

# VIOLENCE OBSTETRICALE

## Bibliographie



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 maltraitements médicaux 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>.*

*Diffusion libre, merci de mentionner la source AFAR, CIANE 2016*

---

## 1. Maltraitance médicale dans une perspective de genre, pays occidentaux, Scandinavie



Principalement les travaux en médecine et genre de l'Université suédoise de Linköping. Les chercheurs parmi lesquels on peut retenir les noms de K. Swahnberg et J. Brüggemann étudient les maltraitances liées aux soins, en particulier dans des cliniques gynécologiques. Ils soulignent que, si les maltraitances antérieures sont facteurs de risque de maltraitances liées aux soins, celles-ci sont loin de tout expliquer et ils questionnent la loi du silence, de la part des patients comme de celle des soignants. Ils évaluent une intervention auprès des soignants destinée à leur faire prendre conscience des maltraitances, mais surtout à développer leur capacité d'agir.

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

univarié, un modèle de régression logistique binaire a été appliqué et a inclu les variables relatives à la profession et à l'expérience personnelle de maltraitance des soignants [en tant que patient]

Résultats: Les données mettent en évidence que les "auxiliary nurses" [aides-soignants?] disent avoir peu entendu parler de maltraitements liés aux soins, contrairement aux sages-femmes et gynécologues. Les soignants\* qui ont eux-mêmes vécu des maltraitements liés aux soins en tant que patient (les guérisseurs blessés) étaient plus susceptibles d'avoir entendu parler de maltraitance liée aux soins dans les 12 mois précédents.

Conclusion: L'étude suggère qu'il y a une forme de silence autour des maltraitements liés aux soins, et que ce silence n'est pas distribuée de façon homogène parmi les professionnels de santé. Les interventions destinées à briser le silence sur le vécu de maltraitements par les patients pourraient prendre en compte les hiérarchies professionnelles et les expériences personnelles des soignants en tant que patient.

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

### **2013. What contributes to abuse in health care? A grounded theory of female patients stories - International Journal of Nursing Studies - Vol. 50, 3 - ISBN: 00207489 - p.404-412**

*Bruggemann, A. Jelmer; Swahnberg, Katarina*

---

#### **Commentaire**

Article reprenant l'étude IV de la thèse Bruggemann 2012 <http://afar.info/id=2658>.

Analyse des récits de 12 patientes pour déterminer ce qui a contribué à leur expérience de maltraitance liée aux soins.

#### **Résumé**

Qu'est-ce qui contribue à la maltraitance liée aux soins? Récits de patients analysées à l'aide de la "Grounded theory"

Contexte: En Suède, 20% des patientes femmes disent avoir subi, dans leur vie, des maltraitements dans les établissements de soins. La prévalence chez les patients hommes est évaluée à 8%. De nombreux patients rapportent être encore en situation de souffrance en lien avec ces expériences. Il y a eu peu d'études empiriques destinées à comprendre ce qui contribue à l'occurrence des maltraitements dans les soins.

Objectifs: Comprendre les facteurs qui contribuent à ce que les patientes subissent des maltraitements liés aux soins.

Conception de l'étude: Approche constructiviste basée sur la "grounded theory".

Participant: 12 patientes femmes qui ont toutes rapporté un vécu de maltraitance liée aux soins, lors d'une étude à base de questionnaire conduite ultérieurement

Méthode: Entretiens approfondis

Résultats: L'analyse a abouti à une catégorie principale: l'échec dans une lutte de pouvoir; qui elle-même repose sur 4 catégories: la vulnérabilité de la patiente, la compétence de la patiente, l'utilisation de techniques de dominations par le personnel, et les limites structurelles. Les participantes décrivent comment leur sensibilité et leur dépendance peuvent les rendre vulnérables aux techniques de domination de la part du personnel. Le fait, pour les patientes, de revendiquer du pouvoir et le respect de leur autonomie, à travers leurs propres compétences de patient, peut catalyser les luttes de pouvoir.

Conclusion: les récits des patientes ont un point commun : leur expérience de maltraitance a été précédée par l'échec dans une lutte de pouvoir, principalement du fait de l'utilisation de techniques de domination par le personnel. Pour le personnel, il pourrait être important de prendre conscience du vécu et des conséquences de telles techniques de domination. Les résultats montrent qu'il est nécessaire d'établir un climat de soin dans lequel les patients sont autorisés à utiliser leurs compétences.

Liens : <http://afar.info/id=2656> | <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.003>

### **2013. Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women-a qualitative study - BMC pregnancy and childbirth - Vol. 13, 1 - p.74**

*Schroll, Anne-Mette; Kjaergaard, Hanne; Midtgaard, Julie*

---

#### **Commentaire**

Danemark, analyse des discours de 11 femmes qui ont subi des maltraitances liées aux soins à une période de leur vie (enfant ou adultes). Comment ces femmes vivent-elles leur première grossesse? L'analyse des entretiens avec ces femmes met en évidence 4 thèmes dans leurs discours: actes maltraitants sans intention de faire du mal, déshumanisation, mémoire corporelle, trouver la force de continuer.

Cette étude est intéressante dans son texte intégral car comporte beaucoup de citations de la parole de ces femmes.

#### **Résumé**

Danemark. Etudier des femmes qui font état d'une souffrance importante résultant d'une d'une expérience antérieure de maltraitance dans le système de soins. Entretiens semi-structurés, 11 femmes.

Résultat: 4 catégories pour décrire les expériences de maltraitance et leurs conséquences sur les grossesses et accouchements:

- actes maltraitants sans intention de faire du mal
- déshumanisation
- mémoire corporelle ("bodily remembrance")
- trouver la force de continuer

Les maltraitements dans les soins peuvent avoir des conséquences profondes sur la vie reproductive des femmes, entre autres sur leur sexualité, leur désir d'enfant et leur demande concernant le mode d'accouchement. Néanmoins, ces femmes décrivent aussi parvenir à gérer ces expériences de façon constructive. C'est là que les professionnels de santé ont un rôle à jouer.

Conclusion: les professionnels de santé peuvent aider les femmes qui ont un historique de maltraitance dans les soins.

Liens : <http://afar.info/id=2638> | <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/74>

## 2012. Staffs perception of abuse in healthcare: a Swedish qualitative study - BMJ open - Vol. 2, 5

*Swahnberg, Katarina; Wijma, Barbro*

---

### Commentaire

Etude qui nous semble prometteuse sur la possibilité de 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 conflit moral, et quelles sont les personnes qui en souffrent. 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.

Les chercheurs ont mené des entretiens auprès des participants, avant et après ces ateliers de théâtre forum. 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.

### Résumé

Objectif: Comprendre la perception de la maltraitance liée aux soins de la part de personnels de santé après une intervention sous forme d'ateliers théâtre de mise en situation; comparaison avec des entretiens préalables à l'intervention, et entretiens avec des patients (hommes et femmes). La maltraitance liée aux soins est décrite comme un défaut de prise en compte du point de vue du patient.

Étude qualitative suivie d'entretiens. Clinique gynécologique, Suède (women's clinic)

Participants: Lors de l'étude de pré-intervention, 21 entretiens ont été réalisés parmi les membres du personnel. Parmi eux, 14 personnes ont participé à l'intervention et ont été éligibles à l'étude de suivi. Quatre ont refusé l'invitation, l'étude de suivi a donc porté sur 10 personnes.

Intervention: Entre janvier 2008 et janvier 2009, tous les membres du personnel (N=136) ont été conviés à des ateliers de théâtre forum. 74 d'entre eux ont participé à au moins un des 17 ateliers d'une demi-journée.

Évaluation: perception des maltraitements liés aux soins par les personnels.

Résultats: La catégorie principale 'a summoning stone in the shoe' (un caillou dans la chaussure) est composée de 5 sous catégories: "déshumanisation du patient", "inacceptable: il faut agir", "Omniprésent", "non intentionnel", "relatif". La pièce de théâtre met en avant les possibilités d'action, même dans des situations où cela semble "impossible", et montre que le caractère tabou des maltraitements liés aux soins a été modifié dans l'établissement. La comparaison avec l'étude de pré-intervention montre une augmentation de la conscience des maltraitements liés aux soins, davantage d'exemples concrets de maltraitance, une empathie plus importante envers les patients, et moins d'explications, de justification et de banalisation des maltraitements.

Conclusion: Dans cette étude de suivi, les soignants ont une perception des maltraitements liés aux soins qui s'est rapprochée de celle des patients. Par rapport aux entretiens de pré-intervention, les personnels ont montré une plus grande volonté non seulement de reconnaître les maltraitements, mais aussi de prendre la responsabilité d'agir pour y mettre fin et les prévenir. Cette attitude pourrait s'expliquer par le fait que les ateliers de théâtre forum montrent qu'il y a des possibilités d'action, et que le tabou qui pèse sur les maltraitements a été brisé dans cet établissement.

Liens : <http://afar.info/id=2665> | <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001111>

## 2012. Toward an Understanding of Abuse in Health Care : A Female Patient Perspective -

*Brüggemann, A. Jelmer*

---

### Commentaire

Thèse de doctorat, 2012, constituée de 4 études.

Mise en évidence que, dans 60% des cas, une patiente confrontée à une maltraitance garde le silence vis-à-vis de l'institution; les patientes qui gardent le plus le silence sont plus jeunes, et évaluent avoir une moins bonne connaissance de leurs droits. L'auteur alerte sur le fait que le silence des patients est un problème car cela ne permet pas au système d'évoluer. Il faut encourager à la fois les patients à faire part des situations de maltraitance tout en formant les professionnels de santé à réagir à ces retours.

### Résumé

Comprendre les maltraitements médicaux. Perspectives des patientes

Contexte: Les patients suédois font état de nombreux incidents liés à des maltraitements médicaux. Dans des études à base de questionnaire (n-9600), une patiente suédoise sur 5 et un patient homme sur 10 déclaraient avoir été confrontés à des maltraitements liés aux soins à un moment de leur vie. La majorité d'entre eux souffraient encore de ces expériences. Les patientes (femmes) confrontées aux maltraitements

liées aux soins décrivent l'expérience d'avoir été "nullified" (réduites à néant). Les patients hommes décrivent l'expérience d'avoir été mentalement mis KO.

Objectifs: L'objectif de cette thèse est d'apporter une compréhension de ce que sont les maltraitances liées aux soins, et de commencer à explorer ce qui contribue à leur survenue, en prenant comme axe la perspective des patientes femmes.

Méthodes: Dans la première étude (étude I), une analyse de concept de la maltraitance liée aux soins a été conduite; elle s'appuie sur l'apparition du concept dans la littérature scientifique et sur des études de cas. La maltraitance liée aux soins a été également séparée des concepts d'insatisfaction du patient, d'erreur médicale et de menace sur l'identité personnelle (personal identity threat) de façon à analyser les différences et similitudes entre ces concepts.

Pour les études II et III, nous avons développé un questionnaire sur la transgression des principes éthiques dans les soins (Transgression of Ethical principles (TEP) in Health Care Questionnaire). Ce questionnaire sert à évaluer dans quelle mesure les femmes gardent le silence vis à vis du système de soins après avoir été confrontées à des maltraitances dans le système de santé suédois. L'hypothèse de départ était que la plupart de ces femmes gardent le silence vis-à-vis du système après de telles expériences, et que ce manque de retour contribuerait à entraver les améliorations structurelles. Ce questionnaire a obtenu des réponses de patientes recrutées dans une clinique gynécologique du sud de la Suède (n=530).

L'étude IV a été construite à partir d'une approche de type "grounded theory ". Entretiens avec des personnes qui ont répondu au questionnaire TEP et rapporté des expériences de maltraitance liée aux soins (n=12).

Résultats: L'analyse de concept permet de décrire les maltraitances liées aux soins comme des expériences subjectifs des patients confrontés à des rencontres avec des soignants dénués d'attention, qui ont entraîné une souffrance et un sentiment de déshumanisation.

L'étude II montre qu'une majorité des patientes femmes qui ont perçu au moins une transgression violente ou arbitraire gardent le silence sur au moins l'une d'elle (70,3%). Dans 60% des cas, les patientes gardent le silence sur les événements violents ou injustifiés.

L'étude III examine si le fait de garder le silence peut être associé avec des caractéristiques des patientes. Le fait de garder le silence a pu être uniquement associé à un jeune âge, et à des patientes qui auto-évaluent leurs connaissances sur les droits des patients comme faibles.

Pour l'étude IV, nous avons analysé les récits des patientes pour déterminer ce qui a contribué à leur expérience de maltraitance liée aux soins. On peut caractériser cette situation comme un processus au cours duquel la patiente perd une lutte de pouvoir. Selon ces patientes, leur vulnérabilité mais aussi leur niveau de compétences ont permis au personnel d'utiliser des techniques de domination involontaire qui les ont fait se sentir maltraitées.

