'arrivée d'un enfant et les séquelles de l'accouchement.

Dans les récits des participantes, c'est entre autres l'absence de parole et de réassurance, de ressenti d'aide, l'impossibilité perçue de recevoir un secours alors qu'elles se sentaient en situation de détresse les ont fragilisées au trauma. De nombreuses participantes reliaient le vécu des VO à un sentiment de solitude qui se décline de différentes façons. D'abord la solitude physique, lorsque les soignants sont absents, ne répondaient pas à leurs appels. Cette solitude pouvait également être ressentie en présence des soignants, lorsqu'elles percevaient la salle de naissance ou le bloc comme un milieu hostile. D'autre part, une communication absente, insuffisante ou inefficace, source d'incompréhension, et qui n'allait pas dans leur sens, les laissait seules avec leurs inquiétudes et leurs souffrances, physiques comme psychiques. A cela s'ajoutait la situation de passivité, dans une situation aux enjeux de vie et de mort. En suites de couches, l'abandon des soignants que décrivaient certaines les avait conduit à apprendre les gestes de maternage, se remettre physiquement et psychologiquement de l'accouchement, découvrir leur corps et leur bébé seules. On percevait dans tous ces moments de solitude un manque important de contenance. On comprenait combien les soignants, avec leurs paroles et leur présence bienveillante, étaient essentiels.

Certaines participantes, dans leur représentation de la relation soignant-soignée comme une lutte se sont senties victorieuses d'avoir dépassé les séquelles physiques et psychologiques de leur accouchement. L. Côté expliquait que dans certaines circonstances, les victimes de trauma ont fait part de résultats positifs; par exemple, elles ont appris qu'elles pouvaient surmonter une crise de façon efficace, elles se sont senties fières d'avoir fait face à un défi, elles ont dû redéfinir les priorités dans leur vie.

Ces participantes ne doivent pas uniquement être considérées comme protagonistes d'un épisode violent, car au cours de cet épisode, elles sont devenues mères, et l'expérience des VO a pu interférer dans leur vécu de la maternité.

2. INFLUENCE PERÇUE DES VO AU SEIN DE LA TRIADE

2.1. Représentations maternelles dévalorisées

Plusieurs participantes ont exprimé un sentiment d'incompétence physique lors de leur accouchement, et certaines ont développé une angoisse à l'idée d'accoucher à nouveau. Plusieurs études sur les VO retrouvaient les mêmes plaintes. De plus, les femmes décrivaient une incapacité à se reconnaître elles-mêmes dans une situation abusive. Elles se percevaient généralement comme des femmes autonomes, bien éduquées, indépendantes (17,32). L'étude qualitative de Morales et al. (2018) (86) identifiait 4 sentiments principaux : l'incapacité à donner naissance, la peur de tout ce qui est associé au travail, un sentiment de solitude durant le processus, et un sentiment d'abandon par l'équipe soignante et les êtres aimés. Ces sentiments affectaient négativement l'identité des patientes, diminuant ainsi leur réactivité, les

(re)victimisant, et les poussant à prendre des rôles secondaires. Les femmes réagissaient avec des attitudes d'acceptation et soumission afin d'assurer la sécurité de leur bébé.

A la suite de leur accouchement, plusieurs participantes décrivaient un vécu négatif de leur corps, une difficulté à reprendre une intimité sexuelle, qui était source d'angoisse pour certaines. Ces souffrances sont également rapportées par des patientes d'autres études qualitatives sur les VO (17,32).

On retrouvait chez les femmes ayant reçu le diagnostic de PTSD du post partum des changements similaires à ceux décrits par les participantes : une altération de la qualité de vie avec des changements d'humeur, une perte de l'estime d'elles mêmes, un isolement social, un évitement affectif. Les femmes exprimaient un sentiment de colère contre elles-mêmes pour ne pas avoir parlé et fait entendre leurs inquiétudes durant leurs expériences d'accouchement (59,70,74,87,88).

Pour beaucoup des participantes, l'expérience des violences s'était associée à une culpabilité qui se déclinait de plusieurs manières : la culpabilité de n'avoir pas su se défendre, la culpabilité de ne pas avoir protégé son enfant et s'être montrée défaillante -en ne se défendant pas- face à lui, et enfin la culpabilité attribué au partenaire ou ressenti par lui, de ne pas être intervenu. Pour quelques unes, il s'agissait aussi de la culpabilité à l'idée qu'elles n'étaient pas compétentes en tant que mère, ou encore qu'il serait plus facile pour elles que l'enfant disparaisse.

La culpabilité maternelle est un concept développé dans la psychanalyse. D'après M. Benhaïm (89), devenir mère équivaudrait à devenir coupable d'avoir inscrit l'enfant dans l'ordre de la mortalité et donc, par conséquent, coupable de tout ce qui lui arriverait. Ce fantasme se déclinerait différemment et de façon variable selon son degré de proximité avec le conscient d'une part, selon le parcours historique de la mère dans son rapport à la place dévolue au père, d'autre part. En l'opposant à la « sollicitude » qu'il envisage positivement, Winnicott fait de la culpabilité un phénomène négatif. En quelque sorte, la sollicitude est la façon dont le sujet se sent « concerné », « impliqué », autrement dit « responsable », et en cela elle est bien positive ; elle prendrait l'aspect négatif au moment où ce sentiment de responsabilité basculerait dans un sentiment de culpabilité. La culpabilité maternelle pourrait être ce sentiment qui entrave, en même temps qu'il l'engendre, la reconnaissance d'une ambivalence nécessaire à l'élaboration de la séparation, coupure symbolique à l'origine de la subjectivité de l'enfant et du (ré)investissement du champ du féminin pour la mère. Plusieurs participantes décrivaient que leur besoin de fusion avec leur enfant venait réparer les séparations précoces imposées, ou les violences subies par elles-mêmes, mais aussi le bébé.

La non prise en compte de leurs besoins était au centre de nombreux discours des participantes. Cela a pu en conduire certaines à ignorer elles aussi leurs propres besoins et émotions dans l'idée qu'elles ne devaient pas s'autoriser à penser à elle pour être une mère compétente. Ces conduites pouvaient aussi servir à se punir de la culpabilité de n'avoir pas protégé leur enfant lors de l'accouchement.

Une conséquence de la non prise en compte de la parole des participantes est qu'elles ont pu se sentir infantilisées, voire chosifiées alors qu'elles souhaitaient être incluses dans les échanges. La position de passivité dans laquelle elles se trouvaient s'apparentait à un refus de les considérer comme des adultes, aptes à participer aux décisions de soin les concernant. Cette passivité a pu alimenter le sentiment d'incompétence maternelle, en particulier pour les primipares : puisqu'elles n'ont pas su accoucher seules, elles n'étaient pas capables de s'occuper de leur bébé. En découle un vécu d'illégitimité et un manque de confiance en elles. Ces idées ont pu être renforcées par les paroles et attitudes des soignants en suites de couches, à travers les injonctions contradictoires et les reproches faits à leurs conduites de maternage. L'auto identification et l'autonomisation en tant que parent ne sont pas facilitées par les soignants.

Les participantes resituaient leur expérience au sein des changements et de la vulnérabilité inhérentes à la maternité. L'entrée dans la maternité nécessite en effet une adaptation de la mère, bien décrite par les participantes, en particulier les primipares, qui étaient confrontées à la fatigue, à la dépendance de leur nouveau-né vis-à-vis d'elle, aux attentes et injonctions de la société et de leur entourage, et à la confrontation entre la réalité et leurs propres fantasmes. Tout cela a pu être source de difficultés, indépendamment du déroulé de l'accouchement.

2.2. Entraves aux interactions précoces

Devenir parent est un processus dynamique qui ne démarre pas quand un couple décide d'avoir un enfant, mais se réactive. Il traverse la vie psychique de chacun dès les premières constructions psychiques au sein de l'espace intersubjectif parents-enfants (90). Le terme de parentalité, introduit par Racamier, se définit comme « l'ensemble organisé des représentations mentales, des affects, des souvenirs et des comportements se rapportant à l'enfant, que celui-ci soit à l'état de projet, attendu pendant la grossesse, ou déjà né ». Il s'accompagne de modifications des préoccupations du sujet, de son humeur ou de sa réactivité. Ces modifications sont à l'œuvre, pour la mère notamment, dès la grossesse et se consolident dans le post-partum immédiat (90). L'accès à la maternité entraîne une crise développementale dont l'issue générale est maturative.

La relation à l'enfant était qualifiée par des superlatifs positifs par quasiment toutes les participantes. Les difficultés rencontrées dans la construction de leur lien étaient verbalisées au passé et concernaient le plus souvent les premiers mois post partum, jusqu'à 1 an pour certaines. En filigrane des entretiens, les participantes peuvent évoquer des éléments concernant leur parentalité, comme par exemple lorsqu'elles relient au souvenir de l'accouchement l'impossibilité pour elles de confier leur enfant, ou de dormir sans lui.

Certaines participantes expliquaient la difficulté qu'elles avaient eu à s'occuper pleinement de leur enfant. D'une part, l'enfant, par sa présence ou ses pleurs, pouvait être directement associé au souvenir de

l'accouchement. D'autre part, les conduites de maternages, qui rappelaient aux participantes certaines critiques des soignants qui leur avaient fait perdre confiance en elle, ou les avaient poussé à nier leurs propres émotions et besoins. Les participantes décrivaient des mouvements allant du rejet, de la mise à distance, du ressentiment. Pour ces participantes, il semble que les VO aient entravé leur préoccupation maternelle primaire. Sous ce terme de préoccupation maternelle primaire, D.W. Winnicott (91) décrivait cliniquement la période particulière, de quelques semaines précédant l'accouchement et le suivant immédiatement, pendant laquelle la mère se montre tout spécialement « capable de s'adapter aux tout premiers besoins du nouveau-né, avec délicatesse et sensibilité ». Elle capterait des signaux qu'elle serait à même de décoder et d'interpréter avec une efficacité extrême. D'autres participantes, au contraire ou à la suite d'une première phase de rejet, avaient adopté un comportement surprotecteur, et ressenti leur environnement extérieur comme hostile, à l'origine d'une hypervigilance de leur part. Elles décrivent une période de préoccupation maternelle primaire qui leur permettait de se couper du souvenir des VO, ou de réparer les effets néfastes qu'elles leur attribuaient.

Des participantes pointaient une insécurité affective chez leurs bébés, qu'elles décrivaient comme très demandeurs de contact et de présence physique, voire en hypervigilance et questionnaient le lien éventuel aux VO. Pour beaucoup, les pleurs de leur bébé étaient un rappel de l'accouchement, les ramenaient à leur propre souffrance, mais aussi à celle du bébé. Certaines projetaient ainsi, en utilisant les pleurs de leur enfant le jour de leur naissance, leur vécu de violence propre sur le bébé. Les conduites de surprotection et maternage proximal étaient un moyen de réconforter le bébé de cet épisode, mais aussi elles-mêmes.

Afin de contenir son nourrisson, la nouvelle mère a elle-même besoin d'être contenue, rôle qui doit être assuré par les soignants depuis la médicalisation de l'accouchement. Lorsqu'ils ne tenaient pas ce rôle, les participantes décrivaient un vécu d'insécurité, qui pouvait être renforcé par des éléments de vulnérabilité personnels. En conséquence, les participantes ne se percevaient pas suffisamment compétentes pour rassurer et s'occuper de leur enfant. L'exemple amené dans plusieurs entretiens est celui des pleurs du bébé, qui signaient une faute, ou une incapacité de la mère. Bion a construit le modèle du « contenant-contenu » : l'expérience chaotique et confuse du bébé nécessite la présence d'un contenant qui puisse accueillir et transformer cette expérience, la détoxiquer. Le contenu projeté est appareillé au contenant, à condition que ceux-ci entretiennent une relation que Bion qualifie de « commensale », chacun tirant profit de l'autre pour sa propre croissance. Le « contenant-contenu » ainsi formé est réintrojecté par le bébé et se développe jusqu'à devenir le propre appareil à penser du bébé. Si le bébé ne rencontre pas un objet capable de réaliser ce travail, il réintrojecte l'expérience d'un objet qui refuse les identifications projectives, c'est-à-dire sa détresse augmentée des failles de l'objet ou de l'échec de l'objet, ce que Bion appelle une « terreur sans nom ». L'objet ne doit pas seulement répondre aux besoins du bébé, les transformer, protéger le bébé de la désorganisation, il doit aussi le solliciter, l'attirer vers des niveaux de présence, d'intégration, d'organisation, d'expériences émotionnelles plus élevés. Les principales qualités de l'objet, pour assurer la fonction

contenante, et qui regroupe toutes celles-ci, sont l'attention et la pensée. Dire la nécessité d'intérioriser un objet contenant transformateur, une fonction contenante, une fonction enveloppe, une peau psychique, revient à dire la nécessité de construire une parentalité interne protectrice, structurante, pour qu'émerge et se déploie la subjectivité. Le sentiment d'existence et la sécurité identitaire supposent l'intériorisation d'une parentalité interne qui prend soin des différents aspects du soi. On peut ainsi définir ou représenter une « parentalité soignante », qui exerce les fonctions contenantantes et transformatrices (92).

