

Violences obstétricales

Mythe, exagération ou fatalité?

Vécus et ressentis des patientes sur les pratiques obstétricales

Intervenante & CIANE



Collectif d'associations de **parents/usagers** concernés par la périnatalité

Travail en **commun** avec organismes professionnels

En **contact** avec des **femmes**, en direct et via **enquête** sur vécu accouchement

Angle de vue spécifique, le vécu des femmes/parents

Pour travailler **ensemble**, esprit de **partenariat**

Définir la violence obstétricale

C'est une forme de **violence**,
maltraitance dont font état les femmes
dans le cadre de la **grossesse**,
accouchement

C'est une forme de violence vécue dans
le cadre des **soins**, du système de
soins, impliquant des professionnels de
santé

N'implique **pas l'intention** de la part de
celui qui l'exerce

Violences banales « **ordinaires** ». On
ne parle pas ici des déviations
individuelles déjà reconnues comme
graves

Arrivent communément **hors** contexte
d'urgence vitale

Difficulté de parler de violence

Juste une autre forme de
violences contre les femmes

Accepter de parler de la violence de la
part de ceux qui les soignent

Car vous, professionnels de
santé

Vous-mêmes **victimes** de la violence du
système, des patients

Parler de violence

Violent en soi

A un sens si constructif

Violence obstétricale

1. Est-ce un **mythe**?
 2. Est-ce une **exagération**?
 3. Est-ce une **fatalité**?
-
- ✓ Témoignages
 - ✓ Bibliographie

Est-ce un mythe?

« La maltraitance obstétricale, ça n'existe pas »

*c'est le cas du siècle / des cas caricaturaux dont on fait une généralité,
ça n'arrive que dans des cas d'urgence
ça n'arrive qu'à des femmes qui sont déjà fragilisées
c'est une invention de gens qui nous veulent du mal*

FAUX !

Témoignage 1

L'interne n'arrêtait pas de me faire des touchers vaginaux en **demandant l'autorisation... à la sage femme !...** La sage-femme me parlait mal, je ne pouvais rien lui demander.

Au moment de l'expulsion le gynéco a répété 4 fois à l'interne: "ne le prenez pas par le menton !" A tel point que j'ai **imaginé** qu'elle allait arracher la tête de mon bébé !

J'avais demandé à **garder mon bébé** tout contre moi, ils l'ont gardé dans une autre pièce pendant 1 heure 10...

Pendant ce temps le gynéco a bien pris le temps d'expliquer à l'interne, qui était en train de me recoudre, qu'il faudrait qu'elle relise ses cours parce qu'elle n'avait pas bien fait son travail... Ils étaient entre mes jambes, j'avais **l'impression d'être un mannequin en plastique**.

Dépossession du corps

Rupture de contact

Rupture de dialogue/
perte de la place d'interlocuteur

Dépossession de son bébé

Dépossession du corps

Perte de sa place d'interlocuteur,
d'actrice centrale

Témoignage 2 (urgence)

L'accouchement traînait. Ma fille ne pouvait pas sortir. Le gynécologue de garde a été appelé en urgence. Il **m'engueulait** parce que je poussais par à-coups mais vu la durée de travail, je n'arrivais pas à pousser autrement. Chaque poussée me donnait la nausée.

Soudain, tout s'est **précipité**, deux personnes tenaient mes jambes pendant qu'ils essayaient d'extraire ma fille avec les forceps. J'étais là, les jambes en l'air, **secouée violemment**. Je ne **comprendais rien** à ce qui se passait, j'avais l'impression **d'assister à la scène de l'extérieur**, j'étais terrorisée. Ils me hurlaient de pousser et je sentais mon corps se déchirer. Cette sensation était insupportable, intolérable. J'avais si **peur!!**

Soudain, ils ont jeté ma fille sur moi et l'ont emmenée sans même que j'ai eu le temps de la voir. Ca a duré deux heures interminables avant que je puisse voir ma fille. J'étais morte de peur, je n'y comprenais rien. J'ai appelé ma mère en hurlant, j'étais **traumatisée** par ce qui m'arrivait.

Dévalorisation, infantilisation

émergence de la peur et du risque de mort sans qu'ils puissent être ensuite «parlés».