Conclusion: Les maltraitances liées aux soins étant définies à partir des expériences subjectives des patientes, leur prévention implique l'écoute de leurs récits et leurs plaintes. La proportion de patientes qui gardent le silence suite à des maltraitances liées aux soins peut être inquiétante, car cela constitue une perte de retour, retour essentiel pour le système de soins. Les patientes n'ont pas à être tenues responsables de la qualité du système de soins, mais leur connaissance peut grandement contribuer à améliorer les processus et devrait être reconnue comme telle. Il convient donc d'explorer les interventions

cliniques destinées à encourager les patients à s'exprimer, en les accompagnant d'une réflexion au sein des professionnels sur la manière d'y répondre.

Liens : <http://afar.info/id=2658> | <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-79334>

**2012. Patients' silence towards the healthcare system after ethical transgressions by staff: associations with patient characteristics in a cross-sectional study among Swedish female patients - BMJ Open - Vol. 2, 6 - ISBN: 2044-6055 - p.e001562-e001562**

*Bruggemann, A. J.; Swahnberg, K.*

---

## **Commentaire**

Article reprenant une partie des études II et III de la thèse Bruggemann 2012 <http://afar.info/id=2658>. Chez les patientes rapportant des maltraitances liées aux soins, le fait de garder le silence vis-à-vis du système de soins est associé à un jeune âge, et à des patients qui auto-évaluent leurs connaissances sur les droits des patients comme faibles. Pas d'influence du statut social, du pays de naissance, de l'état de santé ou d'autres maltraitances.

## **Résumé**

Objectifs: Identifier les caractéristiques des patients qui gardent le silence vis-à-vis du système de soins suite à des expériences de comportement abusif ou éthiquement injustifié des personnels de santé.

Conception: Étude transversale utilisant le questionnaire Ethical Principles in Health Care (principes d'éthique de soins)

Lieu: Clinique pour femmes dans le sud de la Suède

Critères de sélection des participants: Patientes (femmes) ayant des rendez-vous consécutifs en consultation externe, âgées de 18 ans et plus, parlant en comprenant le suédois, et ayant une adresse connue. 534 femmes (60%) ont répondu au questionnaire. Parmi elles, 293 ont été incluses pour l'étude.

Mesure principale: Combien de fois les répondantes ont gardé le silence vis-à-vis du système de soins, par rapport au nombre de fois où elles ont parlé.

Résultats: Une association a été trouvée entre le fait que les patientes gardent le silence, et un jeune âge, ainsi qu'une faible connaissance (auto-évaluée) des droits des patients. Les deux variables ont un effet indépendant dans un modèle multivarié. Pas d'association trouvée avec le statut social, le pays de naissance, la santé ou d'autres maltraitances.

Conclusion: Ces résultats ouvrent la voie à la conception d'interventions destinées à stimuler l'expression des patients, "and open up the clinical climate, for which the responsibility lies in the hands of staff". D'autres recherches sont nécessaires.

Liens : <http://afar.info/id=2657> | <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001562>

**2012. Patients' silence following healthcare staff's ethical transgressions - Nursing Ethics - Vol. 19, 6 - ISBN: 0969-7330, 1477-0989 - p.750-763**

*Brüggemann, A. Jelmer; Wijma, Barbro; Swahnberg, Katarina*

---

### **Commentaire**

Suède, 530 patientes d'une clinique pour femmes. 63% ont fait l'expérience au moins une fois dans leur vie de violations de principes éthiques de la part des soignants. La plupart ont eu conscience qu'il s'agissait de violations, mais 70% ont ensuite gardé le silence vis-à-vis du système de soins.

### **Résumé**

L'objectif de l'étude était d'examiner dans quelle mesure les patients gardent le silence à la suite d'une expérience de maltraitance ou de faute dans les soins.

Patientes (femmes, n = 530) d'une clinique pour femmes ont répondu au questionnaire TEP sur la transgression des principes éthiques. Ce questionnaire est construit pour mesurer les expériences de soins maltraitants sous forme de transgression de principes éthiques de la part des soignants.

Parmi toutes les patientes, 63.6% ont fait l'expérience, à un moment donné, de la transgression de principes éthiques de la part de soignants, et beaucoup d'entre elles ont perçu ces événements comme violents ou arbitraires. Parmi elles, 70.3% ont gardé le silence vis-à-vis du système de soins, pour au moins une des transgressions vécues.

Ce silence constitue des occasions perdues de retour sur système de soins. Il ne doit pas être automatiquement interprété comme l'expression de la satisfaction des patients.

Liens : <http://afar.info/id=2655> | <http://dx.doi.org/10.1177/0969733011423294>

## **Commentaire**

Etude qui s'intéresse à 14 recommandations d'éthique destinées aux professionnels de santé en général et en santé des femmes en particulier: médecins/obstétriciens, infirmiers, sages-femmes; Suède et monde. La question est de savoir dans quelle mesure ces recommandations prennent en compte les questions de maltraitance liées aux soins. 14 questions. Conclusion: très disparate, alors que tous ces professionnels ont affaire au même patient; besoin d'harmoniser les recommandations, même si on sait que ça ne règle pas tout. Appel à recherche sur 'virtues ethics', l'éthique de la vertu. Les 14 questions pour l'analyse des recommandations: prennent-elles en compte...

1. l'histoire personnelle du patient vis à vis de la violence
2. l'importance de valoriser la connaissance et l'expertise du patient
3. l'égalité de traitement des patients, indépendamment de conditions sociale et ethnique
4. l'importance de considérer le patient comme une personne
5. l'importance d'un traitement égal entre homme et femme
6. la protection de la dignité des patients
7. la responsabilité des soignants vis à vis des patients et des soins
8. les contacts sexuels avec les patients
9. la promotion du "patient empowerment"
10. la protection de l'autonomie des patients
11. l'asymétrie du pouvoir entre professionnels et patients
12. la réflexion personnelle sur sa conduite éthique
13. la question du déséquilibre de pouvoir entre professionnels
14. comment gérer les manquements (misconduct) d'autres professionnels

## **Résumé**

Objectif: La recherche fait état d'une prévalence de 13 à 28% de maltraitances liées aux soins pour les femmes dans les pays scandinaves. L'étude a pour objet d'analyser le contenu des documents d'éthique destinés aux professionnels dans le domaine de l'obstétrique gynécologie, en Suède : dans quelle mesure les recommandations prennent-elles en compte les problèmes liés aux maltraitances

Conception de l'étude: Recherche de données empiriques sur la maltraitance liée aux soins dans la littérature : recommandations pour les infirmiers, sages-femmes, médecins. Développement d'un cadre analytique. Analyse.

Résultats: Grande variété de contenu des recommandations d'éthique sur la question des maltraitances liées aux soins. Les questions les plus souvent oubliées sont: la prise en compte de l'avis du patient, de son expérience potentielle de maltraitances, des asymétries de pouvoir dans les soins, de l'abus sexuel, comment gérer les manquements éthiques d'un autre professionnel, des relations entre les professionnels. Les deux recommandations les plus complètes sont celles de la FIGO (fédération internationale de gynécologie obstétrique) et celles de l'Internal confederation of midwives.

Conclusion: Différents professionnels soignent les mêmes patients, mais leurs recommandations éthiques ne sont pas les mêmes. Pour que les recommandations éthiques deviennent des outils de prévention de la maltraitance dans les soins, nous suggérons la mise à jour des recommandations de façon à intégrer la recherche empirique sur l'éthique.

L'existence seule de recommandations n'en garantit pas l'efficacité. Nous voulons engager le débat sur la fonction et l'utilisation des recommandations d'éthique en général, et de la maltraitance liée aux soins en particulier.

Les recommandations éthiques ne recouvrent cependant qu'une partie de l'éthique des soins. Nous envisageons une approche plus large de la prévention de la maltraitance qui encourage la recherche sur la manière dont une approche éthique pourrait être appliquée en pratique.

Liens : <http://afar.info/id=2609> | <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.07.018>

**2011. Staff's awareness of abuse in health care varies according to context and possibilities to act - Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology - Vol. 32, 2 - ISBN: 0167-482X - p.65-71**

*Swahnberg, Katarina; Wijma, Barbro*

---

**Commentaire**

Étude quantitative qui cherche à discerner dans quelle mesure les soignants ont conscience des maltraitements liés aux soins. 21 entretiens avec sages femmes, secrétaires, gynécologues, auxiliaires d'un même établissement. Représentatif en terme h/f, âge, catégorie de personnel. Voir aussi l'article <http://afar.info/id=2665>, qui reprend les entretiens après une intervention ("forum play")

Thèmes abordés lors de l'entretien

- Comment vous sentez-vous au travail?
- Est-ce que les patients subissent des maltraitements liés aux soins?
- Quand on parle de maltraitance liée aux soins, quelle est la première chose qui vous vient à l'esprit? Quel agent est impliqué?
- Qui est victime de maltraitance liée aux soins?
- Comment la maltraitance liée aux soins se produit-elle?
- Comment les personnels de santé peuvent-ils agir contre la maltraitance liée aux soins?

L'analyse des entretiens aboutit à 4 catégories de discours, du plus conscient au plus dénégateur. On voit qu'il n'y a pas clairement d'un côté des soignants conscients des maltraitements, de l'autre côté des soignants non conscients.

Les 4 catégories (du plus conscient au plus dénégateur)

1. L'IMAGINATION MORALE (le plus conscient): Les soignants expriment de l'empathie et se mettent à la place du patient. Donnent des exemples de petites choses comme parler de patients ou de sa vie devant d'autres patients, ou examens pelviens.

2. LA RELATIVISATION : exprime l'idée que les soignants sont aussi maltraités par les patients ou d'autres membres du personnel. Parfois les patients sont désagréables et injustes, ils sont de plus en plus exigeants, attendent tout du système de soins.

3. L'EXPLICATION: par la personnalité des parents et du personnel. Par le fait que la notion est subjective. Ce qui est maltraitant pour un patient ne l'est pas forcément pour l'autre. Ou patients vulnérables: historique de maltraitance. Et stress, manque de personnel, organisation

4. LA DISSOCIATION (le plus "dénégateur") les maltraitances sont inhérentes aux soins. Difficulté à trouver des exemples concrets. Considèrent que le terme maltraitance est utilisé à tort. Non intentionnel, routine ex examen pelvien

Une autre catégorie d'analyse est la "POSSIBILITÉ D'AGIR". Un résultat important: la possibilité d'agir ne dépend pas uniquement du degré de conscience de la personne, mais aussi du contexte: il faut du courage pour signaler au collègue qu'il a fait quelque chose qui n'est pas bien, importance des hiérarchies

## Résumé

La sensibilité soignants à la maltraitance dans le système de soins dépend du contexte et des possibilités d'action.

Objectif: Le but de cette étude est d'explorer la sensibilisation des soignants aux maltraitances liées aux soins, du point de vue des soignants. Les études d'évaluation s'intéressent plutôt à la satisfaction des patients, ce qui peut conduire à rendre invisibles les expériences négatives. Nos recherches montrent que les patients, hommes comme femmes, font état de nombreuses maltraitances liées aux soins lorsqu'on les interroge de façon directe. Mais jusqu'à présent, aucune étude d'intervention sur la maltraitance liée aux soins n'a été publiée. L'examen de la sensibilisation des soignants aux maltraitances liées aux soins constitue une première étape pour le développement d'interventions.

Conception: Les données ont été collectées dans un établissement suédois d'obstétrique et gynécologie. Des entretiens qualitatifs auprès de 21 personnes ont été analysés, avec une méthode d'analyse constante comparative (constant comparative analyses).

Résultats: La catégorie principale: "la sensibilisation des personnels aux maltraitances liées aux soins varie en fonction du contexte et des possibilités d'action" est issue d'interactions entre 5 catégories: l'imagination morale, le relativisme, les explications, la dissociation des maltraitances liées aux soins, l'action contre les maltraitances liées aux soins. La sensibilité aux maltraitances liées aux soins n'est pas caractérisée par un système binaire, car tous les participants ont fait preuve à la fois de grande sensibilité et de faible sensibilité, selon le contexte.

Conclusion: La sensibilité des personnels ne dépend pas uniquement des caractéristiques personnelles. De ce fait, les interventions contre les maltraitances liées aux soins doivent autant viser les cultures et les structures de soins que les comportements personnels.