La question de l'allaitement était particulièrement centrale dans la question de la compétence maternelle, et sujet à culpabilisation par les soignants en cas d'échec ou de difficulté à la mise en place. A l'inverse, certaines équipes poussaient les participantes à arrêter ou mixer l'allaitement lorsque cela interférait avec leurs soins comme la photothérapie, ou demandait qu'elles se mobilisent comme par exemple lorsqu'une participante ne pouvait pas faire elle-même les déplacements jusqu'à la nurserie pour stocker le lait maternel tiré. Certaines des femmes de l'étude de Schroll et al. (2013) (17) font la même constatation de l'impact des VO sur leur perception de leur capacité comme mère. Cela était évident à la fois indirectement, à travers les sentiments de frustration lorsqu'elles n'étaient pas capables de nourrir assez leur bébé, et plus directement lorsque les soignants évoquaient un diagnostic de dépression du post partum.

On retrouvait à nouveau dans la littérature scientifique (58–61,70,83,84,88,93–97) sur le PTSD du post partum une influence sur la parentalité similaire à celle décrite par les participantes : altération possible de la capacité d'adaptation aux demandes de changement de la maternité, vécu négatif de l'expérience maternelle, des représentations maternelles négatives, la perception de l'enfant comme moins chaleureux, avec un tempérament plus prompt à la détresse, difficile à apaiser. Dans plusieurs études, certaines femmes présentant un PTSD du post-partum exprimaient un sentiment de rejet pour leur enfant, de manière transitoire ou jusque dans la petite enfance. Cela pouvait se présenter par une absence d'initiation et une durée réduite de l'allaitement. On retrouvait aussi des conduites d'évitement telles que le refus de la célébration de la naissance. D'autres études, à la différence, décrivaient les femmes utilisant des "comportements surprotecteurs", envahissants, ou étaient hypervigilantes concernant leurs enfants (98). On pouvait retrouver un attachement insécure, encore identifié à 12-15 mois (99–101). Les enfants de mère souffrant de PTSD du post-partum souffraient d'anxiété, d'une altération du développement émotionnel et social, et d'une augmentation de l'incidence des styles d'attachement insécures et désorganisés (64,102). En revanche, Seng et al. (2013) (79) ont trouvé que seule la dépression du post partum était associée à une altération du lien mère-enfant, mais pas le PTSD du post partum.

2.3. La place du père

La place du père dans la parentalité apparaît comme peu pensée par les services de maternité qui ont accueilli les participantes. Une revue de la littérature qualitative sur l'accompagnement des pères à la

paternité, de la grossesse à six mois du post-partum, retrouvait comme principal résultat une difficulté des pères à se situer ou à être situés. Si la plupart d'entre eux s'estimaient être des pères et des partenaires, ils avaient l'impression d'être perçus plutôt par défaut, comme des non patients et des non visiteurs. Beaucoup dès lors se sentaient exclus. Le père était aussi de plus en plus sollicité à partager les rôles parentaux, mais souvent avec comme objectif ou résultat le soutien aux soins maternels : accompagnement d'un enfant prématuré, soutien à l'allaitement maternel ou aux soins courants à domicile (90).

Les participantes évoquaient le vécu de leurs conjoints des VO comme difficile. Elles disaient ne pas pouvoir dissenter car le sujet était peu évoqué dans le couple, mais supposaient qu'ils partageaient à divers degrés un souvenir douloureux.

Plusieurs écrits évoquent cette place difficile du père à la maternité (103). Certains auteurs, rapportent que, lors de l'accouchement, les hommes vivent de la tension, de la peur, de l'anxiété et de la culpabilité. La douleur de la conjointe est difficile à tolérer. L'expérience serait tout de même considérée comme positive. Dans la situation de l'accouchement, l'homme se trouve dans une position de passivité et d'impuissance qui peut éveiller des conflits reliés à l'idéal viril de contrôle et de maîtrise. Pour répondre aux normes sociales qui leur commandent d'être présents et supportant tout en préservant leur virilité, les hommes tendraient à taire leurs conflits et malaises, ce qui pourrait nuire à leur résolution. L'accouchement serait la phase la plus intense émotionnellement. Une expérience plus négative de cette phase serait associée à plus de symptômes dépressifs par la suite.

Une étude québécoise a démontré que les pères sont plus « actifs » directement auprès de leur enfant s'ils sont impliqués en prénatal, et ne remplissent que le rôle de « soutenant de leur conjointe » s'ils n'ont pas participé au suivi prénatal. Shapiro revient sur le paradoxe culturel de nos sociétés et constate que la participation accentuée du père en cours de grossesse coexiste avec une négligence quant à ses difficultés émotionnelles (104).

Pourtant, l'implication du père en périnatalité est un excellent outil de prévention (103) : diminution de la violence conjugale lorsque le père est reconnu et pris en compte précocement ; meilleure réussite de l'allaitement maternel ; aide matérielle et psychologique de la femme qui élargit son périmètre d'initiatives possibles ; réduction de la spirale du stress et de ses conséquences ; sur la santé maternelle, moins de stress et moins de dépressions postnatales ; sur la santé infantile, moins de coliques du premier trimestre, meilleur neuro-développement dans les situations à risque ; accroissement de l'harmonie des relations familiales.

Dans le cas particulier des césariennes, les participantes soulignaient l'inquiétude et l'inconnu dans lesquels était laissé le partenaire. Le questionnaire de l'association Césarine (105) indique un taux global de 28 % de pères qui assistent à la césarienne de leur compagne en moyenne entre 2006 et 2016. C'est un taux qui augmente très significativement depuis dix ans. L'enquête Césarine montre une volonté croissante des pères

d'assister à la naissance de leur enfant, lorsque celle-ci a lieu par césarienne. Parmi les pères qui ont souhaité être présents pendant la césarienne de leur compagne, seuls 37,54 % y sont finalement admis alors que le taux de présence du père lors d'une naissance par voie basse, lorsqu'il souhaite y assister, est de 98 %. Pendant la phase de réveil, seules un tiers des familles sont réunies.

Les participantes ont raconté comment les VO ont pu impacter leur relation de couple. D'une part, l'absence ou la séparation d'avec le conjoint imposée par les soignants était vécu comme une violence. D'autre part, l'impuissance du conjoint, son impossibilité à réagir ou l'échec de ses protestations face aux VO subie par sa partenaire lui sont reprochées ou sont sources de culpabilité. Enfin, plusieurs participantes rapportaient une difficulté à retrouver une intimité sexuelle avec leur conjoint suite aux sensations de l'accouchement et au vécu de mutilation ressenti. Le PTSD du post partum peut avoir une influence sur le couple avec la disparition de l'intimité sexuelle (60,70,88,95). Dans l'étude d'Ayers et al. (2006) (88) certaines femmes montraient une culpabilité de ne pas « remplir leurs attentes en tant qu'épouses ». D'autres altérations de la relation de couple identifiées étaient les désaccords liés à la naissance, le manque d'attention ou de temps que les femmes accordaient à leur partenaire, et le blâme du partenaire pour les événements traumatiques vécus.

Trouver un équilibre entre les parents et l'enfant était une difficulté souvent amenée par les participantes primipares. En cause, leur absence lors de l'accouchement, des suites de couches, mais aussi la courte durée du congé paternité. Dans la revue de la littérature de Senécal et al. (103), la période postnatale serait la plus influencée par les facteurs environnementaux et celle qui pose le plus de défis intra et interpersonnels en termes d'adaptation à la nouvelle réalité de père. La présence effective du bébé entraînerait un conflit entre ce que l'homme désirait être comme père et la réalité. En termes de difficultés éprouvées de manière plus aiguë à cette période, les auteurs font état d'un sentiment de manquer de temps pour s'impliquer auprès du bébé, de l'impression d'une détérioration du style de vie et des rapports sexuels avec sa conjointe, du sentiment de manquer de liberté et d'être moins compétent que sa conjointe. Plusieurs expérimenteraient un sentiment d'impuissance susceptible de générer de l'anxiété, de l'irritabilité et une perception négative de soi. Lors de la période post-partum, les pères qui auraient construit une image paternelle relativement non conflictuelle ressentiraient un élan, une motivation vers plus d'implication. Les autres trouveraient difficile de composer avec les nouvelles demandes et auraient tendance à se sentir exclus.

Dans cette partie de la discussion, nous avons vu que l'expérience des VO a pu entraîner une altération de la représentation d'elles-mêmes des participantes. Nous avons pu discuter de l'influence du manque de contenance et de la culpabilité, et de l'entrave à la préoccupation maternelle primaire, l'accordage affectif et la dévalorisation des capacités maternelles. Enfin, dans cette recherche la place du père apparaissait comme cruciale pour la mère et l'enfant, mais aussi négligée par l'institution soignante.

Il nous a semblé important de remettre en perspective les récits des participantes en discutant du contexte social dans lequel la relation soignant soignée est envisagée, et des éléments systémiques en jeu dans les VO.

3. ENJEUX DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES

3.1. L'évolution de la vision de la relation soignant-soignée

On retrouvait dans les trajectoires des participantes une évolution du rapport aux soins. Au cours de leur accouchement et dans les mois qui ont suivi, plusieurs rapportaient un cheminement dans leur réflexion vis à vis des soins, qui débutait par la normalisation des pratiques qu'elles avaient subi, puis peu à peu apparaissait une remise en question des comportements soignants.

Des études sociologiques (3,19) ont identifié que les VO pouvaient être normalisées par les soignants mais aussi par les soignées qui y "consentaient" en intégrant cette violence comme une partie naturelle et acceptée de la vie. Ainsi, la violence peut être reproduite et renforcée par tous les acteurs impliqués : femmes, familles, professionnels, et décisionnaires. La violence est invoquée par des soignants dans certaines études (18,19,21,106) comme le seul moyen d'obtenir une compliance des patientes qui permettra une issue saine et sauve pour la mère et le bébé. Cet argument était intégré par les patientes interrogées dans l'étude de Balde et al. (2017) (107). Plusieurs études qualitatives évoquaient la notion de "faible attente" des femmes vis-à-vis des soins, comme si elles n'étaient pas conscientes, ou ne se sentaient pas légitimes d'attendre de la considération et du respect de la part des soignants (108). Les femmes avaient d'une part intégré la médicalisation des soins comme un signe de qualité des soins, et d'autre part considéraient "ne pas pouvoir se plaindre", puisque l'hôpital avait rempli le rôle d'assurer leur survie et celle de leur nouveau-né (109). Skinner et al. (2010) (110) questionnait ainsi "Peut être qu'en appelant un bébé en bonne santé sans blessure de naissance un "bon résultat", on met la barre trop basse."

La sociologue L. Quéré s'est intéressée à la conscience du droit dans la consultation gynécologique (111). Elle a décrit trois cadres d'interprétation de l'expérience gynécologique :

- le cadre conformiste, reposant sur une vision impliquant une division nette entre les patientes, "obéissantes", et les professionnels de santé, qui détiennent le savoir et ont le monopole de la décision et de la pratique de soin. Ces patientes adoptent la définition la plus restrictive de leurs droits au sein de la consultation, n'entrant pas en négociation pour le respect de ces droits. L'information du gynécologue n'est ni vérifiée ni remise en cause. Le consentement éclairé est associé à la confiance accordée à leur gynécologue.
- le cadre contractualiste, où la relation entre le gynécologue et la patiente est fondée sur un contrat selon lequel les attentes des patientes à l'égard de leurs soignants doivent être respectées. Chacun a des devoirs et des responsabilités réciproques. La confiance accordée aux soignants peut être retirée à tout

moment, les soignants faisant l'objet d'une surveillance par les patientes. Ces patientes promeuvent la figure de la patiente active et informée, fortement valorisée socialement. Elles s'attachent à poser des questions éclairées aux gynécologues.

- le cadre féministe, reposant sur l'idée que la relation est caractérisée par des rapports de pouvoir et de domination, d'autant plus que cette spécialité médicale a pour objet le corps des femmes, lesquelles subissent une domination spécifique dans la société patriarcale. Les critiques se concentrent sur l'inégale répartition de la parole, l'inégale légitimité des savoirs, le caractère mécanique et impersonnel de la consultation. La parole des gynécologues est identifiée comme normalisatrice. Ces patientes développent un large éventail de stratégies pour éviter de devoir faire face à une situation problématique lors de leurs consultations : elles recherchent une gynécologue considérée comme "sûre", elles remettent en cause les pratiques et rendent compte des débats qui ont lieu au sein de la profession. Elles naviguent entre plusieurs sources d'informations, le médecin n'étant plus considéré comme la source centrale de référence sur l'état des savoirs et sur la légitimité des pratiques. La consultation devient davantage un processus de négociation. Le cadre féministe est celui qui permet la plus large interprétation du droit au consentement. Conscientes de la difficulté à faire recours et à faire reconnaître une plainte comme légitime, elles entretiennent un rapport critique et distancié au droit.