Isolement, abandon

Témoignage 3

La SF qui m'a accueillie à l'hôpital était froide et ne m'a **rien expliqué**.

Elle a tout fait **sans me demander** ni même me **prévenir**. Décollement de la membrane sans me prévenir (extrêmement **douloureux**), rupture de la poche des eaux **sans me dire pourquoi** c'était nécessaire, ocytocine **sans me donner le nom** (ou vous dit "c'est un produit pour accélérer le travail" sans plus), **sans me demander...** péridurale proposée et posée extrêmement tôt. Du coup elle a fonctionné 2h mais après elle ne faisait plus effet alors j'ai ressenti toute la **douleur** (toujours sous ocytocine...)

Entre temps les SF avaient changé (Dieu merci). Lors de la poussée, outre la **douleur**, ma fille remontait dès que j'arrêtais de pousser. On m'a appuyé sur le ventre **sans me prévenir**. Ensuite, ma fille une fois sur moi, j'ai fait une hémorragie de la délivrance... Bref un accouchement chaotique **qui me hante** et un personnel **inhumain**

Rupture de dialogue/
de contact

Infantilisation
Perte de la place d'interlocutrice centrale

Rupture de dialogue/
de contact

Points communs entre tous les témoignages

- Rupture du **contact** et du **dialogue** avec le soignant.
- Perte de **confiance**, grande **solitude**.
- Dévalorisation, humiliation, **infantilisation**, se sent ridiculisée.
- Non prise en compte du **ressenti** spécifique, de souhaits considérés comme essentiels
- Négation de la **capacité** à poser des choix légitimes.
- **Dépossession** de son rôle, de son bébé, de son corps, ou à l'inverse, se sent réduite à n'être qu'un corps.
- Perte de sa place **d'interlocuteur**, d'actrice centrale

Dans le cas de l'urgence

- Emergence de la **peur** et du risque de mort sans qu'ils puissent être ensuite «**parlés**»
- **Isolement, abandon**, pas de personne dédiée à l'explication ou même à un simple contact

Mythe? Ce que dit la recherche

2007. Nullified : Women's perceptions of being abused in health care - Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology - Vol. 28, 3 - p.161-167 Swahnberg, Katarina; Thapar-Björkert, Suruchi; Berterö, Carina

Suède, université Linköping médecine et genre.
K.Swahnberg , J.Brüggemann. Analyse d'entretiens avec 10 femmes ayant subi des maltraitances liées aux soins. L'analyse dégage 4 catégories dans le discours des femmes : l'impuissance, le fait d'être ignorées, le fait d'être négligées, l'absence d'empathie. Le tout peut être résumé sous une catégorie générale, le fait d'être « nullifiées » ou réduites à néant (« nullified »)

2006. Birth as rape: There must be an end to 'just in case' obstetrics - British Journal of Midwifery - Vol. 14, 9 - ISBN: 0969-4900 - p.544-545 Kitzinger, Sheila

L'auteur explique que les femmes qui lui racontent leurs accouchements traumatiques utilisent le même vocabulaire que les victimes de viol: honte et dégoût de soi et de son corps, culpabilité d'être quelque part responsable, isolement, ... (il s'agit d'un article de type « commentaire »)

La maltraitance obstétricale n'est pas un mythe

Vécus de femmes, dans des situations tout à fait banales

De l'extérieur « tout s'est bien passé »

Témoignages reçus/entendus rejoignent analyses de chercheurs

Est-ce une exagération?

Les femmes s'estiment victimes de maltraitances obstétricales, mais ...

« Ce n'est pas la peine d'en faire tout un plat »

ce sont des caprices d'enfants gâtés

tant qu'elles sont vivantes et leur bébé aussi, elles n'ont pas à se plaindre

nous professionnels de santé sommes déjà surchargés, n'en rajoutez pas

STOP !

Si, c'est la peine d'en faire tout un plat

1. Pas bon pour la santé des femmes. Vécu traumatique, ... syndrome de stress post-traumatique
2. Droit des patients, droit humain, éthique des soins

Conséquences des maltraitements sur le vécu traumatique

Témoignages	Conséquences
j'avais l'impression d'assister à la scène de l'extérieur (témoignage 2)	Expérience traumatique
Bref un accouchement chaotique qui me hante (témoignage 3)	Expérience traumatique

Accouchements traumatiques

Nous soutenons qu'une **attitude différente** des professionnels de santé auraient souvent, le plus souvent, épargné à ces femmes d'avoir à traverser ces épreuves.