Liens : <http://afar.info/id=2653> | <http://dx.doi.org/10.3109/0167482X.2011.555021>

## Commentaire

Suède. Entretiens avec 10 femmes ayant subi des maltraitances liées aux soins. Aboutir à 4 catégories qui expliquent ce que maltraitance signifie pour les femmes interrogées:

- l'impuissance
- le fait d'être ignorées
- le fait d'être négligées
- l'absence d'empathie

Les auteurs regroupent ces 4 catégories sous celle d'être "nullifiée" (nullified: réduite à néant...)

## Résumé

"Nullified" (réduite à néant): perception de femmes des maltraitances liées aux soins

Objectifs: Dans une étude effectuée à l'aide du questionnaire NorAQ (Norvold abuse questionnaire) auprès des patientes d'un centre de gynécologie, la prévalence des maltraitances dans le système de soins (abuse in healthcare, AHC) allait de 13% à 28%. Pour notre étude, nous avons choisi une approche qualitative. Notre objectif était de comprendre en profondeur les maltraitances liées aux soins auxquelles les patientes (femmes) suédoises sont confrontées.

Conception de l'étude: Entretiens qualitatifs avec 10 patientes de centres de gynécologie qui ont été confrontées aux maltraitances liées aux soins. Les entretiens ont été analysés par une approche de type "Grounded Theory".

Résultats: La saturation a été atteinte au bout de 6 entretiens. Les analyses font ressortir quatre catégories qui expliquent ce que les maltraitances liées aux soins signifient pour les participantes: elles se sont senties impuissantes, elles se sont senties ignorées, elles se sont senties négligées, et ont ressenti un manque d'empathie à leur égard.

Ces quatre catégories peuvent être regroupées de façon théorique dans une catégorie primaire (core category) "to be nullified" (être réduite à néant, être anéantie)

Les récits des femmes décrivent une souffrance persistante intense, même lorsque les maltraitances ont eu lieu des années auparavant.

Conclusions: L'existence même des maltraitances liées aux soins est un dilemme pour une institution qui est chargée par la société de soigner ou de soulager la douleur et la souffrance. Dans leurs récits, les femmes décrivent avoir été "nullified", une catégorie générale qui concrétise les maltraitances liées aux soins.

Liens : <http://afar.info/id=2664> | <http://dx.doi.org/10.1080/01674820601143211>

**2007. Patients' experiences of abuse in health care : A Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients - Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica - Vol. 86, 3 - p.349-356**

*Swahnberg, Katarina; Schei, Berit; Hilden, Malene; Halmesmäki, Erja; Sidenius, Katrine; Steingrimsdottir, Thora; Wijma, Barbro*

---

## **Commentaire**

Questionnaire sur plus de 3000 femmes, pays scandinaves. Entre 13 et 28% s'estiment avoir été, à un moment de leur vie, confrontées à des maltraitances liées aux soins. On sait par d'autres études qu'un tiers d'entre elles avaient déjà subi des maltraitances émotionnelles, physiques et/ou sexuelles dans l'enfance. Cette étude cherche à comprendre les autres facteurs. Résultats: les "nouvelles victimes" (qui n'avaient pas subi de maltraitance dans l'enfance) ont plus souvent un niveau d'éducation supérieur; parmi les femmes "re-victimisées" (ayant subi des maltraitances dans l'enfance), elles sont beaucoup plus nombreuses à s'auto-évaluer dans un mauvais état de santé.

## **Résumé**

Contexte: Dans une étude précédente, conduite à l'aide du questionnaire NorVold Abuse questionnaire [ou NordAQ], nous avons mis en évidence que parmi les patientes confrontées, à l'âge adulte, à la maltraitance liée aux soins, un tiers avaient un historique de maltraitance émotionnelle, physique et/ou sexuelle dans leur enfance ("revictimisées"). Cependant la majorité des victimes de maltraitance liée aux soins sont des "nouvelles victimes", sans historique. Il pourrait donc y avoir d'autres facteurs associés aux maltraitances liées aux soins à l'âge adulte. L'objet de cette étude est de cartographier la prévalence des maltraitances liées aux soins et des variables associées parmi les patientes nouvelles victimes et "revictimisées".

Méthodes: Questionnaire transversal (cross-sectional) dans 5 établissements gynécologiques dans des pays Scandinaves. Les associations entre maltraitance liée aux soins à l'âge adulte et d'autres variables ont été testées dans un modèle multivarié, dans 4 groupes de femmes: EPSA (historique de maltraitance émotionnelle, physique et/ou sexuelle), EPSA dans l'enfance, EPSA dans l'enfance ET à l'âge adulte, pas d'EPSA

Résultats: le taux de réponse a été de 77% (n=3641). La prévalence des maltraitances liées aux soins à n'importe quelle période de la vie est de 13-28%. Niveau d'étude supérieur, plaintes physiques, symptôme de stress post-traumatique, problèmes de sommeil sont associés à la maltraitance liée aux soins à l'âge adulte chez les femmes sans EPSA (nouvelles victimes). Un état de santé auto-évalué comme faible est fortement associé à la maltraitance liée aux soins à l'âge adulte, dans les 3 groupes de femmes avec historique de maltraitance

Conclusion: Les patientes en gynécologie dans les pays scandinaves rapportent des maltraitances liées aux soins, mais ce phénomène n'est pas correctement exploré ni compris. Les facteurs associés aux maltraitances liées aux soins sont un haut niveau d'étude et un mauvais état de santé auto-évalué.

Liens : <http://afar.info/id=2663> | <http://dx.doi.org/10.1080/00016340601185368>

**2006. Female patients report on health care staff's disobedience of ethical principles - Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica - Vol. 85, 7 - ISBN: 0001-6349 - p.830-836**

*Swahnberg, Katarina; Wijma, Barbro; Liss, Per-Erik*

---

### **Commentaire**

Pays scandinaves. L'objectif est de mesurer la proportion de femmes qui ont été confrontées à des manquements éthiques de la part des soignants, et de comprendre si elles en ont eu consciences.

Pour cela, utilisation d'un questionnaire "ViolEP"

Sur ViolEP [les informations proviennent d'autres publications]: questionnaire comporte 23 ou 30 scenarios qui présentent des situations de soins. Les questions posées pour chaque scénario sont: (réponse oui/non)

- Avez vous déjà eu l'expérience de cela dans le système de santé suédois
- Aviez-vous perçu cela comme un abus?
- Aviez-vous eu l'impression que ce qui arrivait n'était pas normal?
- Avez-vous parlé de cet événement avec les professionnels de santé, vous en êtes-vous plaint, ou tout autre moyen pour faire part de ce qui s'était passé?

Résultats: 73% des femmes ont vécu des violations éthiques, 68% d'entre elles les ont perçues comme une violation.

### **Résumé**

Patientes et manquements aux principes éthiques des personnels soignants

Contexte: Des études ont précédemment mis en évidence une prévalence forte des maltraitances liées aux soins (abuse in health care: AHC). Notre hypothèse est que les patients se sentent facilement maltraités lorsque les personnels ne suivent pas les principes éthiques en vigueur.

Nous avons donc développé le questionnaire ViolEP (violation of ethical principles questionnaire) qui comporte 30 exemples de situations de soins dans lesquels quatre principes éthiques sont enfreints (autonomie, non-malfaisance, justice, intégrité).

Les personnes interrogées doivent indiquer si elles ont ou non vécu chacune de ces situations, et si elles les ont vécu ces événements comme des violations.

Questions de recherche:

1. Quelle proportion de patientes (femmes) ont été exposées à des situations où les soignants enfreignent les principes éthiques des soins?
2. Dans quelle mesure ont-elles perçu ces événements comme des violations?
3. Ces perceptions de violation des principes éthiques sont-elles en rapport avec l'expérience des maltraitements liés aux soins?

Méthode: Notre échantillon est constitué de 661 patientes consécutives dans le département d'obstétrique et gynécologie de Linköping en Suède. Elles ont répondu aux questionnaires ViolEP et NorVold chez elles, et l'ont renvoyé par voie postale.

Résultats: 420/661 (64%) des femmes ont renvoyé le questionnaire ViolEP et 426/661 (64%) le NorAQ. La majorité (73%, 306/420) a été confrontée à des violations des principes éthiques de la part des soignants. Plus d'une femme sur deux a perçu ces événements comme des violations (68%) (209/306). La prévalence des maltraitements liés aux soins était de 23%. ViolEP a une bonne sensibilité mais une faible spécificité lorsque les maltraitements liés aux soins sont considérées en utilisant NorAQ comme référence.

Conclusion: La majorité des patientes a été confrontée à des manquements aux principes éthiques standard de la part du personnel soignant. Ces événements ne sont pas toujours ressentis comme des violations. Des travaux sont nécessaires pour comprendre les raisons de ce décalage.

Liens : <http://afar.info/id=2654> | <http://dx.doi.org/10.1080/00016340500442613>

**2003. The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women - European Journal of Public Health - Vol. 13, 4 - ISBN: 1101-1262 - p.361-366**

*Swahnberg, I. M. Katarina; Wijma, Barbro*

---

## Commentaire

Validation d'un questionnaire de 13 questions, destiné à étudier les maltraitements liés aux soins, le NorVold abuse questionnaire (NorAQ). Conclusion: bonne validité et fiabilité.

Cette publication provient de la thèse de K.Swahnberg (2003) "Prevalence of gender violence : studies of four kinds of abuse in five Nordic countries" - <http://afar.info/id=2662>

## Résumé

BACKGROUND: In the literature about abuse, large variations in prevalence rates exist. Validated research instruments are scarce and are needed urgently. Our aim was to validate the 13 questions concerning the experiences of abuse among women in the NorVold Abuse Questionnaire against an interview and two validated questionnaires.

**METHOD:** Data collection was in two parts. i) The NorVold Abuse Questionnaire was sent to a random sample of 2000 women in Östergötland. ii) A subsample of 64 women was interviewed, and filled in the Conflict Tactic Scale, the Sexual Abuse Questionnaire, and the NorVold Abuse Questionnaire for a second time. The interview had open questions about abuse and was considered our gold standard.

**RESULTS:** The response rate was 61%. The abuse variables in The NorVold Abuse Questionnaire showed good test-retest reliability (84-95%). Specificity was 98% for all kinds of abuse except physical (85%). Sensitivity ranged from 75% (emotional) to 96% (physical). The likelihood ratio ranged from 38 to 43 for all kinds of abuse except physical (likelihood ratio 6). NorAQ performed better against the interview than against the Sexual Abuse Questionnaire and equally against the Conflict Tactic Scale. High lifetime prevalence rates of abuse were found: emotional 21.4%; physical 36.4%; sexual 16.9%; abuse in the health care 15.6%. Prevalence rates of abuse dropped considerably when a criterion of current suffering was added.

**CONCLUSION:** The abuse variables in NorAQ have good reliability and validity.

Liens : <http://afar.info/id=2667> |

### 2003. Prevalence of gender violence : studies of four kinds of abuse in five Nordic countries -

*Swahnberg, Katarina*

---

#### Commentaire

Thèse de 2003. Non disponible en texte intégral. L'auteur a ensuite publié de nombreux articles sur les maltraitances liées aux soins, notamment envers les femmes.

Premier objectif: valider le questionnaire "NorAQ" sur la maltraitance émotionnelle, physique, sexuelle ainsi que la maltraitance liée aux soins. Le questionnaire composé de 13 questions. S'adresse à des femmes.

Exemples de questions: "avez-vous vécu dans la peur du fait d'une personne faisant peser une menace sur vous ou un de vos proches" ? (maltraitance émotionnelle, forte) ou "Avez vous été confronté à une personne vous frappant, vous giflant ou vous immobilisant contre votre volonté?" (maltraitance physique) ou: "vous êtes-vous déjà senti offensé ou gravement dégradé ("grossly degraded") au cours d'une visite dans un service de santé, ressenti être soumis à du chantage ou un manque de respect pour votre opinion, au point que vous ayez été ensuite perturbé ou en ayez souffert? (maltraitance lié au soins, légère).

Second objectif: mesurer les taux dans des pays scandinaves. Principal enseignement: les femmes qui ont subi des maltraitances liées au soins ont plus subi de maltraitances émotionnelles, physiques ou sexuelles dans l'enfance, comparées aux autres; mais deux tiers des femmes qui rapportent des maltraitances liées aux soins n'ont pas ce type d'antécédents.

#### Résumé

Prévalence de la violence de genre: étude sur 4 types de violences dans 5 pays scandinaves

## Contexte

Les violences contre les femmes causent des souffrances individuelles et sont un important problème de santé publique. Les objectifs des études présentées sont: 1) de valider le questionnaire "NorVold Abuse Questionnaire" (NorAQ) auprès d'un échantillon aléatoire de population (randomised population sample). 2) d'estimer la prévalence des maltraitances émotionnelles, physiques et sexuelles, et des maltraitances liées aux soins (abuse in the healthcare system) à l'aide de ce questionnaire NorAQ dans 7 échantillons de population "gynécologie" des pays scandinaves et un échantillon de population en Suède.