L. Quéré concluait que la loi en elle-même n'était pas suffisante pour comprendre comment les femmes décidaient si elles avaient subi un préjudice, et qu'il fallait prendre en compte les cadres d'interprétation permettant aux femmes d'interpréter les situations qu'elles vivent au sein de la consultation gynécologique.

Les participantes déjà sensibilisées au militantisme autour des accouchements physiologiques décrivaient une vision initiale du contrat de soin comme féministe, les autres entrant dans le cadre contractualiste ou conformiste. A la fin de leur récit, et à travers les revendications qu'elles portaient, beaucoup d'autres participantes ont vu leur vision de la relation soignant soignée évoluer vers un cadre féministe ou a minima contractualiste.

Dans notre étude, plusieurs participantes ont ressenti qu'elles dérangeaient, notamment en exprimant leur douleur, et que les maltraitances subies pouvaient être en lien avec le fait qu'elles remettaient en cause les procédures ou qu'elles n'acceptaient pas leurs recommandations comme la péridurale, l'allaitement maternel ou artificiel par exemple. Certaines participantes associaient les comportements maltraitants de certains soignants à des démonstrations d'autorité. Le fait qu'une patiente discute les décisions soignantes bouleverse la structure de la relation soignant soignée, qui jusqu'à quelques années suivait un modèle paternaliste dans lequel le soignant avait le savoir, et le patient écoutait et acceptait la prise en charge.

L'éducation des patientes dans une relation paternaliste ressortait dans de nombreux travaux sociologiques. Dans l'étude de Morales et al. (2018) (86), l'habitus médical autoritariste était la caractéristique la plus

importante déterminant la qualité perçue des soins reçus. Les sages-femmes interrogées dans l'étude de Jewkes et al. (1998) (19) parlaient d'apprendre aux patientes "les bonnes pratiques". Paradoxalement, les équipes interrogées dans cette étude déploraient une résistance des patientes à leur éducation mais sous-estimaient l'étendue de leurs connaissances et rejetaient toute valeur dans les processus de réinterprétation des informations reçues par les femmes. Ces idées renforçaient la validité de l'idéologie de l'ignorance et d'infériorité du patient. Dans ces études (15,19), il existait une catégorisation entre une "bonne" et une "mauvaise" patiente. La "bonne" patiente était humble et acceptait la vision des sages-femmes des relations de pouvoir dans l'unité. Les "bonnes" patientes devaient être coopératives, par exemple en acceptant silencieusement la douleur de l'accouchement, et en suivant sans se plaindre les consignes médicales afin que le processus d'accouchement soit plus facile pour les soignants.

L'anthropologue H Moore (112) écrivait que les violences surviennent lorsque les auto-représentations et évaluations sociales de soi sont menacées par le comportement des autres, bien que souvent la menace soit perçue plutôt que réelle. Une incapacité à maintenir le fantasme de pouvoir déclenche une crise d'identité et la violence est un moyen de résoudre cette crise car elle acte la reconfirmation de la nature de la puissance déniée. Moore argumentait que la violence doit être vue comme un signe de lutte pour le maintien de certains fantasmes d'identité et de pouvoir.

Les participantes de notre étude dénonçaient avoir été infantilisées. Elles pointaient la posture passive dans laquelle les soignants les avaient placées, le manque d'écoute ressenti face à leurs plaintes ou leurs questionnements, et l'absence de demande de consentement récurrente lors des soins reçus. Plusieurs d'entre elles expliquaient qu'en effet, beaucoup d'actes qu'elles ont considérés comme violents auraient pu être acceptables étant donné la détresse dans laquelle se trouvait leur enfant, à condition qu'ils leur aient été expliqués au préalable et que leur consentement ait été obtenu.

Historiquement, la notion du consentement est apparue associée à la sexualité, avec notamment la criminalisation du viol. La loi de 2002 sur les droits des malades, avec l'introduction du consentement comme clé de voûte de la relation médicale, est l'aboutissement d'un ensemble de revendications portées par différents mouvements sociaux depuis les années 1960, dont le mouvement associatif autour du SIDA. Celui-ci est largement inspiré par le mouvement de santé des femmes américaines. Les militantes du Women's Health Movement contestaient le régime de connaissance médicale en se présentant comme une source légitime de savoir sur leur propre corps. En France, la profession de gynécologie était fortement engagée dans les luttes féministes depuis les années 1960. Leur présence n'a pas incité les femmes à coproduire un savoir situé en dehors de l'espace médical. C'est l'une des raisons pour lesquelles la contestation par les féministes du déséquilibre entre soignant et soignée, notamment en gynécologie, n'est apparue que tardivement, avec la médiatisation des VO. (113).

A travers une enquête réalisée à l'occasion du scandale médiatique des touchers vaginaux sous anesthésie générale en 2014-2015, L. Quéré (113) a interrogé les différentes manières dont les mouvements féministes se sont saisis de la notion de consentement. Elle soulignait l'indécision de leur lecture, entre une critique féministe de la gynécologie et une analyse plus générale de l'asymétrie de pouvoir dans la relation médicale. Les discours tenus lors des mobilisations remettaient en cause les normes de genre et la morale sexuelle sous-jacente aux discours médicaux. Le constat était celui d'une oppression spécifique des femmes au sein d'une « société paternaliste patriarcale », oppression qui se traduit dans la consultation gynécologique par une « domination patriarcale », notamment dans les consultations de gynécologie-obstétrique. L'élaboration et la problématisation de ce constat passaient par la dénonciation des stéréotypes que les médecins véhiculent à propos des femmes : des « écervelées », des « nunuches » dont les « problèmes de bonnes femmes » interfèrent avec le déroulement de la science médicale.

Ces réflexions sur les violences de genre font écho au discours de quelques participantes, qui questionnaient si certaines pratiques qui peuvent apparaître comme moyenâgeuses, douloureuses et mutilantes, seraient toujours acceptées si elles concernaient également les hommes ?

Sadler et al. (2016) (3) rappelaient que les scientifiques sociaux ont produit un corps de recherches considérable sur la gestion médicale de l'accouchement comme un réflexe des pouvoirs de genre asymétriques et un processus où les corps femelles sont chosifiés (72,114,115). Par ailleurs, le Haut Conseil à l'Égalité Hommes-Femmes dans son rapport de 2018 (13) mettait en avant que, jusque dans le milieu professionnel du soin, les relations femmes-hommes demeurent empreintes de sexisme : 86% des internes de médecine (95% des femmes et 68% des hommes) déclarent avoir été exposés à du sexisme ; près d'1 interne sur 10 déclare avoir été victime de harcèlement sexuel. Il nous a semblé intéressant de noter que la dénonciation des VO était un moyen pour certaines sages-femmes (par exemple au Mexique (5), de parler de violence normalisée liée au genre, à la classe, et à la race.

L'asymétrie de la relation de soin, et le rapport de domination perçu par les participantes est prégnant dans leur discours. Les participantes ont également appuyé sur un paramètre important de la relation qui a conduit à un vécu de violence, celui du manque d'humanité dans les soins. La non prise en compte de leur histoire, de leurs souhaits et de leurs émotions a conduit à une dépersonnalisation des soins. Les soignants apparaissaient froid, comparés à des robots, et elles-mêmes se sentaient considérées comme des objets. Elles ne se sont senties niées dans leur subjectivité.

Les participantes reprochent ainsi aux soignants de ne pas avoir effectué ce que le sociologue A. Strauss (117) a défini comme "le travail sentimental". La théorie du travail sentimental, développée dans un service d'oncologie auprès de patients en fin de vie, se prête au contexte de la maternité qui est un lieu de remaniement d'identité fort pour les participantes. Le travail sentimental est défini comme l'accompagnement des émotions, des modifications d'identité, la prise en compte de la biographie du patient

durant sa trajectoire de soins, faites d'actes techniques mais aussi d'effets secondaires de traitement. Il se divise en différents types :

- travail d'interaction et règles morales, concernant par exemple des conversations (écouter avec attention, ne pas couper la parole brutalement, ne pas crier), certaines actions (ne pas être brusque, brutal, ne pas violer l'intimité), comportements (se présenter), et toujours obtenir le consentement.
- travail de confiance : lorsque les soignants infligent inévitablement une douleur lors de procédures nécessaires, il doivent le faire aussi rapidement et en minimisant au maximum cette douleur.
- travail de maîtrise de soi, qui consiste à réassurer, par la parole ou par les gestes, les patients exposés à une potentielle perte de maîtrise de soi lors des procédures médicales. Cela permet aussi d'assurer que la tâche soit faite rapidement et efficacement.
- travail biographique : ce travail est fait initialement dans un but médical, mais a une composante psychologique intense car il peut permettre de créer une relation soignant-patient plus douce.
- travail d'identité : il consiste à travailler avec le patient sur des questions d'identité personnelle, ce qui peut être référé comme "problèmes psychologiques".
- travail de rectification, qui consiste à ce que, lorsque des patients expriment un grief ou le sentiment d'avoir été insulté durant ou après que les règles d'interaction aient été méprisées par un personnel rude ou irréfléchi, ou quand leur maîtrise d'eux même a été brisée par un personnel, un autre membre de l'équipe soignante vienne "ramasser les morceaux". On retrouve ce travail de rectification dans tous les témoignages des participantes.

Après avoir discuté la structure de la relation de soin et les affects en jeu, les participantes étaient questionnées sur d'éventuelles procédures lancées à l'encontre des soignants impliqués dans les soins perçus comme violents. Elles ont alors livré une réflexion sur la notion de responsabilité de VO.

3.2. Responsabilités individuelle et collective des violences obstétricales

La qualification de victime sous-tend la qualification d'agresseur. Dans notre étude, les participantes distinguaient assez clairement la responsabilité individuelle et systémique. Elles supposaient que les soignants ne pensaient pas forcément à mal lorsqu'ils se montraient maltraitants. Certaines expliquaient ainsi que les défaillances à caractère systémique étaient pardonnables, mais que certains actes ou comportements

relevaient du caractère individuel et ne devaient pas être acceptées. Sur les quelques participantes qui ont manifesté leur colère et leur souffrance auprès des professionnels de santé impliqués dans leur prise en charge ou responsables des services concernés, les réactions des soignants tendaient plutôt vers une minimisation des ressentis et de leur responsabilité.

Dans la responsabilité des VO, plusieurs dimensions doivent être prises en compte. La dimension individuelle d'une part, qu'elle soit intentionnelle ou non. En effet, comme l'ont souligné Borhen et al. (2015) (18), la maltraitance ou la conduite abusive par les soignants n'est pas nécessairement intentionnelle, et peut coexister avec d'autres pratiques de soin compassionnelles et respectueuses.

Sadler et al. (2016) (3) argumentaient que centrer le débat sur les mauvaises pratiques individuelles a le potentiel de générer une hostilité non productive concernant la discussion de l'irrespect et l'abus dans l'accouchement, spécialement parmi les professionnels de santé. En effet, l'utilisation du concept de violence est contraire à l'éthique des professionnels de santé. Une attaque frontale rendrait toute remise en question impossible car induirait un mouvement défensif trop important. Dans une étude descriptive menée en France auprès de 71 soignants pour étudier le vécu et la pratique des professionnels concernés par la médiatisation des VO et gynécologiques, Y. Louati (2020) (118) retrouvait que 70% déclaraient être compréhensifs des femmes. 35% avaient un sentiment de dénigrement (bashing) de leur profession et environ la même proportion ressentait de la colère envers les soignants eux-mêmes et les médias. 59% des enquêtés déclaraient vouloir modifier leurs pratiques mais 80% indiquait ne jamais avoir bénéficié d'une formation complémentaire à ce sujet dans le cadre de leur formation continue. 71% d'entre eux disaient être prêts à participer à une formation si celle-ci était proposée dans leur établissement de santé.

L'approche individuelle invite à une minimisation de l'ampleur des maltraitances, comme l'ont décrit Borhen et al. (2015) en interrogeant des soignants (18). Ils décrivaient la théorie de la "pomme pourrie" qui consiste à attribuer les comportements maltraitants à la personnalité d'un seul individu membre du personnel soignant. Un sondage en ligne (119) diffusé au Qatar retrouvait que seuls 52% des soignants avaient déjà entendu le terme de violence obstétricale, 48% savait le définir correctement et 63% en avaient été témoins à un moment de leur carrière.

Nombreuses sont les participantes qui ont sollicité de meilleures formations à la communication et au relationnel pour les soignants. L'une des participantes en particulier déplorait que l'interne à la suite de l'obstétricienne se montre insensible à sa douleur, soulignant le temps que ces changements structurels allaient demander.