Nous soutenons qu'à chaque fois qu'il y a un vécu traumatique de l'accouchement, il y a aussi tous ces vécus que nous avons soulignés à la lecture des témoignages: **perte de dialogue**, **dépossession** du corps, **isolement/abandon** en cas d'urgence ...

Nous soutenons que les **situations d'urgence ne sont pas prédictives** du vécu traumatique. Ce qui est prédictif, de notre expérience à nous, c'est l'accompagnement humain au cours pendant les situations d'urgence.

Exagération? Que dit la recherche

2015. *Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research - Journal of Reproductive and Infant Psychology - Vol. 33, 3 - ISBN: 0264-6838 - p.219-237 McKenzie-McHarg, Kirstie; Ayers, Susan; Ford, Elizabeth; et coll*

Section sur les pistes de recherche :

Il a été montré que les **actions/inactions des soignants** sont l'une des causes significatives des accouchements traumatiques, ces actions/inactions pouvant faire que les soins sont vécus comme **déshumanisés**, non **respectueux**, non **bienveillants**. (Elmir et al. 2010; Goldbort, 2009)

Les **comportements** professionnels et la **communication** peuvent affecter de façon significative le **sentiment de contrôle** qu'ont les femmes et leur capacité à prendre des **décisions informées**. (Eliasson et al, 2008)

Également, le choix, l'information et l'implication dans les décisions sont potentiellement **protecteurs** contre les accouchements traumatiques (Goodall et coll, 2009)

Par conséquent, les professionnels doivent comprendre que la naissance peuvent être traumatique pour les femmes (Emir 2010), doivent prendre **conscience du rôle** qu'ils peuvent avoir (...)

Témoignage

T1 Il **m'engueulait** parce que je poussais par à-coups mais vu la durée de travail, je n'arrivais pas à pousser autrement. Chaque poussée me donnait la nausée.

T3 Pendant ce temps le gynéco a bien pris le temps d'expliquer à l'interne, qui était en train de me recoudre, qu'il faudrait qu'elle relise ses cours parce qu'elle n'avait pas bien fait son travail... Ils étaient entre mes jambes, j'avais l'impression d'être un mannequin en plastique.

Droits des patients

Respect, dignité

La personne malade a droit au respect de sa dignité
CSP L1110-2

Témoignage

T1 L'interne n'arrêtait pas de me faire des touchers vaginaux en demandant l'**autorisation**... à la sage femme

T2 Elle a tout fait sans me **demander** ni même me **prévenir**. Décollement de la membrane sans me prévenir (extrêmement douloureux), rupture de la poche des eaux sans me dire pourquoi c'était nécessaire, ocytocine sans me donner le nom (ou vous dit "c'est un produit pour accélérer le travail" sans plus), sans me demander.

T3 On m'a appuyé sur le ventre sans me **prévenir**.

Droits des patients

Information et consentement

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé
Article L1111-4 du CSP

Violence obstétricale et droit - ailleurs

Monde

Mouvements qui considèrent violence obstétricale comme **une violence de genre**.

Lois **pénales** introduites
Vénézuéla, Argentine, Mexique

Europe

Idée de « criminaliser » (loi pénale)
fait son chemin

France

Faire connaître et respecter les droits
des patients en priorité (à mon avis)

Est-ce une fatalité?

« Ce que vous dites, on le voit bien, mais on ne peut rien y faire »

Mais si !



- ✓ Individus
- ✓ Système

On peut y faire : sensibilisation, formation

Sensibilisation, formation

Formation initiale et continue, avec participation usagers

Nouveau DIU *Prise en charge des maltraitements rencontrés en gynécologie obstétrique*



Nouveau

Prise en charge des maltraitements rencontrés en gynécologie obstétrique, vers la bientraitance

Diplôme Inter Universitaire : Paris Descartes et Grenoble (Montpellier en 2018)

Responsables pédagogiques : Pr Pascale Hoffmann-Cucuz, Pr Pierre Boulot, Pr Yves Ville et Dre Perrine Millet