## Méthode

Dans l'étude sur la validation du questionnaire NorAQ, les données ont été collectées en deux temps 1) NorAQ a été envoyé à un échantillon de 1923 femmes d'une région suédoise (l'Östergötland) 2) Un sous-échantillon de 64 femmes ont à nouveau rempli le questionnaire NorAQ, et ont été conviées à un entretien. L'entretien comportait des questions ouvertes sur les maltraitances, et était considéré comme le "gold standard". [cela veut-il dire que c'est cet entretien qui faisait foi, par comparaison au questionnaire?]

Dans l'étude de prévalence, le questionnaire NorAQ a été envoyé à 6729 femmes fréquentant 7 départements de gynécologie au Danemark, Finlande, Islande, Norvège et Suède. Les mesures principales de résultat étaient la prévalence des maltraitances émotionnelles, physiques et sexuelles, et des maltraitances liées aux soins, le fait de souffrir ou non de la maltraitance au moment de l'enquête, et le fait d'avoir indiqué ou non des antécédents de maltraitance au gynécologue.

## Résultats

Les 13 questions qui composent NorAQ sur les expériences de maltraitance ont une bonne validité et une bonne fiabilité. Le taux de réponse était de 67-85% dans les établissements de soin et 61% dans l'échantillon suédois. Les participants n'ont généralement pas eu de sentiment de malaise en répondant au questionnaire.

Des différences ont été trouvées concernant la prévalence des 4 types de maltraitances telles que définies par le questionnaire NorAQ, selon le pays: maltraitance émotionnelle 19-37%; physique 38-66%; abus sexuel 17-33%; liées aux soins 13-28%. En Suède, les prévalences dans les échantillons cliniques et généraux sont: maltraitance émotionnelle 17-21 %; physique 32-38%; sexuelle 16-17%; liées aux soins 14-20%.

Il n'y a de façon générale pas de différence de taux de prévalence entre les 4 échantillons suédois, sauf en ce qui concerne les maltraitances dans le système de soins. Ces dernières sont plus fréquemment rapportées dans l'échantillon clinique de Linköping que dans l'échantillon de population de la région Östergötland.

Toutes les femmes qui rapportent des maltraitances n'en souffrent pas au moment de l'enquête. Une nouvelle approche permet d'estimer la prévalence des maltraitances qui sont causes de souffrances persistantes.

Le fait d'avoir vécu des expériences de maltraitances émotionnelles, physiques et/ou sexuelles pendant l'enfance était associé avec des expériences de maltraitances liées aux soins à l'âge adulte. Pour autant, les deux tiers des femmes qui ont vécu des maltraitances liées aux soins à l'âge adulte n'ont pas d'antécédent de maltraitance. La plupart des femmes n'avait pas parlé à leur gynécologue de leur vécu de maltraitance au moment de leur visite la plus récente.

## Conclusion

Les questions sur la maltraitance du questionnaire NorAQ ont une bonne validité et une bonne fiabilité. Nous avons trouvé une prévalence élevée des quatre types de maltraitance. Les estimations de prévalence sont très sensibles aux problèmes méthodologiques et doivent être considérées en relation avec une définition donnée de la maltraitance.

La prévalence de maltraitements causant des souffrances persistantes est considérablement plus basse que les taux d'occurrence de toutes les formes de maltraitance. De façon générale, les femmes n'ont pas évoqué leur historique de maltraitance avec les gynécologues à leur dernière visite.

Les maltraitements émotionnelles, physiques et/ou sexuelles pendant l'enfance sont associées avec des maltraitements à l'âge adulte dans le système de soins. Cependant, dans la majorité des cas, les sujets n'ont pas été victimes de maltraitance pendant l'enfance. Ces deux résultats doivent attirer l'attention et faire l'objet de recherches.

Liens : <http://afar.info/id=2662> | <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-26670>

## 2. Violence obstétricale, apport des sciences humaines et des militantismes



*Publications abordant la violence obstétricale en lien avec le pouvoir médical et la sur-médicalisation. Ces travaux sont issus des sciences humaines (anthropologie, ethnographie, épistémologie) et de la réflexion et expérience militante autour de la naissance.*

**2015. Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices: Obstetrics in a Time of Violence - Medical Anthropology Quarterly - ISBN: 07455194 - p.n/a-n/a**

*Zacher Dixon, Lydia*

---

### Commentaire

Etude ethnographique qui montre le déplacement du discours des sages-femmes d'une critique de la (sur)médicalisation à une critique de la violence obstétricale (Mexique).

### Résumé

Les sages-femmes mexicaines participent depuis longtemps au mouvement général de promotion de "l'humanisation de la naissance" en Amérique Latine, comme alternative aux interventions médicalisées en hôpital. Les sages-femmes regagnant de l'autorité sur la santé reproductive en travaillant à l'intérieur des hôpitaux, elles se rendent compte que le problème ne réside pas tant dans la médicalisation que dans la violence et dans les violations des droits. Cette recherche s'appuie sur un travail de terrain ethnographique avec des sages-femmes mexicaines, dans un contexte de violence sociale endémique. Il examine l'émergence d'une critique de l'accouchement en hôpital en tant que lieu d'exercice de violence obstétricale. Dans cette critique, les femmes sont considérées comme des victimes de maltraitements directs de la part du personnel hospitalier, et de façon plus générale de la part de l'infrastructure de soins. Ces sages-femmes recentrent la question des pratiques obstétricales sur la violence, et non plus sur la médicalisation, ce qui permet d'intégrer leurs inquiétudes à des discussions régionales plus larges sur la violence, le genre et les inégalités.

Liens : <http://afar.info/id=2614> | <http://dx.doi.org/10.1111/maq.12174>

## **Commentaire**

Domaine de la philosophie. L'auteur part de son propre accouchement, en Israël. Le point de vue qu'elle défend est que la violence pendant l'accouchement est de nature différente des violences médicales, car il s'agit en plus d'une violence de genre.

Il y a des études sur des pratiques invasives, sans intérêt médical démontré, appliquées sur des femmes en travail, sans leur consentement explicite et parfois malgré leur refus. Ces études montrent une relation claire avec le syndrome de stress post- traumatique: études répertoriées par Fernández, I. O. (2013) [PTSD and obstetric violence. *Midwifery Today*, 105, 49–68]. Analyse philosophique de la violence obstétricale: décrit l'accouchement médicalisé comme contenant un élément implicite de “metaphysical violence”, qui ébranle le sentiment de soi, etc. même si la violence n'est pas ressentie par la femme (Allison Wolf).

Mais, selon l'auteur, ces analyses ignorent la question du genre. Au Vénézuéla, la loi qui reconnaît la violence obstétricale fait partie des lois organiques sur le droit des femmes à une vie sans violence; sa définition suggère qu'il s'agit de violence de genre. De même, les termes utilisés par les femmes pour décrire leur vécu de la violence obstétricale: “birth rape” (viol). Sur “birth rape”, revue de littérature, notamment pour les accouchements très médicalisés. Raconte le cas de Kelly, rapporté sur le site de l'organisation Human Rights in Childbirth : USA, épisiotomie forcée, dénigrement, la femme avait auparavant subi des viols.

## **Résumé**

La violence obstétricale a été analysée sous divers angles. Ses effets psychologiques ont été évalués. Des études sociologiques et anthropologiques récentes sont disponibles sur le sujet. Je propose dans cet article une analyse philosophique de la violence obstétricale, avec un accent particulier sur la manière dont cette violence est vécue et ressentie (“lived and experienced”) par les femmes, et sur les raisons pour lesquelles elle est souvent décrite non seulement en tant que violence au sens général du terme mais aussi comme violence de genre: violence exercée contre les femmes parce que ce sont des femmes. A cette fin, la phénoménologie féministe m'apparaît le cadre d'analyse le plus utile pour expliquer et rendre compte des sentiments vécus et décrits par de nombreuses victimes de cette violence, parmi lesquels: sentiment physique d'oppression, dévalorisation de soi, infantilisation physique et émotionnelle. Je crois que les perspectives de la phénoménologie féministe sont cruciales pour expliquer comment et pourquoi ce phénomène est de nature différente des autres types de violence médicale, d’“objectification” et de réification. La description que fait Iris Marion Young de l'existence des femmes dans un système patriarcal, placée en permanence sous le signe d'un « je ne peux pas » opprimant, est au centre de mon analyse. Je défends l'idée que le corps en travail [de l'accouchement] est au moins potentiellement perçu comme antithétique du mythe de la féminité, sapant le modèle patriarcal de comportement corporel féminin et, de ce fait menaçant le pouvoir hégémonique. La violence, dès lors, apparaît nécessaire à la domestication de ces corps, pour leur rendre leur “féminité”.

Liens : <http://afar.info/id=2693> | <http://dx.doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>

## **Commentaire**

Mémoire de master Espagne-Pays Bas. Cherche à répondre à la question: Pourquoi, et comment les militants de la naissance utilisent maintenant le terme/concept de "violence obstétricale" et qu'est-ce que ça peut leur apporter au niveau stratégique? en prenant appui sur l'exemple de l'Espagne.

Le chapitre 2 présente le cadre théorique : étude des genres, etc. Le chapitre 3 détaille les législations récentes d'Amérique latine.

Le chapitre 4 présente le cas de l'Espagne. Notamment interview de l'associations El Parto es nuestro (fondée en 2004) et la Révolution des roses (2011). A lire: l'histoire des mouvements pour la santé des femmes et du militantisme naissance, en Espagne (mais en lien avec le monde). Les grandes questions des associations militantes: sur-médicalisation, pas de changement de pratiques malgré l'existence de recommandations, non application du droit au consentement libre et éclairé.

Les associations étudiées utilisent le concept de "violence obstétricale" dans leurs messages, mais une seule (La révolution des roses) le mentionne dans ses objectifs. Elles sont partagées sur l'idée d'introduire la notion en droit, comme cela a été fait en Amérique Latine; et en tout état de cause ce n'est pas leur priorité.

## **Résumé**

Violences obstétricales: médicalisation, abus de pouvoir et sexisme dans le système obstétrical espagnol. Un nouveau nom pour des questions anciennes?

En Espagne : le concept de violence obstétricale est récent, ainsi que sa diffusion. Des textes de loi en Amérique Latine (Vénézuëla 2007, Mexique 2007-2014, Argentine 2009). Militants et scientifiques définissent la violence obstétricale : type de violence genrée ("gender-based violence") exercée par des professionnels de santé ("healthcare personnel") sur les femmes et les fœtus/enfants pendant la grossesse et la naissance.

Elle se traduit par des formes de traitement déshumanisé, par la médicalisation et la pathologisation des processus reproductifs des femmes à travers l'appropriation de leurs corps, de leurs capacités reproductives et de leur sexualité.

Parmi les pratiques dénoncées: non information sur les procédures appliquées pendant l'accouchement, humiliations, comportement non respectueux, taux excessifs de césariennes, pratiques médicales pratiquées en routine sans preuve de leurs bénéfices (lavement, épisiotomie, sédatifs, position sur le dos imposée; ou pratique dont la nocivité est démontrée comme la manoeuvre de Kristeller).

La dénonciation des violences obstétricales va généralement de pair avec celle de la médicalisation de l'accouchement, l'autoritarisme médical, des attitudes sexistes dans le système de soins.

En quoi le concept de violence obstétricale peut attirer l'attention sur les pratiques patriarcales, médicalisantes et autoritaires qui ont cours en obstétrique ? Ce travail s'intéresse au cas de l'Espagne, où des mouvements sur la naissance respectée commencent à utiliser ce concept.

La recherche prend appui sur les critiques bio-politiques et féministes du système de santé, questions posées par les mouvements sur la santé des femmes, la défense des droits sexuels et reproductifs dans les pays occidentaux et en particulier de l'Espagne

Liens : <http://afar.info/id=2644> | <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/298064>

**2013. Bientraitance, bienveillance et maltraitance à la maternité - Revue de médecine périnatale - Vol. 5, 2 - ISBN: 1965-0833, 1965-0841 - p.120-124**

*Bernard-Chatelain, C.*

---

**Commentaire**

Analyse issue de l'expérience de l'association Maman Blues, qui soutient les parents rencontrant des difficultés psychologiques autour de la naissance.

Témoignages qui mettent en évidence l'effet délétère de certains comportements des soignants tels que: gestes invasifs sans information/consentement, peu de considération de la douleur, avis divergents de l'équipe de puériculture ou réponses des soignants fondées sur leur expérience et avis personnels (allaitement). Impact sur le vécu maternel avec éventuellement des conséquences à long terme.