Il ressortait de différents articles sur le sujet (3,120) qu'il est indispensable de mettre en lumière comment des pratiques soignantes maltraitantes sont apprises et reproduites à travers l'enseignement et l'entraînement, et comment l'abus devient construit dans des systèmes et structures même s'il est non

intentionnel au niveau individuel. En effet, des travaux de sociologies (86,109) soulignaient que la structure de l'éducation médicale, est construite sur un ordre hiérarchique avec une chaîne de commandements. Les étudiants d'une plus basse catégorie sont disciplinés, punis, ou discriminés comme une partie d'un modèle pédagogique qui cherche à perpétuer un système autoritariste de relations interpersonnelles. Le système éducationnel joue un rôle décisif dans l'origine des pratiques de soins autoritariennes (l'habitus), tel que les étudiants vont plus tard reproduire les pratiques d'enseignement auxquelles ils étaient sujets. Dans le cas des pays à haut revenus où le rôle de l'éducation médicale et l'entraînement dans la formation des attitudes des soignants pourrait être bien reconnus, Sen et al. (2018) (120) constataient que l'enseignement du comportement empathique et de soin est relégué à un discours moral informel par les supérieurs cliniques, ou qu'il peut être sélectivement appris par observation si de tels modèles existent. Il n'y a en revanche pas d'enseignement formel des interactions interpersonnelles avec les patients, ni d'évaluation de celles-ci.

Enfin, plusieurs études (121,122) ont trouvé que l'exposition à des violences médicales pouvaient entraîner un syndrome de stress post traumatique chez les professionnels de santé témoins. D'autres travaux (123,124) ont fait le constat que ces soignants peuvent voir leur empathie et leur compétence clinique altérées par ces symptômes.

L'organisation protocolisée des soins rendait la prise en charge mécanique, impersonnelle pour les participantes, qui avaient des difficultés à s'approprier les décisions médicales. Ce point de vue est partagé dans plusieurs études qualitatives (32,86). L'une d'elles suggérait que le souhait individuel du patient peut être mal vu par les soignants lorsqu'il est plus facile de standardiser et suivre les procédures. Ce type de traitement déshumanisé est plus à risque de se produire lorsque les soignants sont impliqués dans seulement une partie des soins des femmes.

En filigrane des vécus d'abandon des soignants par les participantes se dessinait une population soignante en sous-effectif, surmenée et épuisée, travaillant dans des locaux parfois vétustes. Plusieurs participantes l'abordaient clairement, d'autant que ces éléments leur ont été opposés lorsqu'elles se sont plaintes du manque d'accompagnement ou du comportement des soignants.

La violence institutionnelle peut être définie comme l'échec d'action ou tout type d'omission dans les services de soin(57). Dans plusieurs études et rapports (19,125,126) sont invoqués les dysfonctionnements systémiques institutionnels pouvant produire ou faciliter l'apparition de violences et maltraitances obstétricales. Bohren et al. (2015) (18) énuméraient : les faibles structures de supervisions, le manque de personnel, une chaîne de suppléance inadéquate, de mauvaises conditions physiques, et politiques, etc. On retrouvait également dans les paroles des soignants le gros volume de patients, les salaires bas, le temps de travail, le manque d'infrastructures qui aboutissent à un environnement stressant. Des conditions de travail dégradées ont un impact sur leur moral et la satisfaction générale au travail. Dans les travaux sociologiques sur le sujet (15,19,106) cela s'exprimait par une colère extériorisée des soignants contre les patients, des

traitements impatients, commentaires irrités, moqueries ou ricanements dédaigneux. Les facteurs du système de santé peuvent fournir des explications contextuelles pour les expériences négatives, mais ne doivent pas être considérées comme une justification de la poursuite de la maltraitance des femmes, comme c'est le cas dans des études interrogeant les soignants.

Aucun soignant n'ayant été interrogé dans notre étude, nous n'avons pas eu accès à leur vécu des soins prodigués aux participantes. Ces études permettent néanmoins de signaler l'importance de prendre en compte les deux points de vue des soignants et soignées, sans en annuler aucun, dans le but d'améliorer le vécu des deux parties.

3.3. La question de l'impunité des soignants

Les participantes se sont retrouvées soit dans un sentiment d'illégitimité de réclamer l'application de leurs droits, soit face à un mur administratif lorsqu'elles ont envisagé de réclamer une sanction. L'étape intermédiaire de la médiation, elle aussi difficile à obtenir, a pu mener soit à un soulagement soit à un statu quo. Elles soulevaient la question d'une meilleure accessibilité aux démarches de plaintes et de médiation, et de la fin de l'impunité des soignants lors de maltraitements médicaux.

Dans plusieurs enquêtes sur les VO, les auteurs (19) pointaient l'absence de sanctions des soignants violents envers les patientes. En France, le respect du consentement, inscrit dans la loi de 2002 concernant les droits des patients, est une obligation légale pour les soignants. Comme le précisait Manaouil (2018) (127), les poursuites des soignants en France pour VO sont très rares. L'intérêt de la médiatisation de ce problème réside dans la réflexion qu'il amène les professionnels à avoir. Ainsi, depuis 2018 les maternités doivent disposer d'un label qualité "bienveillance", en respectant plusieurs critères dont afficher leur taux de césariennes, d'épisiotomie, mettre en place un projet de naissance, former les équipes à la bienveillance.

Les récits des participantes s'inscrivent dans un mouvement féministe de remise en question de la relation de soin. Elles ont perçu une certaine impunité des soignants, et n'ont, pour la plupart, pas trouvé d'apaisement dans des procédures à l'encontre de ces professionnels. En revanche, la dénonciation des VO à travers les réseaux sociaux militants a une vertu thérapeutique.

4. LE RÔLE DES TÉMOIGNAGES ET DES COLLECTIFS MILITANTS DANS LA CONSTRUCTION DES REPRÉSENTATIONS

4.1. La place du récit de l'accouchement et du post-partum dans la société

La société occidentale montre aux futures mères une image idyllique du post-partum, dans laquelle la femme ne souffre pas de séquelles physiques de son accouchement, construit immédiatement un lien puissant avec son enfant, et retrouve une position de femme sexualisée qui retrouve aisément une intimité physique. Elle est à la fois la mère et la compagne, mais aussi une femme individualisée qui doit reprendre son activité professionnelle rapidement, et tenir toutes ces positions sans faillir. Ces mythes du post-partum étaient dénoncés par plusieurs participantes. Au milieu de ces injonctions sociétales, il apparaissait d'autant plus difficile de se remettre d'un accouchement mal vécu, tout en découvrant la réalité du post-partum commun à toutes les femmes. Les participantes se sont senties isolées et en difficultés dans le partage de leur expérience.

La parole commence à se libérer, notamment via le mouvement #monpostpartum lancé sur les réseaux sociaux en 2020 par la sociologue militante féministe I. Weizman (128), qui a regroupé des milliers de témoignages de femmes sur la réalité du quotidien post-partum et en particulier de la dépression du post-partum.

Les réseaux sociaux tels qu'ils apparaissent dans le récit des participantes offrent une dimension psychothérapeutique grâce aux échanges qu'ils permettent et à l'appartenance à une communauté. A nouveau on retrouve la notion de contenance. L'accès aux témoignages de pairs permettait aux participantes de s'autoriser à continuer d'évoquer le souvenir des VO, légitimer leur propre vécu, élaborer des représentations et obtenir une réassurance narcissique. Comme souligné par I. Villecourt-Couchat (129), Les récits postés assurent la permanence d'objet, mais aussi la permanence d'une communauté virtuelle toujours présente à laquelle se raccrocher, le forum étant accessible, de jour comme de nuit.

De plus, c'est par leur biais que les participantes ont rencontré les collectifs militants et certaines ont trouvé une forme d'empowerment dans l'intégration d'un rôle militant. Ce militantisme s'exerce par le biais de leurs propres réseaux sociaux, auprès de leurs proches, dans leur exercice professionnel, et même, la question se pose, à travers l'acte de témoignage qui a une dimension de combat (130).

Le témoignage est un acte thérapeutique car il décharge, par la parole (décharger l'angoisse, la tension, le conflit). La représentation par l'acte de parole a une valeur cathartique (92).

4.2. Le discours de collectifs militant est porté par les participantes

La particularité de notre recrutement est qu'il a été effectué à travers les réseaux sociaux via des collectifs de lutte contre les VO. Les participantes ont donc, à divers degrés, intégré le milieu associatif et militant en lien avec le sujet des VO. La participation à l'étude représentait, entre autres, un acte de communication qui visait à faire changer les pratiques des maternités.

On retrouve à travers les discours des participantes l'influence des collectifs, particulièrement en ce qui concerne les changements de pratiques revendiquées : améliorer les formations des soignants à la communication, amélioration de la communication soignant-soignée, mettre un terme à l'impunité des soignants, améliorer l'accompagnement des projets d'accouchement physiologique et des pratiques telles que l'allaitement, offrir le choix de la position d'accouchement, faciliter les accouchements à domicile, améliorer la continuité du suivi.

Deux collectifs occupent une position importante dans le militantisme contre les VO : le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) et Tous Contre les Violences Obstétricales et Gynécologiques (TC VOG).

TC VOG a publié une étude (131) réalisée en 2020 concernant les pratiques des maternités pendant la pandémie de COVID. L'étude s'est déroulée via un questionnaire en ligne, et a collecté 2727 réponses. Les répercussions négatives relatées sont: rupture dans la continuité des soins, exclusion du père, solitude en suites de couches, manque de disponibilité du personnel soignant, un manque d'informations aux femmes, un faible taux de confiance envers les professionnels de santé, le souhait de changer de lieu d'accouchement, l'abandon ou la modification du projet de naissance, le mauvais vécu du port du masque imposé, l'absence de consentement en particulier pour l'épisiotomie, la contrainte de la position d'accouchement, le manque d'accompagnement à l'allaitement, un retour au domicile dégradés avec un manque d'accompagnement psychologique et une restriction d'accès aux antalgiques. On note que les problématiques soulevées sont superposables à celles évoquées par les participantes.

Le CIANE, collectif en activité depuis 2003, a des revendications similaires qu'il porte depuis 2017.

5. PISTES DE RÉFLEXION SUR LES PRATIQUES DE SOIN

5.1. Amélioration des relations soignants-soignées

Les participantes déploraient le manque d'explications, mais aussi et surtout le manque d'écoute, c'est-à-dire la prise en compte du contexte dans lequel les informations doivent être transmises, et la place donnée aux questions des participantes. Il apparaît évident de préconiser l'amélioration de l'information aux patientes sur le déroulé normal de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches, du post-partum, sur les interventions possibles à ces différentes étapes, mais aussi sur leurs droits. Mais se restreindre à ces recommandations pourrait conduire à de nouveaux protocoles « relationnels » qui risquent de ne pas s'adapter à la disponibilité psychique des patientes. En plus d'informer, se pose la question du quand et du comment. L'échange entre la patiente et les soignants doit s'inscrire dans un lien, dans un cadre qui offre à la patiente la possibilité de poser des questions et d'exprimer ses craintes, parfois en décalage total avec le contenu de l'information que pense devoir transmettre le soignant.

On retrouvait dans le discours des participantes le regret d'avoir été insuffisamment préparées à certains aspects de l'accouchement et aux symptômes physiques qui pouvaient apparaître en suite de couches. Elles dénonçaient également le manque d'informations données au moment du travail et de l'accouchement. Ce manque d'information semblait être un facteur important dans le vécu de leur accouchement comme violent. Plusieurs études ont été menées afin d'identifier les facteurs d'amélioration du vécu de l'accouchement chez les femmes qui décrivent un mauvais vécu de la relation aux soignants. Plusieurs études (12,17,106) concluaient à la nécessité d'améliorer l'accès à l'information pour les femmes sur le travail, l'accouchement et sur les VO. L'accueil des inquiétudes des patientes apparaissait aussi comme crucial. Par ailleurs, la recherche (69,110,132) autour du rôle du contrôle dans l'accouchement a trouvé qu'une augmentation du sentiment de contrôle, qui va avec la possibilité de discuter avec les soignants des décisions, est associée à moins d'utilisation d'analgésie, plus de satisfaction, et de bien être émotionnel après la naissance.

Pour l'amélioration de la relation soignant-patiente en France, la vice-présidente du CNOF (Conseil national de l'Ordre des sages-femmes de France) proposait une augmentation du temps de consultation. En France, le CNGOF (Conseil National des Gynécologues Obstétriciens de France) a publié des recommandations de pratique cliniques (133) sur l'information et le consentement de la femme en obstétrique. Elles précisaient entre autres qu'au cours de la grossesse et à nouveau en salle de travail, il est recommandé de s'intéresser aux attentes des femmes et de les informer sur les modalités de l'accouchement, et de s'enquérir des informations déjà livrées afin d'adapter l'information. Ils évoquaient aussi le projet de naissance dont l'élaboration doit se faire dans une démarche de partage de connaissances et attentes de la femme, et des informations délivrées par le praticien.