Séminaire à Paris 16-17-18-19 janvier 2017
Séminaire à Grenoble 13-14-15-16 mars 2017
+ échanges de pratique et évaluation à Grenoble 25-26 septembre 2017

COMPÉTENCES VISEES

Connaître et reconnaître les différentes formes de maltraitance
Pouvoir déjouer les situations à risque et prévenir les maltraitements qui ne se disent pas
Connaître les différents types de prise en charge possibles : physique, psychique, ré-éducative, juridique et sociale
Savoir aborder les maltraitements lors de l'anamnèse
Apprendre à travailler en interdisciplinaire
Savoir orienter et construire un parcours de soin centré sur la patiente
Développer des compétences relationnelles avec recours à l'intelligence collective
Savoir repérer ses limites et patienter en restant motivé(e)

PUBLICS

Médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, sages-femmes, kinésithérapeutes spécialis(e)s en pelvi-périnéologie, anesthésistes, échographistes, autres professionnels soignants sur étude de dossier.

ORGANISATION 103 h dont 60 h en présentiel + 35 h d'enseignement en ligne

Une pédagogie interactive et renforcée par l'utilisation d'une plateforme en ligne (documents et enregistrements) et une mise en situation par le théâtre d'intervention.

Des modalités d'évaluation souples en lien avec la pratique :

- QCM sur l'enseignement en ligne
- rédaction d'un commentaire structuré concernant un des modules en e-learning
- récit de résolution d'une situation complexe tirée de la pratique et intégrant la mise en place de liens interprofessionnels.

On peut y faire : la recherche pour l'action

Besoins de recherche

Partout

Quelles **interventions** pour faire prendre conscience aux professionnels, au patients; leur donner les moyens d'agir à leur échelle.
Quelles évolutions **systemiques** sont nécessaires?

En France

Déjà étudier les **vécus** des maltraitements obstétricaux, leurs **conséquences**

2012. Staffs perception of abuse in healthcare: a Swedish qualitative study - BMJ open - Vol. 2, 5 Swahnberg, Katarina; Wijma, Barbro

Faire évoluer la **perception** qu'ont les **personnels soignants** de la maltraitance liée aux soins. Il s'agissait d'ateliers de **théâtre forum** qui mettent les participants dans la situation qu'ils ont eux-mêmes **vécue**, dans laquelle ils ont été **les témoins impuissants** d'une maltraitance perçue par le patient et ne sont pas intervenus car ils pensaient qu'on ne pouvait rien y faire.

La pièce est rejouée jusqu'à ce que tous les participants comprennent la nature du dilemme auquel est confronté le témoin impuissant. Puis elle est rejouée à nouveau, et là les participants sont encouragés à **intervenir** en prenant le rôle de la personne qui souffre du **dilemme**, de manière à influencer la situation.

Après les ateliers, les soignants avaient une **perception** des maltraitements liés aux **soins plus proche de celle des patients**; une plus grande **volonté de reconnaître** les maltraitements; mais aussi, une plus grande **volonté d'agir** pour prévenir les maltraitements ou pour y mettre fin.

Violence obstétricale

1. Est-ce un **mythe**?
2. Est-ce une **exagération**?
3. Est-ce une **fatalité**?

- ✓ Témoignages
- ✓ Bibliographie

Compléments

Bibliographie sur les violences obstétricales (site Ciane)

VIOLENCE OBSTETRICALE

Bibliographie

i Revue de publications internationales sur le thème principal de la violence ou maltraitance d'origine médicale vécue par les femmes pendant leur grossesse et leur accouchement. L'objectif de cette revue est de permettre la reconnaissance du phénomène dans les pays occidentaux et en particulier en France, et ainsi de servir de base à des travaux visant à le qualifier, le quantifier de façon à le combattre.

La revue aborde de façon secondaire les maltraitances médicales hors obstétrique. Elle aborde aussi des travaux qui n'explicitent pas la notion de maltraitance mais la traitent indirectement, notamment au travers d'une interrogation sur les facteurs de stress post-traumatique après l'accouchement.

Nous nous sommes en premier lieu intéressés aux travaux de recherche et études publiés dans des revues professionnelles, mais avons finalement inclus des rapports d'organisations internationales ou nationales, du fait de leur importance pour le sujet. Il nous est également apparu utile de considérer la violence obstétricale sous l'angle du droit et des législations internationales.