Liens : <http://afar.info/id=2674> | <http://dx.doi.org/10.1007/s12611-013-0243-7>

**2013. Déconstruire l'accouchement. Épistémologie de la naissance : entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale**

*St-Amant, Stéphanie*

---

**Résumé**

L'histoire des femmes et les études féministes ont exposé le traitement du corps féminin par la médecine, la pathologisation de l'ensemble du système reproducteur de la femme et, par extension, de l'être des personnes identifiées au sexe féminin. Elles ont aussi démontré le contrôle social exercé sur les femmes justifié par la volonté de surveillance de leurs fonctions procréatrices et de leur sexualité.

La médicalisation de l'accouchement a bien été reconnue comme l'une des modalités de ce contrôle. C'est d'abord la mise en doute de l'assertion de la médicalisation de l'accouchement comme mal nécessaire qui a constitué le point d'interrogation à l'origine de cette thèse.

Afin de nourrir l'hypothèse, une colligation de données de sources hétérogènes fut entreprise, à la fois à l'échelle historique et au plan disciplinaire, pour constituer une toile sur laquelle pourrait apparaître la nature construite de la dangerosité de la naissance et du bien-fondé de la médicalisation de la maternité, ainsi que les fondements sociopolitiques et rhétoriques de cette construction.

Ainsi a-t-on constaté que le langage resserre sur le corps maternel, un cran de plus à chaque décennie, le stigmate mortifère de sa défaillance et de sa dangerosité en même temps qu'il renforce la perspective antinomique des intérêts de la mère et ceux de l'enfant « à naître ».

Le corpus général de cette étude sémiotique provient, d'une part, du discours social sur l'enfantement et la périnatalité, de la Renaissance à nos jours, et, d'autre part, d'un corpus délimité (données secondaires) provenant de récits d'accouchements ayant eu lieu au Québec entre 1990 et 2004, ainsi que d'entrevues et d'observations issues de deux études québécoises publiées au milieu des années 2000.

Après avoir posé les concepts sémiotiques et les principales théorisations qui ont influencé l'orientation de la recherche, la thèse propose une déconstruction de l'accouchement articulée en quatre axes principaux.

Dans un premier temps, elle décortique le paradigme qui domine aujourd'hui tous les modèles de représentations et de narration de la naissance, celui du risque et de la dangerosité, et propose les avenues de la confrontation et du renversement de ce paradigme. La perspective mortifère de la naissance obéit à diverses modalités de la production des faits scientifiques, et ces modalités y sont examinées.

Ensuite, à l'issue d'un parcours de l'histoire de l'obstétrique et de la critique de la discipline depuis le 17<sup>e</sup> siècle sont exposés les moments charnières de la pathologisation et de la performativité obstétricale du corps féminin. Les modes d'opération de l'agir médical comme performance de l'accouchement tels qu'ils se généralisent, s'appesantissent et se ramifient depuis les dernières décennies sont décryptés.

Au final, on arrive au constat que la construction performative du corps des femmes est parvenue à l'invalider pour s'y substituer en tant que condition de réalisation et de possibilité de la naissance.

Par la suite, le projet propose une exploration d'expériences contemporaines de l'accouchement, afin de saisir comment la performativité obstétricale est vécue, exprimée, observée et traduite – littéralement – par les femmes à travers les récits d'enfantement livrés au tournant du troisième millénaire, plus particulièrement au Québec.

Enfin sont décrites les étapes de la construction du modèle sacrificiel de l'enfantement, et de l'accréditation de ce modèle qui, en s'en prenant à son sexe et à sa sexualité, excise la maternité charnelle d'une de ses dimensions signifiantes et met en acte un sacrifice symbolique qui a des effets bien réels et durables, physiques et psychiques, sur les femmes elles-mêmes. Ce dernier axe de l'investigation rend compte de ce qui est sacrifié par le traitement gynécoobstétrical de l'enfantement, et laisse entrevoir à quoi peuvent ressembler les formes de l'expérience dont plusieurs femmes se disent dépossédées et dont elles réclament la reconquête.

Cette thèse constitue le prolongement d'une réflexion commencée au Québec il y a une trentaine d'années sur l'humanisation de la naissance, réflexion menée parallèlement dans plusieurs régions du monde. Elle offre une compréhension de la construction de l'obstétrique-gynécologie depuis ses origines et expose l'évolution de cette construction.

Elle se termine sur un cri d'alarme quant au devenir de la mise au monde, à l'heure où dans certains pays les césariennes constituent l'issue de plus de la moitié des grossesses annuellement : le sujet féminin de la génération a-t-il été définitivement sacrifié sur l'autel de la maternité? Se dirige-t-on, dans un avenir proche, vers une ère où la reproduction se réalisera entièrement hors du corps des femmes? Y a-t-il un avenir pour l'enfantement au-delà de l'accouchement technomédical?

Mots-clés : accouchement – naissance – sexualité – expérience – récit – narration – discours – féminisme – corps féminin – sémiotique – épistémologie – pratiques – obstétrique – gynécologie – médicalisation – performativité – risque – violence – sacrifice

Liens : <http://afar.info/id=2610> | [https://www.academia.edu/5700272/Th%C3%A8se\\_de\\_doctorat\\_D%C3%89CONSTRUIRE\\_L\\_ACCOUCHEMENT\\_%C3%89PIST%](https://www.academia.edu/5700272/Th%C3%A8se_de_doctorat_D%C3%89CONSTRUIRE_L_ACCOUCHEMENT_%C3%89PIST%89)

**2013. PTSD and obstetric violence - Midwifery Today with International Midwife - N°105 - ISBN: 1551-8892 - p.48-49, 68**

*Olza Fernández, Ibone*

---

## **Commentaire**

Stress post-traumatique et violence obstétricale

Revue de littérature sur la prévalence des accouchements traumatiques et de l'état de stress post-traumatique; constat que seuls les militants parlent de maltraitance.

Pour l'auteur, l'utilisation du terme "obstetric violence" est nécessaire car il est facile à comprendre et permet aux femmes de parler de leurs accouchements traumatiques. Une des causes de la violence obstétricale est la médicalisation qui produit des complications, ce qui place les professionnels dans une spirale de médicalisation défensive. Elle évoque également le burn-out des professionnels de santé, lui-même générateurs de soins déshumanisés.

## **Résumé**

(conclusion de l'article ). Il faut engager le dialogue autour de la violence obstétricale pour y mettre fin. Pour cela, il faut comprendre les liens étroits entre le stress-post traumatique/ les traumatismes après l'accouchement, les soins maltraitants, et les conditions qui génèrent ce type de soins; ainsi que les souffrances émotionnelles cachées des soignants.

Le modèle de soins "midwifery-led" peut améliorer la continuité des soins et faciliter la participation active de la femme à son accouchement. Un dialogue permanent entre les groupes d'usagers et les professionnels de santé est nécessaire pour endiguer la violence obstétricale.

Liens : <http://afar.info/id=2699> | <https://iboneolza.wordpress.com/2013/04/15/las-secuelas-de-la-violencia-obstetrica> [version en espagnol]

**2013. Metaphysical Violence and Medicalized Childbirth - International Journal of Applied Philosophy - Vol. 27, 1 - p.101-111**

*Wolf, Allison B.*

---

**Commentaire**

Philosophie. Dans cet article, l'accouchement médicalisé est un accouchement au cours duquel on applique des protocoles de routine, notamment: le fait que ce sont les soignants qui déclarent que le travail a commencé, les blouses de l'hôpital, les touchers vaginaux, le monitoring foetal continu, la péridurale par défaut.

L'auteur introduit la violence métaphysique comme une forme de violence "directed at the very being and self of the victim" (l'être et le soi?), et qui peut être visible ("subjective"), lorsqu'elle constitue une déviation de la normalité; ou camouflée ("objective") lorsqu'elle semble normale, est inhérente au système.

L'article ne remet pas en cause le bien fondé de la médicalisation en routine de l'accouchement et n'évoque pas la possibilité de diminuer cette violence : l'accouchement médical fonctionne comme prévu, violence comprise. La reconnaissance de la violence métaphysique permet d'aider les femmes que cette violence traumatise.

**Résumé**

Les relations entre l'accouchement médicalisé et la violence ont été soulignées par les féministes. Par exemple, la littérature abonde de cas de césariennes ordonnées par la justice, d'intimidation en salle de naissance, de femmes souffrant de stress-post traumatique lié à leur accouchement. L'approche la plus commune du sujet est d'évaluer dans quelle mesure ces accusations sont exactes. Dans cet article, l'auteure propose une autre approche. Au lieu de tenter de confirmer ou réfuter les descriptions de violence à l'accouchement, elle pose que pour comprendre de quelle façon la violence est liée à l'accouchement médicalisé, il faut d'abord repérer l'existence d'une autre forme de violence qui n'a pas été reconnue ou discutée jusqu'à ce jour: la violence métaphysique. Le premier but de cet article est de définir cette autre forme de violence, et de suggérer des endroits dans lesquels les pratiques de routine de la naissance médicalisée la perpétue et des possibilités de s'y opposer.

Liens : <http://afar.info/id=2697> | <http://dx.doi.org/10.5840/ijap20132719>

## 2011. Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica -

*Magnone Alemán, Natalia*

---

### Commentaire

Uruguay. Mémoire de sociologie. Enquête auprès de professionnels de santé et de femmes sur la qualité des soins à l'accouchement. Angles: pratiques invasives (épisiotomie, césarienne); contrôle de la grossesse regardé sous l'angle des droits; la violence

### Résumé

L'article s'intéresse à une forme spécifique de violence contre les femmes, qui s'exerce dans le champ de la santé reproductive: la violence obstétricale. Nous la concevons comme l'intersection des violences structurelles de genre, et des violences institutionnelles dans le domaine de la santé. C'est une forme de violation des droits sexuels et reproductifs qui est restée jusqu'à maintenant peu visible et peu étudiée dans la société uruguayenne. Nous présentons les résultats d'une enquête qualitative réalisée en 2009-2010, dans laquelle nous avons réalisé à Montevideo des entretiens, avec aussi bien avec des professionnels de santé qu'avec des femmes après leur accouchement, sur la qualité des soins autour de l'accouchement. L'enquête a été réalisée dans le cadre d'une thèse de maîtrise de sociologie. Les principaux aspects analysés sont: l'abus de pratiques invasives telles que l'épisiotomie et la césarienne; le type de contrôle de la grossesse regardé sous l'angle des droits; la violence obstétricale physique et psychologique; et l'injonction à la médicalisation du corps de la femme dans nos sociétés. (travail présenté aux Xèmes journées de recherche de la faculté des sciences sociales, UdelaR, Montevideo, 13-14 septembre 2011)

Liens : <http://afar.info/id=2691> | <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Magnone.pdf>

## 2010. Cruelty in Maternity Wards: Fifty Years Later - The Journal of Perinatal Education - Vol. 19, 3 - ISBN: 1058-1243 - p.33-42

*Goer, Henci*

---

### Commentaire

Article de Henci Goer qui dénonce la persistance des mauvais traitements en maternité, 50 ans après un article choc du même titre "cruelty in maternity wards". Elle décrit le parallèle avec les violences domestiques, décrit des types de violence, les violences spécifiques à l'accouchement, les conséquences pour les victimes et analyse les obstacles à l'évolution.

## Résumé

### Cruauté à la maternité

Voilà 50 ans éclatait le scandale du traitement inhumain lors des accouchements dans les hôpitaux des Etats-Unis. Pourtant, des témoignages directs et indirects continuent de faire état de violences physiques et verbales sur des femmes lors de leurs accouchements, et même de traitements qui dans un autre contexte seraient qualifiés d'agressions sexuelles. Les femmes se voient souvent refuser le droit de prendre des décisions informées sur les soins. Elles peuvent être punies pour avoir revendiqué leur droit au refus. Les mauvais traitements ne sont pas exceptionnels et leur persistance résulte de facteurs inhérents à la culture sociale hospitalière. Une action concertée de la part de toutes les parties prenantes est nécessaire à une réforme systémique.

Liens : <http://afar.info/id=2635> | <http://dx.doi.org/10.1624/105812410X514413>

**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*

---

## Commentaire

Court article dans British Journal of Midwifery. L'auteur explique que les femmes qui lui racontent leurs accouchements traumatiques utilisent le même vocabulaire que les victimes de viol: dégoût de soi, culpabilité d'avoir été la cause, hantées par des images... Elles font aussi face au paradoxe qu'il s'agit d'un viol institutionnalisé et qu'on attend d'elles des remerciements. Elle décrit les états de stress post-traumatique (flashback, ...) ainsi que la manière dont cela affecte les relations des femmes avec leur compagnon, leur bébé. Les taux d'état de stress post-traumatiques sont selon elle sous-estimés (1/20) car les femmes n'osent en parler, ayant le sentiment que ce n'est pas justifié; ou parce qu'on les diagnostique et traite comme une dépression.