Parmi les outils à disposition pour créer un échange productif entre les patientes et les soignants, le projet de naissance, lorsqu'il n'est pas utilisé correctement, semblait en effet être source de ressentiment. Au travers des récits, les participantes le considéraient comme une feuille de route avec la liste des pratiques autorisées et interdites aux soignants qui participeraient à leur prise en charge. Or il semble que le contenu de ce projet, même lorsqu'il a été explicité, n'a pas toujours donné lieu à des explications qui auraient permis de le nuancer. Par exemple, les participantes ayant inscrit leur refus d'une épisiotomie, ou de certains instruments, auraient dû être informées des indications de ces pratiques. Cela aurait peut-être permis, lorsque ces gestes ont été réalisés, qu'elles ne le vivent pas comme une trahison et une absence de considération de leurs souhaits. Questionner en amont les demandes des patientes, et informer lors de l'accouchement à la fois des gestes mais aussi de la raison de leur réalisation, pourrait désamorcer un certain nombre de tension en supprimant le facteur incompréhension.

A travers le projet de naissance, mais aussi les reproches faits par les participantes quant à la protocolisation des soins, et à la non prise en compte des antécédents psychiques par exemple, c'est une personnalisation

des soins qui est réclamée. On retrouvait cette problématique lorsqu'on comparait les difficultés rapportées par les primipares à celles des multipares.

Enfin, peu de participantes ont pu se confronter au personnel soignant, principalement par peur de ne pas être entendues et de ne pas voir leur détresse reconnue. Deux participantes ont obtenu des médiations, l'une source de soulagement, et l'autre au contraire ayant perpétué le sentiment d'irrespect vécu par la participante. Jewkes et al. (1998) (19) rapportaient que des cours de gestion de conflits permettaient un meilleur rapport entre les soignants et patientes. Abuya et al. (2015) (49) ont confirmé par leur étude Kenyane que les interventions basées sur les médiations de conflits et les formations à ce sujet ont permis de diminuer significativement la prévalence de certains types de VO. Kujawski et al. (2017) (134) ont mené une intervention en Tanzanie qui a abouti à la création d'une charte promouvant les pratiques de soin respectueuses. Cette intervention a permis une diminution significative des maltraitances et VO. Ces études manquaient cependant de groupe contrôle et s'intégraient dans des réformes de santé plus larges qui ont pu biaiser les résultats.

5.2. Formation des professionnels impliqués dans le suivi de grossesses au dépistage des troubles psychiques

Les participantes pointaient l'absence de prise en charge globale durant la grossesse, et en particulier la prise en compte de traumatismes antérieurs pouvant influencer sur le vécu de leur grossesse. Plusieurs études menées principalement aux Etats Unis (51,135) mettaient en avant le défaut de dépistage des troubles psychiques de la grossesse et l'orientation des patientes vers des soins adéquats. Des études à grande échelle (136,137) ont montré qu'une majorité de résidents en gynécologie obstétrique n'étaient formés ni à la dépression ni à son traitement. Leinweber et al. (2016) (121) proposaient d'introduire la notion d'accouchement traumatique dans les programmes de formation de maïeutique, et pour informer les parturientes.

Reynolds et al. (1997) (70) abordaient déjà la question de l'approche à proposer aux femmes présentant des facteurs de risque d'accouchement traumatique : répertorier l'histoire de vie, les facteurs de risques d'accouchement traumatique et de VO, assurer durant l'accouchement une bonne communication et gestion de la douleur, et après l'accouchement encourager la discussion sur le vécu de la naissance, dépister les troubles mentaux du post partum.

5.3. La question de l'accouchement à domicile

Une majorité de participantes souhaitaient accoucher à domicile dans le cas d'une prochaine grossesse. Deux participantes avaient pour projet initial d'accoucher à domicile mais ont dû se résoudre à

accoucher à la maternité en raison de l'impossibilité technique ou financière d'être accompagnée par une sage-femme. La réglementation Française limitant fortement cette pratique, l'accès à un accompagnement par une sage-femme est difficile. Certaines prévoyaient donc d'accoucher seules, à l'étranger, ou accompagnées de professionnels non reconnus dans le milieu de la santé.

Depuis 1987 et la naissance de la Global Safe Motherhood Initiative, la mortalité maternelle est un problème de santé publique mondialement reconnu et un indicateur de performance des systèmes de santé (53,138,139). On estime à environ 500 000 le nombre de décès maternels et 4 millions de décès néonataux chaque année (140), avec un caractère imprévisible des complications de la naissance. Le meilleur moyen de lutter contre ce problème est de permettre aux femmes un libre accès à des soins périnataux de qualité (141). Il est de plus en plus admis que les mauvais traitements, la discrimination et les violences dont peuvent être victimes les femmes dans les maternités sont à l'origine d'une éviction de celles-ci (1,101,142–144), avec des risques de conséquences graves telles que des morts fœtales in utero ou des décès néonataux. L'étude de Schroll et al. (2013) (17) retrouvait que suite à des violences subies pendant les soins, les femmes retardaient ou s'empêchaient de contacter le système jusqu'à ce qu'elles sentent que c'était inévitable.

Aujourd'hui, en France, ce mode d'accouchement est très marginalisé, et les sages-femmes doivent souscrire à des assurances en inadéquation avec leurs revenus, limitant ainsi la pratique. S'annonce alors la difficulté de l'accompagnement de ces projets. Or, sans évaluation et accompagnement médical, la pratique de l'accouchement à domicile peut être risquée pour la mère et l'enfant. Si les femmes refusent d'aller à l'hôpital et que les soignants ne sont pas autorisés à aller aux femmes, se constitue un nouveau cercle vicieux, et ce sont les femmes et leurs enfants qui en seront potentiellement victimes.

Il existe peu de données sur le sujet des VO et de l'accouchement à domicile. Une étude (145) ne retrouvait pas de différence significative dans les manifestations de maltraitements entre les accouchements au domicile ou en structure de santé. Dans l'étude d'Orpin et al. (2018) (146), les femmes victimes de maltraitements et VO exprimaient leur intention de continuer à utiliser les structures de soins, car elles percevaient l'accouchement médicalisé comme plus sûr qu'au domicile. Ces études ont été respectivement menées en Inde et au Nigéria, et ne sont donc pas représentatives de la situation sanitaire des pays à haut niveaux de revenus.

5.4. Renforcer l'accompagnement en service de suites de couches

La question de l'accompagnement en suites de couches est revenue bon nombre de fois dans les entretiens des participantes. Les soins y apparaissaient comme discontinus entre les roulements de soignants et sans aucune place donnée au déroulé de l'accouchement. Or, les suites de couches offrent l'occasion aux soignants de rattraper les occasions manquées de communication avec les patientes.

Il semblerait pertinent d'intégrer dans les pratiques la visite des médecins anesthésistes et obstétriciens intervenus lors de l'accouchement afin de permettre aux patientes de poser leurs questions, d'échanger sur les indications des gestes réalisés, et d'exprimer leurs émotions face à cet événement sans que cela soit relégué à la pathologie et délégué au psychologue ou psychiatre de la maternité.

L'allaitement, qui représentait pour certaines la fonction maternelle primaire, était la source de conseils, jugements et d'injonctions contradictoires de la part de soignants. L'amélioration de la formation des professionnels présents en suite de couche à la mise en place de l'allaitement pourrait faciliter cette première expérience de prise de fonction maternelle pour celles qui le désirent. Ce sujet semblait toucher particulièrement à la susceptibilité et la confiance en elles des participantes, il nécessite d'être abordé avec respect du choix de chacune.

5.5. Repenser le suivi au retour à domicile

Le constat de beaucoup des participantes concernant le retour à domicile était celui de la solitude et du manque d'accompagnement soignant. Les primipares principalement, se trouvaient en difficulté pour comprendre et répondre aux besoins du bébé. Les séquelles physiques de l'accouchement étaient toujours handicapantes au retour au domicile, et quelques multipares ont fait part de difficultés à répondre aux besoins du bébé tout en s'occupant de leurs autres enfants.

Dans son livre, I. Weizman (128) énumérait différentes formes que prend l'accompagnement des femmes dans les sociétés non occidentales : chez les juifs yéménites, la mère est déchargée pendant 6 semaines de toutes ses obligations. Dans la tradition chinoise, la femme venant d'accoucher est au repos durant ce qu'ils appellent le "mois d'or". D'autres ethnies suivent un protocole similaire, durant lequel la femme est alitée, le travail domestique étant assuré par d'autres personnes et peut se concentrer sur sa récupération physique et les soins de son nouveau-né, pour lesquelles elle est également aidée. L'auteur pointait néanmoins que ces dispositifs restaient inégalitaires, puisque ce sont les femmes qui suppléent et soignent la nouvelle mère, et que cette période était considérée comme ayant une dimension d'impureté dans les sociétés traditionnelles.

Dans notre société, la naissance n'est plus un événement communautaire mais individuel, le bébé intégrant une famille qui a le plus souvent un modèle nucléaire. Il en va donc de la responsabilité des soignants de périnatalité d'accompagner les parents (147). Actuellement et hors complication, les femmes sortant de la maternité peuvent recevoir 2 visites à domicile de sage-femme puis ont un rendez vous à 6 semaines en post-partum. Ces consultations sont les 3 seules systématiquement proposées. Or, il existe des modèles beaucoup plus soutenant dans des pays dont le système de soins est proche du nôtre, comme par exemple aux Pays-Bas, où les mères sortent de la maternité quelques heures après l'accouchement, et sont prises en

charge, avec leur enfant, 8 heures par jour pendant 8 jours, durée qui peut être allongée en cas de situation familiale complexe ou complications physiques (128).

Après avoir potentiellement été exclu de l'accouchement et des suites de couches, le co-parent se voit restreint à un congé paternité de 28 jours. Bien que l'amélioration récente de la loi soit notable, il persiste une inégalité dans la disponibilité donnée aux parents pour commencer à élever leur enfant. C'est ce que nous expliquaient les participantes à l'évocation de leur état d'esprit dans les premiers mois post-partum. Cette inégalité fait porter la majeure responsabilité des soins à l'enfant à la mère, elle-même en convalescence après une grossesse et un accouchement parfois difficile. L'allongement du congé paternité apparaît comme une première mesure à prendre. Le rapport des 1000 jours (148), écrit par une équipe dirigée par B. Cyrulnik, commandé par le secrétaire d'Etat en charge de la Famille, proposait d'étendre le congé du co-parent à 9 semaines, et de mettre en place un congé parental de 9 mois, partageable entre les deux parents, avec un niveau d'indemnisation suffisamment attractif.

5.6. La prise en charge du vécu traumatique de l'accouchement

Un certain nombre de participantes avaient fait appel à des professionnels de la santé mentale afin de se remettre de l'expérience difficile de leur accouchement. La technique d'EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) était évoquée par une participante qui n'a pas pu y avoir accès faute de prise en charge par la sécurité sociale.

La littérature scientifique sur le sujet est restreinte au moment de nos recherches. Une étude menée sur le débriefing du stress après l'accouchement n'a pas montré d'efficacité dans la prévention des troubles psychologiques post-nataux, sans effet secondaire identifiés (149). Ces données ont été corroborées par Ayers et al. (2008) (150). A l'inverse, Gamble et al. (2005) (151) ont trouvé qu'une intervention brève menée par des sages-femmes formées pouvait être efficace. Plusieurs recherches (67) suggéraient que la TCC (thérapie cognitivo comportementale) devrait être utilisée avec les femmes ayant un état de stress aigu ou un PTSD du post-partum. Davidson et al. (152) expliquaient que le PTSD décroissait initialement mais que sa rémission spontanée était peu probable au-delà de 3 mois après cet événement. En effet, certaines études ont montré que la majorité des personnes présentant des symptômes de stress post-traumatique se remettaient spontanément durant les premiers 3 mois après l'événement (152).

Le rapport des 1000 jours (148) a fait plusieurs propositions afin de développer l'offre de soins en psychiatrie périnatale dans les services de suites de couches, mais aussi en ambulatoire avec la création de centres ressources en périnatalité pouvant offrir un suivi durant toute la grossesse jusqu'aux premières années de l'enfant, ce qui permettrait d'avoir une continuité des soins.

Plusieurs participantes décrivaient l'allaitement comme ayant eu une fonction réparatrice permettant de « compenser » la violence ressentie de l'accouchement par un maternage proximal. Quelques participantes évoquaient le désir d'un nouvel accouchement qui viendrait effacer le traumatisme du précédent, mais d'autres participantes au contraire associaient leur expérience au refus d'avoir un nouvel enfant. Certaines études retrouvaient un bénéfice de l'allaitement et la proximité du bébé dans la guérison et la rémission d'un accouchement traumatique (61,153). Ayers et al. (2008) (150) questionnaient la possibilité qu'une expérience positive de naissance postérieure puisse être rédemptrice d'un accouchement traumatique. C'est ce que retrouvait l'étude de Schroll (2013) (17).

6. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

La principale limite de notre étude était le mode de recrutement des participantes. L'étude initiale devait avoir un mode de recrutement mixte en service de suites de couches et via l'appel à témoins par les réseaux sociaux, mais les contraintes administratives et de temporalité ont restreint la méthode de recrutement au seul appel à témoins. L'utilisation des réseaux sociaux a entraîné un biais de recrutement : seules les femmes se reconnaissant dans la qualification de victime de maltraitances et VO y ont répondu. Or, la qualification de leur expérience comme violence, nous l'avons vu dans les entretiens, demandait un cheminement qui intégrait des réflexions militantes et dans leur rapport au soin. Il est cependant à noter que les propos des participantes rejoignaient les propos recueillis dans la littérature scientifique concernant la nature des violences, les changements de pratiques réclamés, et le vécu personnel immédiat de l'événement.

L'échantillon obtenu, bien que hétérogène sur l'âge, la parité et la situation professionnelle, était homogène sur la situation maritale. L'origine géographique et la situation économique n'ont pas été questionnées. Bien que faible numériquement, cet échantillon nous a permis d'arriver à saturation des données sur plusieurs thèmes.

Une autre limite est le caractère unique des entretiens, qui n'a pas permis pas d'avoir accès à l'évolution des représentations des participantes dans le post-partum immédiat et à plus long terme. Or, on sait que la période de l'entrée dans la maternité est source de nombreux remaniements psychiques. De plus, la réalisation de plusieurs entretiens offrirait une meilleure évaluation du biais de mémorisation.

Enfin, nous n'avons questionné que les femmes se déclarant victimes de VO. Dans une perspective interactionniste, il nous faudrait pour être complets, interroger les soignants qui les ont prises en charge, ainsi que les compagnons, et rencontrer leurs enfants.

La principale force de l'étude réside dans l'éclairage qu'elle apporte sur la représentation de la parentalité à distance de l'accouchement. C'est, à notre connaissance, la seule étude qualitative qui explore cet aspect

chez les femmes se déclarant victimes de VO. Les autres études sur le sujet ne concernaient en effet seulement les premiers jours post-partum.

D'autre part, la construction d'une nouvelle représentation des relations de soins mise en avant par cette étude a montré le risque de la diminution du recours aux soins pour ces femmes jeunes et mères, et donc font craindre l'augmentation de la morbi-mortalité chez cette population lorsqu'elle s'estime victime de VO.

Enfin la méthode de la théorie ancrée a permis d'adopter une perspective interactionniste qui prend en compte le contexte social actuel de la montée du féminisme militant dans le milieu du soin et de la portée que ce groupe peut avoir auprès des femmes.

7. OUVERTURE À LA RECHERCHE

Notre étude étant exploratoire, de nombreuses recherches nous apparaissent nécessaires afin de compléter les données existantes sur le sujet et de proposer des changements de pratiques individuelles et du système de soin français pour s'adapter aux besoins des patientes d'obstétrique.

Des études complémentaires à celle de Mallet et al. doivent être menées pour évaluer la prévalence des maltraitances et VO en France. En parallèle de ce type d'études, il semble que l'on doive rechercher chez les femmes rapportant avoir subi des maltraitances et VO la présence d'une dépression du post-partum et d'un syndrome de stress post traumatique avec des outils standardisés afin de les comparer aux chiffres de la population générale des femmes ayant accouché et de déterminer si les maltraitances et VO sont un facteur de risque indépendant de trouble psychique du post-partum.

D'autre part, il serait intéressant d'explorer de manière plus objective la relation mère-enfant chez les femmes déclarant avoir subi des VO en évaluant les dyades avec des outils standardisés.

Enfin, il apparaît crucial d'interroger les professionnels de santé des maternités pour déterminer les facteurs favorisant les comportements maltraitants et agir dessus, en particulier sur le thème des conditions de travail et de la formation initiale et continue de ces professionnels.

CONCLUSION

Le concept des VO se développe depuis une trentaine d'années à travers le monde, et a fait une entrée médiatisée en France dans les années 2010, principalement par le biais des réseaux sociaux. A travers cette étude qualitative menée auprès de femmes se déclarant victimes de VO pour explorer leur maternité et post partum, plusieurs résultats ont émergés. Ces femmes décrivaient la relation soignant-soignée comme une relation de domination et de lutte inégale qui les a placées dans une position passive au moment de leur accouchement, un paradoxe lorsque l'accouchement est considéré comme un moment de puissance féminine. L'absence de prise en compte de leur subjectivité se déclinait de différentes façons. L'image maternelle qu'elles ont façonné dans ces conditions était pour beaucoup marquée par un sentiment d'incompétence, de culpabilité, voire des symptômes traumatiques, et un rapport parfois ambivalent à leur enfant, qui a par la suite, évolué positivement. Leur vision du recours aux soins, en revanche, a évolué globalement vers un rejet des professionnels de santé, avec pour certaines le projet d'accouchement à domicile. Le mode de recrutement de ces participantes a conduit à l'émergence de l'aspect thérapeutique du témoignage et du contact aux réseaux sociaux militants. Nous avons retrouvé dans la littérature la corrélation entre l'accouchement et le vécu traumatique, et nous avons pu recontextualiser l'influence des VO dans la construction de la parentalité grâce à différents concepts psychanalytiques développés dans le champ de la périnatalité. Les participantes appellent à un changement structurel de la relation soignant soignée afin de trouver un équilibre respectueux des femmes. Plusieurs pistes de travail ont été proposées pour améliorer le fonctionnement de la relation soignant-soignés. D'autres études sont nécessaires pour approfondir le sujet, en particulier comprendre le vécu des soignants afin de mettre en perspective les besoins de chaque partie pour recréer un échange efficace et bienveillant.

TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1. Processus d'inclusion des participantes

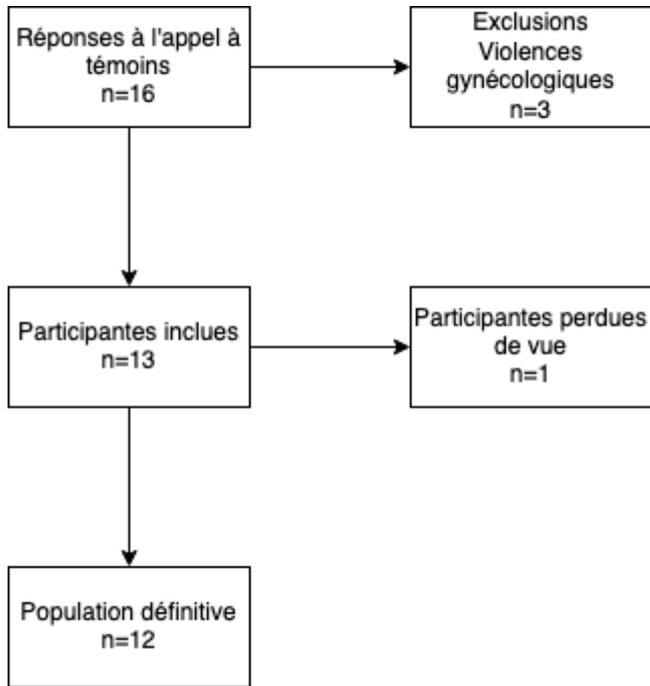


Tableau 1 : caractéristiques démographiques de la population.

Entretien	Sexe	Âge	Situation maritale	Emploi	Parité	Âge du dernier né
1	F	25	pacsée	secrétaire médicale	1	5 mois
2	F	33	pacsée	responsable de réservations en hôtellerie	1	14 mois
3	F	29	mariée	photographe	1	3 ans 1/2
4	F	31	mariée	auto-entrepreneuse	1	5 ans
5	F	32	mariée	sans	4	4 mois
6	F	39	pacsée	formation gardienne de naissance	4	5 mois
7	F	37	mariée	formation auxiliaire de puériculture	4	1 an 1/2
8	F	22	mariée	sans	2	8 mois
9	F	20	concubinage	étudiante	1	10 mois
10	F	36	concubinage	orthophoniste	1	3 mois
11	F	36	concubinage	auto-entrepreneuse	1	11 mois
12	F	34	mariée	formation diététique	1	1 an

BIBLIOGRAPHIE

1. WHO_RHR_14.23_fre.pdf [Internet]. Disponible sur :
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf;jsessionid=1C8331F2FC7ABFCF0BABC528E2FF5345?sequence=1
2. Objectifs du Millénaire pour le développement [Internet]. Disponible sur:
<https://www.un.org/fr/millenniumgoals/maternal.shtml>
3. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. mai 2016;24(47):47-55.
4. Page L. Human resources for maternity care: the present system in Brazil, Japan, North America, Western Europe and New Zealand. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. nov 2001;75 Suppl 1:S81-8.
5. Zacher Dixon L. Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices. *Med Anthropol Q*. déc 2015;29(4):437-54.
6. Girard M. Episiotomy: a form of genital mutilation. *Lancet Lond Engl*. 14 août 1999;354(9178):595-6.
7. Poitiers University Hospital. Mediolateral Episiotomy and Prevention of Obstetric Anal Sphincter Injuries in Instrumental Delivery: a Prospective Population-based Propensity Score Study [Internet]. clinicaltrials.gov; 2021 juin [cité 26 août 2021]. Report No.: NCT04446780. Disponible sur:
<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04446780>
8. Lempert LB. Women's health from a woman's point of view: a review of the literature. *Health Care Women Int*. 1986;7(3):255-75.
9. Alonso I. Le « point du mari » [Internet]. Isabelle Alonso. Disponible sur:
<http://www.isabelle-alonso.com/le-point-du-mari/>
10. Pérez D'Gregorio R. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. déc 2010;111(3):201-2.
11. Vacaflor CH. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reprod Health Matters*. mai 2016;24(47):65-73.
12. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem*. 29 nov 2018;26:e3069.
13. hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf [Internet]. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur:
https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf

14. Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf.
15. Smith-Oka V. Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico. *Soc Sci Med* 1982. oct 2015;143:9-16.
16. Solorzano D. Critical Race Theory, Racial Microaggressions, and Campus Racial Climate: The Experiences of African American College Students. :15.
17. Schroll A-M, Kjærgaard H, Midtgaard J. Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women - a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 22 mars 2013;13:74.
18. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*. juin 2015;12(6):e1001847; discussion e1001847.
19. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Soc Sci Med* 1982. déc 1998;47(11):1781-95.
20. Bradley S, McCourt C, Rayment J, Parmar D. Disrespectful intrapartum care during facility-based delivery in sub-Saharan Africa: A qualitative systematic review and thematic synthesis of women's perceptions and experiences. *Soc Sci Med* 1982. 2016;169:157-70.
21. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters*. mai 2016;24(47):56-64.
22. van der Pijl MSG, Hollander MH, van der Linden T, Verweij R, Holten L, Kingma E, et al. Left powerless: A qualitative social media content analysis of the Dutch #breakthesilence campaign on negative and traumatic experiences of labour and birth. *PloS One*. 2020;15(5):e0233114.
23. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet Lond Engl*. 29 2016;388(10056):2176-92.
24. Kruk ME, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman LP. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy Plan*. 1 janv 2018;33(1):e26-33.
25. Sheferaw ED, Bazant E, Gibson H, Fenta HB, Ayalew F, Belay TB, et al. Respectful maternity care in Ethiopian public health facilities. *Reprod Health*. 16 mai 2017;14(1):60.
26. Okafor II, Ugwu EO, Obi SN. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. févr 2015;128(2):110-3.
27. Brandão T, Cañadas S, Galvis A, de Los Ríos MM, Meijer M, Falcon K. Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. oct 2018;143(1):84-8.
28. Banks KP, Karim AM, Ratcliffe HL, Betemariam W, Langer A. Jeopardizing quality at the frontline of healthcare: prevalence and risk factors for disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia. *Health Policy Plan*. 1 avr 2018;33(3):317-27.