Pour chaque document présenté, figurent un commentaire rédigé par l'AFAR ainsi que le résumé original des auteurs, traduit le cas échéant par nos soins.

Table des matières

1. Maltraitance médicale dans une perspective de genre, pays occidentaux, Scandinavie	2
2. Violence obstétricale, apport des sciences humaines et des militantismes	20
3. Publications médicales de portée internationale sur la violence obstétricale	33
4. Rapports d'organisations gouvernementales ou non gouvernementales	39
5. Sélection de travaux en lien avec l'état de stress post-traumatique après l'accouchement	47
6. La violence obstétricale sous l'angle du droit	53
7. Compléments	57
Liste des références retenues et non retenues	61
Plus d'informations	68

Cette synthèse traduite et commentée a été réalisée par l'association Alliance francophone pour l'accouchement respecté <http://afar.info>, membre du Collectif Interassociatif autour de la naissance. <http://ciane.net>.

2014. Staff silence about abuse in health care: An exploratory study at a Swedish women's clinic - Clinical Ethics - Vol. 9 - p.71-76

Brüggemann, Jelmer; Swahnberg, Katarina

Commentaire

Exploration des facteurs qui font que les maltraitances sont entourées de silence, cette fois côté soignants. Etude sur les personnels d'une clinique pour femmes: secrétaires, "auxiliary nurses" (aides soignantes?), infirmières, sages-femmes, gynécologues, par questionnaire.

Les questions portaient sur (1) est-ce que la personne a entendu parler de maltraitance liée aux soins (2) est-ce que personne a fait elle-même été confrontée à de la maltraitance liée aux soins, en tant que patient ou en tant que personnel

Il semble que les gynécologues et sages-femmes entendent plus souvent parler de maltraitance liée aux soins, par rapport aux "auxiliary nurses". Les soignants qui ont été eux-mêmes confrontés à cette maltraitance en tant que patients entendent plus souvent parler de maltraitance.

Résumé

Le silence des personnels sur les maltraitances liées aux soins.

Étude exploratoire, clinique pour femmes, Suède. Il a été bien démontré que les patients peuvent se sentir maltraités dans un contexte de soins, et qu'un certain nombre d'entre eux en souffrent. Les connaissances manquent sur les facteurs de ces maltraitances. Un des mécanismes suggérés est qu'il y a un silence autour de ces événements. L'étude étudie le silence qui entoure ces événements comme un contributeur possible. Nous avons regardé si le silence est lié à la position hiérarchique du soignant, et à sa propre expérience en tant que patient maltraité dans le système de soins.

Méthode: Un questionnaire papier a été envoyé en 2008 à tous les membres du personnel d'une clinique pour femmes, en Suède. Le questionnaire comportait des questions socio-démographiques, professionnelles, et des questions sur la maltraitance liée aux soins. Analyse statistique : après un test

Liens : <http://afar.info/id=2661> | <http://dx.doi.org/10.1177/1477750914546760>

DIU maltraitements



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES



UNIVERSITÉ
Grenoble
Alpes

Nouveau

Prise en charge des maltraitements rencontrés en gynécologie obstétrique, vers la bientraitance

Diplôme Inter Universitaire : Paris Descartes et Grenoble (Montpellier en 2018)

Responsables pédagogiques : Pr Pascale Hoffmann-Cucuz,
Pr Pierre Boulou, Pr Yves Ville et Dre Perrine Millet

Séminaire à Paris 16-17-18-19 janvier 2017

Séminaire à Grenoble 13-14-15-16 mars 2017

+ échanges de pratique et évaluation à Grenoble 25-26 septembre 2017

COMPÉTENCES VISEES

Connaître et reconnaître les différentes formes de maltraitance
Pouvoir dépister les situations à risque et pressentir les maltraitements qui ne se disent pas
Connaître les différents types de prise en charge possibles : physique, psychique, ré-
éducative, juridique et sociale
Savoir aborder les maltraitements lors de l'anamnèse
Apprendre à travailler en interdisciplinarité
Savoir orienter et construire un parcours de soin centré sur la patiente
Développer des compétences relationnelles avec recours à l'intelligence collective
Savoir repérer ses limites et patienter en restant motivé(e)

PUBLICS

Médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, sages-femmes,
kinésithérapeutes spécialisés(e)s en pelvi-périnologie, anesthésistes, échographistes, autres
professionnels soignants sur étude de dossier.