Pour S.Kitzinger, il faudrait tenir compte de la recherche sur l'inefficacité des interventions de routine, une femme-une sage-femme, le choix informé et le choix du lieu d'accouchement.

## Résumé

Les femmes victimes d'accouchements traumatiques utilisent les mêmes mots que les victimes de viol. Sheila Kitzinger décrit les états de stress post traumatique après l'accouchement et leurs effets sur les femmes.

Liens : <http://afar.info/id=2698> | <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2006.14.9.21799>

## Commentaire

Article du numéro de juin 2003 des Dossiers de l'obstétrique. Dans le même numéro, article de F.Dauphin sur les mythes de l'accouchement.

« ce ne sont pas forcément des formes violences intentionnelles ou volontaires, mais il peut arriver qu'elles le soient »

Constat que la violence pendant l'accouchement ne fait l'objet d'aucune étude. L'auteur a réalisé une étude de cas pour répondre aux questions: "comment traite-t-on les femmes qui accouchent au Québec" et "est-ce qu'on pourrait regarder les pratiques obstétricales sous l'angle de la violence"? Elle a assisté à l'accouchement de 15 femmes, puis réalisé une trentaine d'entretiens avec les femmes, les accompagnements, les professionnels concernés.

L'auteur propose comme définition de la violence obstétricale (révisable suite à l'analyse): "forme de violence systémique ou institutionnelle, consiste en une intervention ou son absence par laquelle un ou une professionnelle de l'obstétrique cherche à contrôler la femme en train d'accoucher en utilisant des moyens de différents ordres par exemple physique: la force, la contrainte, ou des dimensions psychologiques: la menace de force, l'intimidation, le dénigrement, l'hostilité, ou un geste posé sans son consentement libre et éclairé et explicite".

Dans l'article elle détaille trois cas dans lesquels elle dégage différents types de violences: thérapeutiques, systémiques, psychologiques. Exemple: une femme dont on rompt la poche des eaux sans raison (violence thérapeutique), s'ensuit une forte envie de pousser, ce que l'infirmière lui interdit (violence systémique car "interdire de pousser" semble quelque chose de normal); pour l'empêcher de pousser l'infirmière lui indique que "le col pourrait se déchirer et que "chaque fois que tu pousses, tu retardes les choses d'une heure". Il s'agit de manipulation, que le médecin a qualifiée pendant les entretiens de "terrorisme médical".

Liens : <http://afar.info/id=2652> |

**2001. Plaidoyer pour une bientraitance obstétricale: de la « sécurité » au « bien-être » - Journal de pédiatrie et de puériculture - Vol. 14, 6 - ISBN: 0987-7983 - p.341-346**

*Cesbron, P.*

---

**Commentaire**

Approche particulière de la violence en obstétrique. L'auteur l'envisage sous l'angle de la violence qui semble inhérente à la mission de l'obstétrique: surveillances/ dépistages qui s'apparentent à une suspicion, gestes qui sauvent les vies mais qui sont violents (extractions), obstétriciens spécialistes de la pathologie et non de l'accompagnement des grossesses.

**Résumé**

Se peut-il que nos gestes attendus pour prévenir, guérir et en toutes circonstances soulager, apaiser se transforment en leurs contraires ? Aux souffrances d'une mère, d'un couple, en proie au doute ou à la crainte du malheur, les professionnels de la naissance peuvent-ils ajouter une "maltraitance" ? L'observation de nos consultations, des plus simples aux plus spécialisées, incite à l'interrogation. Incompréhension, défiance, hostilité parfois, s'infiltrant insidieusement dans les lieux d'accueil du nouveau-né et de ses parents. L'impuissance, nécessairement teintée de fatalisme, face aux drames d'hier, fait place aujourd'hui au triomphalisme, père de la suffisance et inclinant peu au respect de l'autre. Nos prétentions normatives, ou du moins celles des sociétés auxquelles nous participons souvent activement, sans esprit critique, ne laissent que peu de place à l'ineffable et fondatrice intimité de l'enfant futur et de ses procréateurs.

Liens : <http://afar.info/id=2685> | <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=14156299>

**1992. Women's Health Matters - - ISBN: 978-1-136-11172-3 - p.220**

*Roberts, Dr Helen; Roberts, Helen*

---

**Commentaire**

Dans ce livre de 1990/1992 (selon les éditions) sur la santé des femmes.

Un chapitre signé Sheila Kitzinger: Birth and violence against women: generating hypothesis from women's accounts of unhappiness after childbirth (accouchement et violence contre les femmes: hypothèses issues des récits des femmes qui ne sont pas satisfaites de leur accouchement). Chapitre 4, page 63

Et chapitre signé Mary J. Renfrew and Rona McCandlish. With women: new steps in research in midwifery (Avec les femmes: prochaines étapes dans la recherche en "midwifery"/maieutique). Chapitre 5, page 81

## Résumé

Dans le chapitre 4 (p.63-80) intitulé Birth and violence against women : Generating hypotheses from women's accounts of unhappiness after childbirth, l'anthropologue Sheila Kitzinger compare les mots utilisés par des femmes ayant été victimes d'abus sexuels et ceux utilisés par des femmes parlant de leurs accouchements : ce sont...les mêmes. Pour la première fois depuis 1958 il est publiquement question de violence obstétricale en Amérique du Nord. (traduction : HV/AFAR)

Liens : <http://afar.info/id=2647> | <https://books.google.fr/books?id=PHa89945j3sC>

## 1992. You'll Feel Me Touching You, Sweetie: Vaginal Examinations During the Second Stage of Labor

*Bergstrom, Linda; Roberts, Joyce; Skillman, Leslie; Seidel, John*

---

## Commentaire

1992, USA, article paru dans la revue "Birth". examen de vidéos d'accouchement qui montrent que l'examen vaginal pendant la seconde phase du travail (poussée) est utilisé de façon rituelle, comme moyen de pouvoir sur les femmes, sans bénéfice médical reconnu.

## Résumé

Etude descriptive : examen de vidéos montrant des femmes et les professionnels de soins lors de la deuxième phase du travail, pour décrire la manière dont les professionnels pratiquent les examens vaginaux stériles. L'analyse des données est faite par analyse des conversations. Les résultats montrent que les examens vaginaux sont faits de façon rituelle par tous les professionnels, et la répétition du rituel révèle le pouvoir des professionnels sur les femmes.

La raison la plus fréquemment donnée pour l'examen, d'aider la femme à mieux pousser, semble spécifique à la seconde phase du travail et n'est pas décrite dans la littérature. Les auteurs proposent une meilleure utilisation de cet examen, et recommandent de le réaliser de façon moins fréquente qu'il n'est d'usage.

Liens : <http://afar.info/id=2611> | <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.1992.tb00365.x>

## 1958. Cruelty in Maternity Wards - Ladies Home Journal

### Commentaire

Article de Ladies Home Journal, magazine grand public américain. Article à valeur historique, car semble être la première dénonciation des violences obstétricales. Signalé par G.Lemay  
<http://wisewomanwayofbirth.com/>

Liens : <http://afar.info/id=2646> | <http://wisewomanwayofbirth.com/cruelty-in-maternity-wards/>

### 3. Publications médicales de portée internationale sur la violence obstétricale



Articles parus ans des revues médicales de portée internationales (PLOS medicine, Lancet, International Journal of Gynecology & Obstetrics). Le premier est paru en 2002 dans The Lancet, et s'appuyait sur des études parues sur des pays à bas et moyens revenus pour dénoncer les violences envers les femmes dans les établissements de santé. La publication la plus récente décrit l'initiative Mother-Baby Friendly Birthing facilities, qui s'inspire de l'Initiative Hôpital Ami des Bébés.

**2015. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother-baby friendly birthing facilities initiative - International Journal of Gynecology & Obstetrics - Vol. 131, Supplement 1 - ISBN: 0020-7292 -**

*Miller, Suellen; Lalonde, Andre*

---

#### Commentaire

2015, revue de la FIGO Fédération internationale de gynécologie et obstétrique. Preuves de l'existence des mauvais traitements pendant l'accouchement, stratégies d'intervention, et présentation de l'initiative MBFBF qui reprend l'initiative hôpital ami des bébés, en y ajoutant "la mère" : the Mother and Baby Friendly Birth Facility Initiative. Critères:

1. Positions libres, possibilité de boire et manger
2. Pas de discrimination (VIH, planification familiale, jeunes)
3. Intimité
4. Choix de l'accompagnant
5. "Culturally competent care"
6. Pas de maltraitance physique, verbale, émotionnelle
7. Coûts ("Affordable cost, free maternity care")
8. Pas de pratiques de routine
9. Soulagement de la douleur non-pharmacologique et pharmacologique
10. Soins peau-à-peau, allaitement

#### Résumé

L'épidémie mondiale de mauvais traitements pendant l'accouchement: histoire, preuves, interventions, et initiative "maternité amie des mamans et des bébés".

Il y a des preuves récentes que les soins de maternité non respectueux, violents, coercitifs de la part des professionnels de santé, qui résultent dans un mauvaise qualité réelle ou perçue des soins, sont indirectement associés à des résultats maternels et néonataux dégradés.

Cet article fait une revue des preuves sur les soins non respectueux, violents, coercitifs pendant l'accouchement dans les établissements de santé (=DACF), en donne des exemples, s'intéresse aux

organisations engagées dans le mouvement de soins respectueux des droits en maternité, et énumère les stratégies et interventions identifiées pour la lutte contre les DACF.

Il se conclut sur une discussion sur la stratégie récemment implémentée par la FIGO (fédération internationale de gynécologie et obstétrique) avec des partenaires mondiaux: l'association pédiatrique internationale, la confédération internationale des sages-femmes, l'Alliance du ruban blanc (White Ribbon Alliance) et l'OMS. Cette stratégie, la Mother and Baby Friendly Birth Facility (MBFBF) Initiative, est un processus d'audit avec des critères, fondé sur les droits humains et reprenant la modèle du Baby Friendly Facility Initiative (Hôpital ami des bébés) de l'OMS et l'UNICEF,

Liens : <http://afar.info/id=2682> | <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.005>

#### **2015. Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women - PLoS Med - Vol. 12, 6 - p.e1001849**

*Jewkes, Rachel; Penn-Kekana, Loveday*

---

#### **Commentaire**

Court article dans Plos Medecine qui référence notamment la méta-analyse de Bohren de 2015 et le commentaire 'disrespect and abuse' dans le Lancet 2014. Les auteurs situent résolument les violences obstétricales comme un sous-ensemble des violences faites aux femmes; ils appellent à une définition plus ciblée, articulée autour :

- des violences intentionnelles (verbales, physiques, négligences)
- et des violences structurelles (déviations des standards d'infrastructures, équipements, personnels, interventions non nécessaires, demandes de paiements illégaux)

tout en veillant à maintenir les violences intentionnelles à une place centrale, malgré l'hostilité à ce qu'on s'y attaque car elles ciblent des professions déjà en difficulté. En terme de prévention, ils soulignent qu'il faut une volonté des professionnels et des pouvoirs publics, des financements; le rôle des professionnels non maltraitants, ne pas stigmatiser les soignants en tant que groupe, mais plutôt travailler à l'amélioration des pratiques tout en mettant les individus face à leurs responsabilités pour les manquements les plus graves. Également travailler sur l'information/ éducation des femmes et leur faire connaître leurs droits.

Liens : <http://afar.info/id=2630> | <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>

**2015. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review - PLoS Med - Vol. 12, 6 - p.e1001847**

*Bohren, Meghan A.; Vogel, Joshua P.; Hunter, Erin C.; Lutsiv, Olha; Makh, Suprita K.; Souza, João Paulo; Aguiar, Carolina; Saraiva Coneglian, Fernando; Diniz, Alex Luíz Araújo; Tunçalp, Özge; Javadi, Dena; Oladapo, Olufemi T.; Khosla, Rajat; Hindin, Michelle J.; Gülmezoglu, A. Metin*

---

**Commentaire**

Cette revue systématique de littérature fait la synthèse des connaissances scientifiques issues des 65 études qualitatives et quantitatives retenues et réalisées dans 34 pays. Elle porte sur les mauvais traitements subis par les femmes lors de leur(s) accouchement(s) en établissement, afin de développer une typologie permettant de décrire cette problématique. Les auteurs proposent l'adoption de cette typologie pour décrire les maltraitements pendant l'accouchement dans les établissements de santé. Analyse de 65 publications, 34 pays

1. Violence physique
2. Violence sexuelle
3. Violence verbale
4. Stigmatisation et discrimination
5. Soins non conformes aux standards professionnels
6. Mauvaises relations entre la femme et les professionnels de soins
7. Caractéristiques du système de soins et ses contraintes

**Résumé**

Background: Despite growing recognition of neglectful, abusive, and disrespectful treatment of women during childbirth in health facilities, there is no consensus at a global level on how these occurrences are defined and measured. This mixed-methods systematic review aims to synthesize qualitative and quantitative evidence on the mistreatment of women during childbirth in health facilities to inform the development of an evidence-based typology of the phenomenon.