29. Ravaldi C, Skoko E, Battisti A, Cerizzo M, Vannacci A. Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;224:208-9.
30. Ravaldi C, Skoko E, Battisti A, Cerizzo M, Vannacci A. Sociodemographic characteristics of women participating to the LOVE-THEM (Listening to Obstetric Violence Experiences THrough Enunciations and Measurement) investigation in Italy. *Data Brief.* août 2018;19:226-9.
31. Lauria L, Lega I, Maraschini A, D'Aloja P, Ferraro C, Donati S. Methodological flaws in web surveys: Commentary to « Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community based survey ». *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;226:73.
32. Lukasse M, Schroll A-M, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys A-S, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand.* mai 2015;94(5):508-17.
33. Swahnberg K, Schei B, Hilden M, Halmesmäki E, Sidenius K, Steingrimsdottir T, et al. Patients' experiences of abuse in health care: a Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(3):349-56.
34. Malet S, Choux C, Akrich M, Simon E, Sagot P. [Mistreatment during childbirth: A prospective multicentric survey among women in maternities in Burgundy]. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* nov 2020;48(11):790-9.
35. Coves C. Description de l'impact de l'information et du consentement sur le vécu de l'accouchement. Étude quantitative réalisée dans un CHU de type III. 31 mai 2018;91.
36. Ferrer-Ferrer M. Les violences obstétricales : état des lieux des pratiques associées à un mauvais vécu de l'accouchement en CHU à Marseille. 23 avr 2019;39.
37. Bouzinac C. État des lieux du vécu des femmes : vers la bientraitance dans le secteur de la naissance. Violences obstétricales : mythe ou réalité ? : étude monocentrique descriptive qualitative et quantitative auprès de 64 patientes dans un CHU de niveau III en PACA. 17 juin 2019;128.
38. Diel O. Les violences obstétricales : conséquences sur l'estime de soi des femmes. 2 sept 2020;43.
39. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care.* déc 2007;19(6):349-57.
40. Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory.* SAGE Publications; 2014. 457 p.
41. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.* Aldine de Gruyter; 1967. 292 p.
42. Glaser BG, Strauss AL. *Awareness of Dying.* Aldine Transaction; 2005. 305 p.
43. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis.* SAGE; 2006. 223 p.
44. La violence [Internet]. [cité 30 août 2021]. Disponible sur: https://www.puf.com/content/La_violence

45. Wemmers J-A. 2. L'histoire de la victimologie. In: Introduction à la victimologie [Internet]. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018 [cité 28 août 2021]. p. 27-42. (Paramètres). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pum/10771>
46. Salmona J-P. Causalité circulaire et coresponsabilité. :13.
47. Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité | William A. Ninacs | Travail social [Internet]. Presse de l'Université Laval. [cité 30 août 2021]. Disponible sur: <https://www.pulaval.com/produit/empowerment-et-intervention-developpement-de-la-capacite-d-agir-et-de-la-solidarite>
48. Fayn M-G, Garets V des, Rivière A. Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient. *Rech En Sci Gest.* 13 oct 2017;N° 119(2):55-73.
49. Abuya T, Ndwiga C, Ritter J, Kanya L, Bellows B, Binkin N, et al. The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth.* 22 sept 2015;15:224.
50. Menage J. Women's perception of obstetric and gynecological examinations. *BMJ.* 24 avr 1993;306(6885):1127-8.
51. Stevens NR, Tirone V, Lillis TA, Holmgren L, Chen-McCracken A, Hobfoll SE. Posttraumatic stress and depression may undermine abuse survivors' self-efficacy in the obstetric care setting. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2017;38(2):103-10.
52. Swahnberg K, Wijma B, Wingren G, Hilden M, Schei B. Women's perceived experiences of abuse in the health care system: their relationship to childhood abuse. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* déc 2004;111(12):1429-36.
53. SPF. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015. [Internet]. [cité 15 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>
54. Beck CT. A Secondary Analysis of Mistreatment of Women During Childbirth in Health Care Facilities. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN.* 2018;47(1):94-104.
55. Schwab W, Marth C, Bergant AM. Post-traumatic Stress Disorder Post Partum: The Impact of Birth on the Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in Multiparous Women. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* janv 2012;72(1):56-63.
56. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* janv 2000;176:83-5.
57. Souza KJ de, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev Saude Publica.* 20 juill 2017;51:69.
58. Beck CT. Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nurs Res.* févr 2004;53(1):28-35.

59. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth Berkeley Calif.* juin 2000;27(2):104-11.
60. Nicholls K, Ayers S. Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: a qualitative study. *Br J Health Psychol.* nov 2007;12(Pt 4):491-509.
61. Beck CT, Gable RK, Sakala C, Declercq ER. Posttraumatic stress disorder in new mothers: results from a two-stage U.S. national survey. *Birth Berkeley Calif.* sept 2011;38(3):216-27.
62. Vismara L. Perspectives on perinatal stressful and traumatic experiences. *Eur J Trauma Dissociation.* 1 avr 2017;1(2):111-20.
63. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth Berkeley Calif.* mars 2003;30(1):36-46.
64. Simpson M, Schmied V, Dickson C, Dahlen HG. Postnatal post-traumatic stress: An integrative review. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* oct 2018;31(5):367-79.
65. Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord.* déc 1997;11(6):587-97.
66. Olde E, van der Hart O, Kleber R, van Son M. Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clin Psychol Rev.* janv 2006;26(1):1-16.
67. Ayers S. Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clin Obstet Gynecol.* sept 2004;47(3):552-67.
68. Zambaldi CF, Cantilino A, Montenegro AC, Paes JA, de Albuquerque TLC, Sougey EB. Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Compr Psychiatry.* déc 2009;50(6):503-9.
69. Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth Berkeley Calif.* mars 1990;17(1):15-24.
70. Reynolds JL. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 15 mars 1997;156(6):831-5.
71. DiMatteo MR, Kahn KL, Berry SH. Narratives of birth and the postpartum: analysis of the focus group responses of new mothers. *Birth Berkeley Calif.* déc 1993;20(4):204-11.
72. Oakley A. *Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth.* Schocken Books; 1980. 358 p.
73. O'Donovan A, Alcorn KL, Patrick JC, Creedy DK, Dawe S, Devilly GJ. Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery.* août 2014;30(8):935-41.
74. Polachek IS, Harari LH, Baum M, Strous RD. Postpartum post-traumatic stress disorder symptoms: the uninvited birth companion. *Isr Med Assoc J IMAJ.* juin 2012;14(6):347-53.
75. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* juill 2014;34(5):389-401.
76. Forray A, Mayes LC, Magriples U, Epperson CN. Prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnant women with prior pregnancy complications. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc*

- Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet. juin 2009;22(6):522-7.
77. Hamama L, Rauch SAM, Sperlich M, Defever E, Seng JS. Previous experience of spontaneous or elective abortion and risk for posttraumatic stress and depression during subsequent pregnancy. *Depress Anxiety*. août 2010;27(8):699-707.
 78. Verreault N, Da Costa D, Marchand A, Ireland K, Banack H, Dritsa M, et al. PTSD following childbirth: a prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *J Psychosom Res*. oct 2012;73(4):257-63.
 79. Seng JS, Sperlich M, Low LK, Ronis DL, Muzik M, Liberzon I. Childhood abuse history, posttraumatic stress disorder, postpartum mental health, and bonding: a prospective cohort study. *J Midwifery Womens Health*. févr 2013;58(1):57-68.
 80. Côté L. Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques. *Santé Ment Au Qué*. 11 sept 2007;21(1):209-27.
 81. Slade P. Towards a conceptual framework for understanding post-traumatic stress symptoms following childbirth and implications for further research. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. juin 2006;27(2):99-105.
 82. Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath ME, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*. 1 févr 2013;16(1):1-10.
 83. Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF. Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. avr 1995;166(4):525-8.
 84. Fones C. Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *J Nerv Ment Dis*. mars 1996;184(3):195-6.
 85. Moleman N, van der Hart O, van der Kolk BA. The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis*. avr 1992;180(4):271-2.
 86. Briceño Morales X, Enciso Chaves LV, Yepes Delgado CE. Neither Medicine Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective. *Qual Health Res*. 2018;28(8):1308-19.
 87. Onoye JM, Shafer LA, Goebert DA, Morland LA, Matsu CR, Hamagami F. Changes in PTSD symptomatology and mental health during pregnancy and postpartum. *Arch Womens Ment Health*. déc 2013;16(6):453-63.
 88. Ayers S, Eagle A, Waring H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychol Health Med*. nov 2006;11(4):389-98.
 89. Benhaïm M. La culpabilité maternelle. *Lett Enfance Adolesc*. 2002;no 47(1):49-56.
 90. Psychopathologie de la périnatalité [Internet]. [cité 30 août 2021]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/psychopathologie-de-la-perinatalite-9782294015250.html>
 91. WINNICOTT DW. La préoccupation maternelle primaire (1956). 1989. pp. 285-291.
 92. Ciccone A. Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *J Psychanal Infant*.

2012;Vol. 2(2):397-433.

93. Records K, Rice MJ. Lifetime physical and sexual abuse and the risk for depression symptoms in the first 8 months after birth. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* sept 2009;30(3):181-90.
94. Davies J, Slade P, Wright I, Stewart P. Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Ment Health J.* nov 2008;29(6):537-54.
95. Agius A, Xuereb RB, Carrick-Sen D, Sultana R, Rankin J. The co-existence of depression, anxiety and post-traumatic stress symptoms in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery.* mai 2016;36:70-9.
96. Oh W, Muzik M, McGinnis EW, Hamilton L, Menke RA, Rosenblum KL. Comorbid trajectories of postpartum depression and PTSD among mothers with childhood trauma history: Course, predictors, processes and child adjustment. *J Affect Disord.* août 2016;200:133-41.
97. Peeler S, Chung MC, Stedmon J, Skirton H. A review assessing the current treatment strategies for postnatal psychological morbidity with a focus on post-traumatic stress disorder. *Midwifery.* avr 2013;29(4):377-88.
98. Allen S. A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *J Reprod Infant Psychol.* 1 mai 1998;16(2-3):107-31.
99. Moehler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C, Resch F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Arch Womens Ment Health.* sept 2006;9(5):273-8.
100. Feldman R, Granat A, Pariente C, Kanety H, Kuint J, Gilboa-Schechtman E. Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* sept 2009;48(9):919-27.
101. McMahon SA, George AS, Chebet JJ, Moshia IH, Mpembeni RNM, Winch PJ. Experiences of and responses to disrespectful maternity care and abuse during childbirth; a qualitative study with women and men in Morogoro Region, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth.* 12 août 2014;14:268.
102. Enlow MB, Blood E, Egeland B. Sociodemographic risk, developmental competence, and PTSD symptoms in young children exposed to interpersonal trauma in early life. *J Trauma Stress.* déc 2013;26(6):686-94.
103. Senécal I, Saucier J-F, Garon R. Transition à la paternité et changements psychiques. Recension des écrits publiés entre 1950 et juin 2012. *Devenir.* 17 oct 2013;Vol. 25(3):159-202.
104. Molénat F, Roegiers L. Les pères en médecine périnatale : problème ou solution ? *Rev Med Périnatale.* 2017;Vol. 9(4):193-5.
105. Césarine A. Absence du père en cas de césarienne : évolution et disparités, causes et conséquences du point de vue des usagers. *Rev Med Périnatale.* 2017;Vol. 9(4):221-9.
106. Rominski SD, Lori J, Nakua E, Dzomeku V, Moyer CA. When the baby remains there for a long time, it is going to die so you have to hit her small for the baby to come out": justification of disrespectful and

- abusive care during childbirth among midwifery students in Ghana. *Health Policy Plan.* 01 2017;32(2):215-24.
107. Balde MD, Bangoura A, Diallo BA, Sall O, Balde H, Niakate AS, et al. A qualitative study of women's and health providers' attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea. *Reprod Health.* 13 janv 2017;14(1):4.
 108. Betron ML, McClair TL, Currie S, Banerjee J. Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. *Reprod Health.* 28 août 2018;15(1):143.
 109. Castro R, Erviti J. 25 years of research on obstetric violence in Mexico. *Rev CONAMED.* 2014;19(1):37-42.
 110. Skinner AC. Power, control, and the « difficult » patient: hidden dimensions to caring for survivors of sexual abuse. *J Midwifery Womens Health.* avr 2010;55(2):181-2.
 111. Quéré L. Les formes ordinaires du consentement. *Consciences du droit dans la consultation gynécologique. Droit Soc.* 28 août 2019;N° 102(2):413-32.
 112. Moore HL. *A Passion for Difference: Essays in Anthropology and Gender.* Indiana University Press; 1994. 196 p.
 113. Quéré L. Luttés féministes autour du consentement. *Nouv Quest Fem.* 18 mai 2016;Vol. 35(1):32-47.
 114. *In Labor: Women and Power in the Birthplace - Barbara Katz Rothman - Google Livres [Internet].* [cité 15 sept 2020]. Disponible sur:
https://books.google.fr/books/about/In_Labor.html?id=jDSRQgAACAAJ&redir_esc=y
 115. Martin E. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction.* Beacon Press; 1992. 308 p.
 116. Mannava P, Durrant K, Fisher J, Chersich M, Luchters S. Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: a systematic review. *Glob Health.* 15 août 2015;11:36.
 117. Strauss A, Fagerhaugh S, Suczek B, Wiener C. Sentimental work in the technologized hospital. *Sociol Health Illn.* 1982;4(3):254-78.
 118. Louati Y. Violences gynécologiques et obstétricales : le vécu des professionnels concernés. 15 juin 2020;103.
 119. Gray T, Mohan S, Lindow S, Farrell T. Obstetric violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X.* janv 2019;1:100007.
 120. Sen G, Reddy B, Iyer A. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reprod Health Matters.* 2018;26(53):6-18.
 121. Leinweber J, Creedy DK, Rowe H, Gamble J. Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* févr 2017;30(1):40-5.
 122. Rice H, Warland J. Bearing witness: midwives experiences of witnessing traumatic birth. *Midwifery.* sept 2013;29(9):1056-63.
 123. Jonsson A, Segesten K. Daily stress and concept of self in Swedish ambulance personnel. *Prehospital*

Disaster Med. sept 2004;19(3):226-34.