ORGANISATION 103 h dont 68 h en présentiel + 35 h d'enseignement en ligne

Une pédagogie interactive et renforcée par l'utilisation d'une plate forme en ligne
(documents et enregistrements) et une mise en situation par le théâtre d'intervention.

Des modalités d'évaluation souples en lien avec la pratique :

- QCM sur l'enseignement en ligne
- rédaction d'un commentaire structuré concernant un des modules en e-learning
- récit de résolution d'une situation complexe tirée de la pratique et intégrant la mise en place de liens interprofessionnels.

CONTENU DE LA FORMATION

Module 1 Contexte historique et contemporain des maltraitements faites aux femmes, données sociologiques, cadre juridique et conséquences économiques

Module 2 Toutes les formes des maltraitements envers les femmes : physiques, verbales, psychologiques, économiques et sexuelles. Maltraitements envers les enfants (et les enfants qui furent les femmes)

Module 3 Réflexion éthique sur les soins : le consentement aux soins, les violences du soin

Module 4 - Mécanismes des violences conjugales

- Conséquences des maltraitements : somatiques, gynécologiques, obstétricales, addictives, périnatales, psychologiques, psychiatrique /état de stress post-traumatique
- Maltraitements dans d'autres cultures : le point de vue du Dr Mukwege « l'homme qui répare les femmes »
- Mise en mouvement des 4 premiers modules par le théâtre d'intervention

Module 5 Outils de dépistage et de repérage systématique : la consultation gynéco-obstétricale, les signes d'appel du corps, les théories du déni des maltraitements, les difficultés des soignants par rapport au dépistage

Module 6 Outils d'entretiens

- L'entretien prénatal précoce, l'entretien motivationnel, la forme des questions pendant l'entretien
- La posture professionnelle, la capacité d'écoute et l'empathie par le théâtre d'intervention

Module 7 Outils de prise en charge

- Mesures médico-légales de protection
- Prise en charge aux urgences (psychiatre-urgentiste), prise en charge centrée sur la patiente, l'EMDR...
- Prise en charge psycho-thérapeutique et corporelle (kinésithérapeutes)
- Travail en réseau avec des partenaires ressources, coordination des parcours de soin, les transmissions
- Retours d'expérience, bonnes pratiques et accompagnement des difficultés rencontrées

Module 8 Analyse de la pratique – Évaluation

Récit de situation complexe issu de sa pratique professionnelle (par demi-groupe)
Exposé des liens inter-professionnels créés (par demi-groupe)
Reprise de situations cliniques en faux prospectif par l'Afree

TARIF et FINANCEMENT

Tarif public formation continue 1600 euros. Ouverture au DPC prévue.

VOTRE CANDIDATURE à faire sur un des deux sites au plus tard le 15 décembre 2016.

PARIS	GRENOBLE
scf.parisdescartes.fr Puis sur la fiche web de la formation, cliquez sur le bouton « je m'inscris » et enregistrez-vous sur l'application CandidOnLine	Site web : portail sante formation continue grenoble Ou adresse du lien : https://secteur-sante.univ-grenoble-alpes.fr/formation-continue-alternance
Contact	Contact : 04 76 63 71 76

Dossiers issus de l'enquête sur le vécu des accouchements

Déclenchement:
l'importance cruciale de
l'information et du
consentement (décembre
2015)

Quel **accompagnement**
pour les femmes lors de
l'accouchement (juillet
2014)

Expression abdominale :
une pratique formellement
déconseillée toujours en
vigueur (mars 2014)

Déclenchement et
accélération du travail:
information et
consentement à revoir (avril
2012)

Douleur et accouchement
(avril 2013)

Sortie de maternité et bien-
être des femmes (novembre
2012)

Respect des **souhaits** et
vécu de l'accouchement
(septembre 2012)

Discrimination **économique**
à l'encontre des lieux
d'accouchement, une
politique qui ne dit pas son
nom (juin 2012)

[http://ciane.net/publications/
enquete-accouchement/](http://ciane.net/publications/enquete-accouchement/)

*Ciane.net, publications,
enquête accouchement*

Emmanuelle.phan@naissance.asso.fr
collectif@ciane.net