Methods and Findings : We searched PubMed, CINAHL, and Embase databases and grey literature using a predetermined search strategy to identify qualitative, quantitative, and mixed-methods studies on the mistreatment of women during childbirth across all geographical and income-level settings. We used a thematic synthesis approach to synthesize the qualitative evidence and assessed the confidence in the qualitative review findings using the CERQual approach. In total, 65 studies were included from 34 countries. Qualitative findings were organized under seven domains: (1) physical abuse, (2) sexual abuse, (3) verbal abuse, (4) stigma and discrimination, (5) failure to meet professional standards of care, (6) poor rapport between women and providers, and (7) health system conditions and constraints. Due to high heterogeneity of the quantitative data, we were unable to conduct a meta-analysis; instead, we present descriptions of study characteristics, outcome measures, and results. Additional themes identified in the quantitative studies are integrated into the typology.

Conclusions: This systematic review presents a comprehensive, evidence-based typology of the mistreatment of women during childbirth in health facilities, and demonstrates that mistreatment can occur at the level of interaction between the woman and provider, as well as through systemic failures at the health

facility and health system levels. We propose this typology be adopted to describe the phenomenon and be used to develop measurement tools and inform future research, programs, and interventions.

Liens : <http://afar.info/id=2629> | <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>

**2014. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas - The Lancet - Vol. 384, 9948 - ISBN: 0140-6736 - p.e42-e44**

*Freedman, Lynn P.; Kruk, Margaret E.*

---

**Commentaire**

Commentaire dans le Lancet (2014). La maltraitance et le non respect des femmes pendant les grossesses et accouchements dans les lieux de soin ont jusqu'à maintenant échappé aux autorités de santé, dans les pays riches comme dans les pays pauvres.

Mais cela n'avait pas échappé aux femmes elles-mêmes, qui fondent le choix de leur lieu d'accouchement sur leur perception de la manière dont elles seront traitées. Cela n'a pas échappé non plus aux organisations des droits de l'homme, qui ont publié des rapports sur ces violences, ni aux avocats qui ont accompagné des plaintes devant les juridictions nationales

La recherche sur la prévalence et la nature des maltraitements montre qu'il ne s'agit pas d'un phénomène isolé et que son spectre est large (cris, réprimandes, gifles, ... discrimination, interventions non consenties). Les maltraitements/traitements non respectueux ne relèvent pas seulement des soignants individuellement, mais aussi des systèmes de soins.

Définir les maltraitements et non respect: question complexe. Celle validée par le Lancet (droit et attente légitime à des soins équitables, de qualité, sûrs et respectueux) est difficilement utilisable pour la recherche et les interventions sur le terrain. Des pratiques qui, vues de l'extérieur, sont clairement non respectueuses ou maltraitantes, peuvent sembler normales aux patients et/ou aux prestataires de soins.

Leur équipe de recherche (USA/Tanzanie/Kenya) propose cette définition/classification des maltraitements [http://www.thelancet.com/cms/attachment/2021722659/2041538510/gr1\\_lrg.jpg](http://www.thelancet.com/cms/attachment/2021722659/2041538510/gr1_lrg.jpg)

(...)

Liens : <http://afar.info/id=2622> | [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X)

## **Commentaire**

Auteurs Canada, Brésil. L'article de 2006 qui fait un état des lieux du rôle des gynécologues obstétriciens dans la problématique des droits reproductifs des femmes (WSRR woman sexual and reproductive rights).

Ce qui est intéressant dans l'article : 12 types de droits identifiés avec des exemples (table 1 dans le texte intégral).

Parmi ceux-là, certains semblent évidents dans pays occidentaux (droit à la vie, comme la mortalité maternelle évitable; droit à la liberté et la sécurité des personnes, comme les mutilations génitales; droit aux assemblées et à la participation politique, comme les formation d'associations).

Alors que d'autres le sont moins: dans le droit à l'information et l'éducation, les auteurs placent "processus de consentement informé basé sur l'information et l'éducation" et dans le droit à ne pas subir de torture et de mauvais traitement, ils placent "les examens pelviens sans consentement"

## **Résumé**

En quoi les droits sexuels et reproductifs des femmes concernent la pratique des gynécologues et obstétriciens?

Les droits sexuels et reproductifs des femmes fait partie intégrante de la pratique des gynécologues et obstétriciens, et sont un facteur clé de survie et de santé des femmes, partout dans le monde.

La santé sexuelle et reproductive des femmes est souvent compromise du fait des atteintes à leurs droits humains de base, et non du manque de connaissances médicales.

Il est important de comprendre l'importance du respect et de la promotion des droits sexuels et reproductifs pour assurer un niveau standard de soins. Cela inclut l'accès à l'information et aux soins, la confidentialité, le consentement informé et les pratiques fondées sur les preuves.

La violation des droits humains des femmes dans leur vie quotidienne, comme la violence de genre et les discriminations, a pour conséquence des problèmes de santé importants.

Les gynécologues et obstétriciens sont les défenseurs naturels de la santé des femmes, mais il peut leur manquer la compréhension des lois en vigueur et des limites de l'objection de conscience.

Ce chapitre dresse le cadre des droits sexuels et reproductifs, et explore leur importance dans les pratiques cliniques.

Liens : <http://afar.info/id=2637> | <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.01.013>

## Commentaire

Le Lancet, 2002, auteurs brésiliens. C'est sûrement la première évocation de la violence obstétricale parue dans une revue médicale à large diffusion. Les auteurs s'appuient sur une revue des articles académiques et rapports des 10 années précédentes: Afrique du Sud, Brésil, Pérou, Nigeria....

Ils décrivent les violences sous 4 grands thèmes: 1) négligences (en particulier, femmes laissées seules); parfois négligence perçue même si soins conformes, par manque d'information et empathie 2) violences verbales (se faire crier dessus, insinuations sur la vie sexuelle, durant les accouchements et les avortements provoqués) 3) violence physiques (claques, refus de soulager la douleur, à but punitif lors des avortements clandestins; épisiotomies et sutures à vif) 4) violences sexuelles. Ils analysent ensuite les raisons (fait social, maintien de l'autorité...) et les pistes d'évolutions.

Les auteurs reconnaissent laisser de côté dans ce rapport d'autres formes de violences telles que les interventions médicales non justifiées (césariennes), les actes potentiellement délétères sans bénéfice prouvé (rasage...), le refus d'un accompagnateur.

## Résumé

La mortalité et la morbidité maternelle lors de l'accouchement est un important sujet de santé publique. Dans cet article, nous soutenons qu'une partie du problème réside dans la violence des personnels de santé dans les services d'accouchement ou d'avortement, ce qui compromet l'accès aux services de santé ainsi que leur conformité, leur qualité et leur efficacité.

L'analyse des travaux de recherche rigoureux de ces 10 dernières années et discussions de 4 formes de violences de la part des médecins et infirmiers: négligence, violence verbale, physique et sexuelle.

Ces formes de violences sont récurrentes, souvent délibérées, constituent des violations sévères des droits humains, et sont liées à une qualité et efficacité dégradée des services de santé.

Ces maltraitements permettent une forme de contrôle des patients qui est enseignée lors de la formation et perpétuée dans les établissements de santé. Elles ont principalement lieu dans des situations où la légitimité des services de santé est discutable, ou peuvent être le résultat de discrimination envers certains groupes de population.

Nous discutons des moyens de prévenir les violences.

Liens : <http://afar.info/id=2621> | [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)

## 4. Rapports d'organisations gouvernementales ou non gouvernementales



*Cette section regroupe des rapports provenant d'organisations internationales et françaises.*

*Aux Etats-Unis et à l'international, il s'agit d'associations et d'agences gouvernementales ( USAID, White Ribbon Alliance dès 2010-2011, déclaration de l'OMS 2014). Ces publications se sont d'abord appuyées sur des études de pays à bas et moyen revenus et rendent désormais compte des situations de violation des droits des femmes lors de l'accouchement, à l'échelle internationale.*

*En France, nous signalons les rapports sur la maltraitance médicale. L'un est une commande de la Haute autorité de santé (2009), l'autre un rapport de mission ministérielle (2011). Ces rapports n'abordent pas la maternité ou l'obstétrique, mais restent une base de travail pour la France*

### 2015. Pulling back the curtain on disrespect and abuse - USAID, WRA

*Mary Beth Hastings*

---

#### Commentaire

Dévoiler le manque de respect et les mauvais traitements autour de l'accouchement et de la naissance

Note d'orientation du mouvement de promotion du respect des soins en maternité. USAID (Agence des Etats-Unis pour le développement international) et l'Alliance du Ruban blanc (White Ribbon Alliance RWA).  
Version française

Liens : <http://afar.info/id=2684> | <http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2016/03/Notes-d---orientation-de--voiler-le-manque-de-respect-et-les-mauvais-traitements-autour-de-l---accouchement-et-la-naissance.pdf>

## 2014. Respectful Maternity Care Toolkit - USAID

*United States Agency for international development*

---

### Commentaire

“Boîte à outils” mise à disposition des professionnels et formateurs en santé pour promouvoir les soins respectueux en maternité. Par USAID Agence des Etats-Unis pour le développement international, sur leur site Knowledge for health. Matériel de formation et de présentation.

### Résumé

This package of materials is designed to provide the tools necessary to begin the implementation of respectful maternity care in your area of work or influence. Using the tools in this toolkit, one can help to change and develop attitudes in oneself and among colleagues and other stakeholders in the care of women and their newborns. The components of this toolkit can be used by clinicians who are providing maternity care, trainers or educators of clinicians who will be providing maternity care, supervisors of clinicians who provide maternity care, program managers who develop and manage programs with a maternity care component, and by policy makers or other key stakeholders who want to promote RMC in the programs for which they are responsible.

Liens : <http://afar.info/id=2683> | <https://www.k4health.org/toolkits/rmc>

## 2014. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins -

*Organisation mondiale de la santé*

---

### Commentaire

Déclaration de l'OMS sur les mauvais traitements pendant l'accouchement. 2014

### Résumé

Partout dans le monde, de nombreuses femmes font l'expérience de traitements non respectueux et de mauvais traitements lors de l'accouchement en établissement de soins. Ce genre de traitement constitue non seulement une violation de leurs droits à des soins fondés sur le respect, mais il constitue aussi une menace à leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination. Cette déclaration se veut un appel à l'action, au dialogue, à la recherche et à la défense des droits relatifs à cette question importante de santé publique et de droits de la personne.

## 2012. Respectful maternity care. Country experience

*Veronica Reis, MD, MPH; Barbara Deller; Catherine Carr, CNM, DrPH; Jeffrey Smith, MD, MPH*

---

### Commentaire

Rapport d'enquête sur les soins respectueux en maternité. 19 pays dont: USA, Canada, Royaume-Unis, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande. Notamment proposition de stratégies et interventions pour la promotion des soins respectueux en maternité:

- militantisme
- approches juridiques
- interventions visant les établissements de santé (gestion, infrastructure, pratiques cliniques, communication inter-personnelle)
- formation
- communauté
- recherche, surveillance (monitoring), évaluation

Exemples de questions : quels exemples de soins respectueux font l'objet de promotion dans votre pays?