124. Raja S, Hasnain M, Hoersch M, Gove-Yin S, Rajagopalan C. Trauma informed care in medicine: current knowledge and future research directions. *Fam Community Health*. sept 2015;38(3):216-26.
125. Gilson L, Alilio M, Heggenhougen K. Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania. *Soc Sci Med* 1982. sept 1994;39(6):767-80.
126. Sargent CF. *Maternity, Medicine, and Power: Reproductive Decisions in Urban Benin*. University of California Press; 1989. 268 p.
127. Manaouil C. La relation sage-femme/patiente peut-elle être violente ? *Rev Sage-Femme*. 1 déc 2018;17(6):261-71.
128. Weizman I. *Ceci est notre post-partum: Défaire les mythes et les tabous pour s'émanciper*. Marabout; 2021. 163 p.
129. Villecourt-Couchat I, Vettimo DS di. Entre honte et culpabilité, la capacité d'être seule de la mère en présence de son enfant. *Dialogue*. 1 juin 2018;n° 219(1):111-24.
130. Housset E. L'objet du témoignage. *Philosophie*. 2005;1(88):145-58.
131. rapport_enquete_naissance_covid(2).pdf.
132. Brewin C, Bradley C. Perceived control and the experience of childbirth. *Br J Clin Psychol*. nov 1982;21 (Pt 4):263-9.
133. Masson E. Information de la femme et consentement en obstétrique. *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF [Internet]*. EM-Consulte. [cité 15 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1263548/information-de-la-femme-et-consentement-en-obstet>
r
134. Kujawski SA, Freedman LP, Ramsey K, Mbaruku G, Mbuyita S, Moyo W, et al. Community and health system intervention to reduce disrespect and abuse during childbirth in Tanga Region, Tanzania: A comparative before-and-after study. *PLoS Med*. juill 2017;14(7):e1002341.
135. Smith MV, Rosenheck RA, Cavaleri MA, Howell HB, Poschman K, Yonkers KA. Screening for and detection of depression, panic disorder, and PTSD in public-sector obstetric clinics. *Psychiatr Serv Wash DC*. avr 2004;55(4):407-14.
136. Schmidt LA, Greenberg BD, Holzman GB, Schulkin J. Treatment of depression by obstetrician-gynecologists: a survey study. *Obstet Gynecol*. août 1997;90(2):296-300.
137. Williams JW, Rost K, Dietrich AJ, Ciotti MC, Zyzanski SJ, Cornell J. Primary care physicians' approach to depressive disorders. Effects of physician specialty and practice structure. *Arch Fam Med*. févr 1999;8(1):58-67.
138. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. Female genital cutting (mutilation/circumcision): ethical and legal dimensions. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. déc 2002;79(3):281-7.
139. Deneux-Tharoux C, Saucedo M. [Epidemiology of maternal mortality in France, 2010-2012]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. déc 2017;45(12S):S8-21.

140. Silal SP, Penn-Kekana L, Harris B, Birch S, McIntyre D. Exploring inequalities in access to and use of maternal health services in South Africa. *BMC Health Serv Res.* 21 mai 2012;12:120.
141. Emergency obstetric care: the keystone in the arch of safe motherhood. *Int J Gynecol Obstet.* 2001;74(2):95-7.
142. Rigg EC, Schmied V, Peters K, Dahlen HG. A survey of women in Australia who choose the care of unregulated birthworkers for a birth at home. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* févr 2020;33(1):86-96.
143. Finlayson K. Square pegs into round holes? *Pract Midwife.* mai 2013;16(5):5.
144. Whelan A, Blogg J. « Halfway people »: refugee views of reproductive health services. *Glob Public Health.* 2007;2(4):373-94.
145. Hameed W, Avan BI. Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home- and facility-based births in Pakistan. *PloS One.* 2018;13(3):e0194601.
146. Orpin J, Puthussery S, Davidson R, Burden B. Women's experiences of disrespect and abuse in maternity care facilities in Benue State, Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth.* 7 juin 2018;18(1):213.
147. Parution éphémère – Alliance francophone pour la santé mentale périnatale [Internet]. [cité 15 juill 2021]. Disponible sur: <https://alliance-psyperinat.org/2020/03/26/actualites/>
148. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Une commission d'experts pour établir le rapport des 1000 premiers jours [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 15 juill 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/pacte-pour-l-enfance/1000jours/article/le-rapport-des-1000-premiers-jours-une-commission-d-experts-a-l-appui>
149. Priest SR, Henderson J, Evans SF, Hagan R. Stress debriefing after childbirth: a randomised controlled trial. *Med J Aust.* 2 juin 2003;178(11):542-5.
150. Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, Slade P, Wijma K. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* déc 2008;29(4):240-50.
151. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth Berkeley Calif.* mars 2005;32(1):11-9.
152. Chu JA. Posttraumatic stress disorder: Beyond DSM-IV. *Am J Psychiatry.* juin 2010;167(6):615-7.
153. Berg M, Dahlberg K. A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth. *Midwifery.* mars 1998;14(1):23-9.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Quel âge avez vous ?

Quelle est votre situation familiale ?

Quelle est votre profession ?

Qu'est ce que c'est pour vous les violences obstétricales ?

Pouvez me raconter les violences obstétricales que vous avez subi ?

Qu'avez vous ressenti face à ces {violences} ?

A quel moment avez vous pensé pour la première fois à en parler autour de vous ?

Avez-vous signalé ces {violences}?

Comment s'est passée votre première interaction avec votre bébé ?

A quel moment vous êtes-vous dit que cette expérience était une "violence obstétricale" ?

Comment s'est passé le retour à la maison ?

Quelle place a eu ce souvenir des {violences} après l'accouchement ? Comment cette place a-t-elle évolué ?

Est ce que cette expérience a eu une influence sur votre quotidien en post partum ? L'image que vous avez de vous même ?

Est-ce que cette expérience a eu une influence dans le lien avec votre nouveau-né, ou pas vraiment ?

Dans le lien avec votre partenaire ?

Comment allait votre bébé ?

Si vous avez eu d'autres enfants auparavant, y a t il eu des différences avec les accouchements précédents, et le post partum précédents ? Si oui, lesquelles ?

Est ce que ces {violences} ont réactivé un évènement de vie douloureux ? Si oui, lequel ?

Est-ce que vous avez ressenti le besoin de faire appel à un soutien psychologique ou psychiatrique, ou pas vraiment ?

Cette expérience a-t-elle eu un impact sur votre relation avec les soignants, ou pas vraiment ? Sur votre ressenti et en pratique ?

Quels sont vos projets de maternité ?

Est-ce que cette expérience vous a changé ? Si oui, comment ?

Est ce que ça a influencé ta manière de vous occuper de votre bébé ?

A votre avis, comment votre bébé a-t-il vécu ces moments ?

Aujourd'hui, que pensez-vous des violences que vous avez subies?

Aujourd'hui, comment vous sentez-vous ?

Aujourd'hui, comment va votre enfant ?

Aujourd'hui, comment se passe votre relation avec votre enfant ?

Aujourd'hui, comment se passe votre relation avec votre partenaire (s'il y en a un) ? Comment a-t-il vécu tout ça ?

Est-ce que votre bébé est au courant (des violences) ?

Qu'est ce qui vous a motivé à accepter de participer à cette étude ?

Quelles sont à votre avis les pratiques à modifier et comment les modifier ?



CER U-Paris
(Comité d’Éthique de la Recherche)

Présidente : Jacqueline Fagard

**N° 2020-80-
DUCHESNE-
JOURDAN**

PROTOCOLE : Exploration du vécu de la relation mère-enfant chez les patientes se déclarant victimes de violences obstétricales

Noms du/des chercheur(s) : Sophie Duchesne, Marine Jourdan

Email pour la correspondance : sophie.duchesne@hotmail.fr; marine.jdn@gmail.com

**Labo/Service : Service de médecine légale et médecine sociale; Hôpital Jean Verdier; APHP
Service de gynécologie obstétrique, hôpital Jean Verdier; APHP**

Évalué à la séance du 10/11/2020

AVIS : Favorable

Par cet avis favorable, le CER U-Paris ne se prononce pas sur le respect des mesures barrières contre le Covid-19. Afin de protéger les participants et les personnes impliquées dans la recherche, les responsables de la recherche doivent impérativement se mettre en conformité avec les mesures préconisées pour toutes recherches sur site et hors site par les tutelles hébergeant les unités de recherche concernées, via le DU et responsable hygiène et sécurité.

L’avis favorable du CER U-Paris n’exonère pas des formalités réglementaires. A cet égard, il vous appartient notamment, si vous traitez des données se rapportant à un individu directement ou indirectement identifiable, de vous conformer au règlement européen sur la protection des données (RGPD) en vigueur depuis 2018. Pour cela, vous pouvez solliciter les conseils du Correspondant informatique et libertés (CIL) ou du service juridique de votre université ou de votre organisme de recherche.

Les investigateurs faisant appel aux services du CER U-Paris s’engagent à lui signaler tout événement non anticipé survenant en cours d’étude. Ces éléments seront utilisés aux fins d’amélioration des futurs services et conseils que le CER U-Paris pourrait donner.

N° IRB : 00012020-80

Jacqueline Fagard

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

Le concept de violences obstétricales (VO) a été introduit dans les années 1990 en Amérique Latine. En 2018 en France, le Haut conseil à l'égalité hommes femmes a identifié «6 types d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, dont certains relèvent des violences». L'objectif de cette recherche est d'explorer les représentations des femmes se déclarant victimes de VO dans la construction de leur parentalité, et de la relation aux soins.

MÉTHODE

Il s'agit d'une étude qualitative, utilisant la méthode de la théorie ancrée. 12 entretiens semi-directifs ont été menés auprès de participantes ayant accouché et se déclarant victimes de VO, recrutées via les réseaux sociaux.

RESULTATS

Les participantes ont d'abord décrit ce qu'elles avaient vécu comme violent dans leur prise en charge : un manque d'information, un non-respect du consentement, une non prise en compte de leur douleur, et un accompagnement inadéquat au cours de leur accouchement et dans le post partum. Suite à leurs expériences, les participantes ont construit différentes représentations. La relation soignant-soignée est considérée en termes de lutte et de domination au sein de la maternité devenue un champ de bataille. Ces interactions ont participé à la construction de leur image maternelle, plus ou moins légitime et compétente face à leur nouveau-né. Les participantes attribuaient aux VO un impact variable sur la relation à leur nouveau-né : pour certaines cela a induit des mouvements de rejet, pour d'autres des conduites de surprotection. Certaines ont fait le constat que leur enfant était très demandeur de contact physique, et font un lien de causalité avec les VO. La place du partenaire lors de l'accouchement semble mal définie, et les participantes estiment que l'expérience des VO a pu avoir une influence négative ou positive sur leur couple. Enfin, il est apparu que des participantes ont trouvé un apaisement dans l'acte de témoignage et le contact avec les milieux militants sur les réseaux sociaux.

DISCUSSION

La question de la responsabilité dans les VO nécessite une approche individuelle mais aussi systémique. Les conditions de travail des soignants, et la protocolisation des soins y participent et peuvent entraver la conduite du travail sentimental attendu des soignants. L'expérience des VO a modifié la vision du soin des participantes, qui ont développé une critique de la relation soignant-soignée, en y intégrant des arguments issus des mouvements féministes. Les participantes exprimaient un vécu traumatique des VO, potentialisé par les éléments de vulnérabilité personnels, qui a eu des conséquences sur la construction de leur parentalité. Bien que le vécu de la parentalité soit multifactoriel, l'expérience d'une position passive, infantilisée et maltraitée, mêlée à la situation de vulnérabilité inhérente au post partum a également pu mettre en difficulté les participantes dans cette maternité. Enfin, l'apport thérapeutique du témoignage et de l'utilisation des réseaux sociaux est discuté. Plusieurs pistes sont à explorer pour améliorer la communication soignant-soignées : une meilleure utilisation du projet de naissance, l'amélioration de la préparation à l'accouchement, le renforcement de l'accompagnement post partum. La principale limite de cette étude est le mode de recrutement, biaisé par le rôle militant des collectifs l'ayant relayé. La force de cette étude est l'éclairage qu'elle apporte sur la construction de la parentalité des participantes.

CONCLUSION

Les VO identifiées par les participantes ont eu un impact sur leur représentation de leur relation aux soignants, et de leur parentalité. Le recrutement a mis en avant des femmes pour qui l'expérience a conduit à intégrer des réseaux sociaux militants.

MOTS CLÉS

violences obstétricales ; parentalité ; relation soignant-soignée ; réseaux sociaux