- Soins respectueux, y compris respect des croyances, traditions et cultures
- Le droit à l'information, à la confidentialité et au respect de la vie privée (privacy)
- Choix d'un accompagnant ("companion") pendant le travail.
- Choix d'un accompagnant ("companion") pendant l'accouchement.
- Soins fondés sur des données prouvées qui améliore et optimise les processus normaux de la grossesse, de la naissance et du post partum.
- Liberté de mouvement pendant le travail (marcher, se déplacer)
- Fourniture de boisson et nourriture pendant l'accouchement normal
- Méthode non médicamenteuse de soulagement de la douleur pendant le travail [note de traduction: ne comprend pas si soulagement médicamenteux de la douleur fait partie de la questions] ("Provision of drug-free comfort and pain relief methods during labor")
- Soutien continu pendant le travail (pas d'abandon)
- Choix de la position d'accouchement
- Peau à peau dès la naissance pendant au moins une heure
- Allaitement précoce (dans l'heure suivant la naissance)
- Proximité mère-enfant 24/24
- Promotion de l'allaitement à la demande
- Utilisation appropriée des technologies et des interventions efficaces (life-saving interventions)
- Soins qui cherchent à éviter les procédures et pratiques potentiellement dangereuses
- Respect mutuel et collaboration entre tous les types de professionnels de santé

- Continuité des soins entre les établissements et professionnels de santé ("Provision of a continuum collaborative care with all relevant health care providers, institutions, and organizations")
- Éviter la sur-utilisation des médicaments et technologies (comme accélération par ocytocine, épisiotomie, césariennes, "newborn blood gases", incubation, échographies)
- Éviter la détention dans les établissements pour cause d'impayé
- Prévention de la violence institutionnelle contre les femmes et les nouveaux-nés, y compris les soins non respectueux

## Résumé

### Executive summary

This report describes the experiences gained during local and national efforts to prevent disrespect and abuse in maternity care. These efforts also promoted respectful maternity care (RMC), which recognizes that safe motherhood must be expanded beyond the prevention of morbidity or mortality to encompass respect for women's basic human rights, including respect for women's autonomy, dignity, feelings, choices, and preferences, such as having a companion wherever possible. Recognizing the importance of this subject, the United States Agency for International Development (USAID) has supported a three-pronged approach of advocacy, research, and support for implementation. With the White Ribbon Alliance working on advocacy for RMC and the Translating Research into Action (TRACTION) project working on research, the Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP) has focused on support for field-level implementation. In this context, MCHIP conducted the RMC survey with the objective of collecting information from key stakeholders about their experience implementing interventions to promote RMC. A convenience sample of 48 individuals from 19 countries responded to a survey about disrespectful care and abuse in maternity care, approaches for prevention, and ways to promote RMC.

The RMC approach is centered on the individual and based on principles of ethics and respect for human rights. The Respectful Maternity Care Charter,<sup>1</sup> developed by the White Ribbon Alliance and RMC partners, is based on a framework of human rights and is a response to the growing body of evidence documenting disrespect and abuse of childbearing women.

USAID has long recognized the importance of prevention of disrespectful and abusive care and has long supported integration of respectful care in maternal health projects. Currently, USAID is supporting specific and coordinated efforts in advocacy and promotion through the White Ribbon Alliance, in research and the development of a strong evidence-based through University Research Co., LLC (URC), and in implementation through MCHIP, USAID Bureau for Global Health's flagship maternal, neonatal, and child health (MNCH) program. Therefore, MCHIP developed and conducted a survey with the objective of collecting information from key country stakeholders about their experiences implementing RMC interventions. Anecdotally, it was already known that disrespect and abuse is common in maternal health care, contributing to untold suffering, and discouraging women from seeking care in facilities. Further confirmation of these reports came from a landscape study by Bowser and Hill in 2010.<sup>2</sup>

This survey was based on a literature review of existing materials and documents related to promotion of RMC as well as humanization of birth, a similar movement that originated in Latin America. Potential respondents were identified through elaboration of contact lists of individuals and groups working in the RMC area. The initial list was drawn from the participant list for the III Conference on Humanization of Childbirth 2010 and expanded through networks of known participants involved with RMC. Surveys were

sent electronically to this purposive sample of potential participants. Data collection was conducted March–May 2012.

This survey identified key areas of disrespect and abuse and associated factors related to: policy, infrastructure and resources, health care management; ethics and culture; knowledge, skills, attitudes and standards of practice in facilities and communities. This report summarizes the experiences of selected countries, including programs, interventions, results, challenges, and recommendations.

A number of strategies and interventions to promote RMC were reported (Annex D). These are grouped into the categories of: 1) advocacy; 2) legal approaches; 3) interventions focused on the health facility (management, infrastructure, clinical practices, and interpersonal communications); 4) educational and training programs; 5) community; and 6) research and monitoring and evaluation.

Despite the challenge and the complexity of this subject, we found that there is interest in promoting RMC in many countries, that various interventions have been implemented to address this issue, that a variety of tools are available and that some consistent results have been produced. Finally, we describe the challenges, lessons learned, and recommendations provided by the key informants. We hope that this report will help inform actions to strengthen efforts to prevent disrespect and abuse and promote RMC around the world.

The survey information included here does not permit broad generalization for the represented countries. However, this report captures the perceptions and experiences of informants who have been working within the maternal health context. The information analyzed in this report can inform actions that can be applicable in similar contexts, and may enable readers to apply lessons learned in other settings with similar contexts. Références 1 Respectful Maternity Care Advisory Council, White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (WRA). (2011). Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women. Washington, DC. [http://www.whiteribbonalliance.org/WRA/assets/File/Final\\_RMC\\_Charter.pdf](http://www.whiteribbonalliance.org/WRA/assets/File/Final_RMC_Charter.pdf). 2 Bowser D and Hill K. 2010. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis. USAID TRAction Project.

Liens : <http://afar.info/id=2681> | [https://www.k4health.org/sites/default/files/RMC%20Survey%20Report\\_0.pdf](https://www.k4health.org/sites/default/files/RMC%20Survey%20Report_0.pdf)

## **2011. Le respect dans les soins de maternité: les droits universels des femmes lors de la période périnatale -**

*White Ribbon Alliance*

---

### **Commentaire**

Par l'organisation Alliance du ruban blanc (White ribbon alliance) qui précise que cette Charte s'inspire largement du cadre de la Charte sur les droits sexuels et reproducteurs de l'International Planned Parenthood Federation, 1996.

## Résumé

Dans chaque pays et communauté à travers le monde, la grossesse et la naissance sont des événements fondamentaux dans la vie des femmes et des familles et représentent un moment d'intense vulnérabilité. Le concept de Maternité à moindre risque est généralement restreint à la simple sécurité physique, mais l'accouchement est également un rite de passage important, d'une profonde signification personnelle et culturelle pour la femme et sa famille. Parce que la maternité est propre aux femmes, les questions d'égalité des sexes et de la violence dirigée contre un sexe se trouvent également au cœur des soins entourant la maternité. Ainsi, il convient d'étendre la notion de maternité à moindre risque au-delà de la prévention de la morbidité et de la mortalité pour englober la question du respect des droits civils fondamentaux des femmes et, notamment, le respect de leur autonomie, de leur dignité, de leurs sentiments, de leurs choix et de leurs préférences, incluant leur choix des personnes qui les accompagneront pendant ces événements importants.

Ce document vise spécifiquement les aspects interpersonnels des soins administrés aux femmes ayant besoin de soins de maternité. Les rapports entre une femme et le personnel lui prodiguant des soins de maternité, dans le cadre du système de santé, sont d'une importance vitale. Ces relations constituent non seulement un moyen de fournir des services de santé essentiels et susceptibles de sauver des vies, mais elles peuvent également renforcer la confiance des femmes en elles-mêmes, rehausser leur estime personnelle ou leur nuire considérablement. En effet, les expériences que tirent les femmes de leurs rapports avec le personnel soignant, à ce moment-là, ont pour effet accroître leur pouvoir et leur niveau de confort ou de leur infliger des dommages et un traumatisme émotionnel durables. Quoi qu'il en soit, les femmes gardent en mémoire toute leur vie les expériences vécues autour de leurs accouchements et elles en parlent souvent avec d'autres femmes, contribuant ainsi à accentuer le climat de confiance ou de doute entourant l'accouchement.

Liens : <http://afar.info/id=2687> | <http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2015/03/RespectfulCareCharterFrench.pdf>

## 2011. Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé -

*Mission ministérielle*

---

### Commentaire

France. Rapport de mission ministérielle sur la bientraitance en établissement de santé, reconnue indissociable de la notion de maltraitance qui doit faire l'objet d'une définition, réflexion sur les facteurs de risque, actions de prévention, veille, conduite à tenir en cas d'un événement maltraitant. Ce rapport aboutit à 25 propositions, sur la mise en oeuvre desquelles nous n'avons pas trouvé d'informations, 5 ans après (2016). L'obstétrique n'est pas abordée dans ce rapport.

Sources à évaluer dans le cadre d'une bibliographie sur la violence obstétricale. Nombreux travaux sur les maltraitements à l'égard des personnes âgées, personnes dépendantes, handicapées, enfants, dans le cadre d'hospitalisation sans consentement/psychiatrie:

1 - Publications de l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux <http://www.anesm.sante.gouv.fr>

2 - Travaux de Michel Schmitt Prévenir la maltraitance et tendre à la bientraitance ; Une prise de conscience et une nécessaire remise en cause de nos pratiques ; Imaging Management, 2, 2010, 32-34.

La Bientraitance ... Concept nouveau ou retour aux valeurs citoyennes ? Le Mérite, 125, 2010, 28-30.

Tendre à la bientraitance, prévenir la maltraitance. Un droit fondamental des personnes accueillies en structure de soins, 2010, 98 p

3 -Le journal du médiateur de la république. Maltraitance – Le non respect d'autrui : droits et devoir des usagers et des professionnels de santé. Décembre 2009/Janvier 2010

[http://www.mediateurrepublique.fr/fic\\_bdd/pdf\\_fr\\_fichier/1263304787\\_MDA53\\_pour\\_le\\_web.pdf](http://www.mediateurrepublique.fr/fic_bdd/pdf_fr_fichier/1263304787_MDA53_pour_le_web.pdf) [non retrouvé en 2016 sur le site du défenseur des droits]

Liens : <http://afar.info/id=2666> | [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_bientraitance\\_dans\\_les\\_etablissements\\_de\\_sante.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_bientraitance_dans_les_etablissements_de_sante.pdf)

## 2010. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis - USAID

*Browser, Diana; Hill, Kathleen*

---

### Commentaire

Rapport d'USAID United States Agency for International Development

### Résumé

Ce rapport est une revue des données probantes sur les maltraitances (disrespect and abuse) au cours des accouchements en établissement de santé. Le premier objectif est une revue des données publiées et de la littérature grise [= documents non publiés, circuits de diffusion en marge] sur la définition, le périmètre, les personnes impliquées et l'impact des maltraitances, d'évaluer les approches d'interventions, et d'identifier les données manquantes.

Ce rapport décrit plusieurs catégories d'interventions prometteuses pour la promotion des soins respectueux et non-abusifs, à la fois dans le domaine de la naissance et dans d'autres domaines de santé.

Afin de compléter le corpus de données sur les approches pour réduire les maltraitances pendant l'accouchement, qui est relativement limité, nous avons revu des données d'autres champs de la santé tels que les approches de santé participative et la réduction de la stigmatisation pour HIV.

Liens : <http://afar.info/id=2623> | <http://www.mhtf.org/document/exploring-evidence-for-disrespect-and-abuse-in-facility-based-childbirth>

**2009. Haute Autorité de Santé - Un état des lieux fondé sur des témoignages d'usagers et de professionnels : la maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé - Étude de Claire COMPAGNON et Véronique GHADI -**

*Campagnon, Claire; Ghadi, Véronique*

---

**Commentaire**

Etude réalisée en 2009 pour la Haute autorité de santé sur la maltraitance "ordinaire" (car banalisée, et non exceptionnelle) dans les établissements de santé. Même si le rapport ne parle pas du tout d'obstétrique/maternité, il pose des bases d'analyse dans le contexte français.

**Résumé**

Écouter l'expérience et le ressenti des usagers des établissements de santé.

Lieux d'excellence dans la prise en charge des patients, les établissements de santé sont aussi des lieux de vie pour les patients comme pour les professionnels qui y travaillent ; les logiques humaines, professionnelles ou d'organisation doivent se concilier, exercice délicat au quotidien. Les patients hospitalisés et leurs proches témoignent bien souvent et en même temps de l'humanité des professionnels de santé et des difficultés qu'ils ont rencontrées au sein de l'institution hospitalière.

Quelqu'un qui a fait l'expérience d'un contact avec un établissement de santé a parfois pu avoir le sentiment d'avoir été abandonné, mal ou pas informé et d'avoir été insuffisamment écouté. Il s'est parfois vu imposer des attentes interminables et inexpliquées, des entraves et des contraintes qui paraissent absurdes.

C'est ce qui est désigné par les termes de « maltraitance ordinaire ». Parce qu'elle n'est pas hors du commun et que le risque le plus important de maltraitance réside dans sa banalisation, son « invisibilité » et donc son acceptation passive. D'autres l'ont appelée, à juste titre aussi, maltraitance « institutionnelle » ou « passive ».

Pour cerner ce phénomène et renforcer la réflexion sur les moyens de le prévenir, la HAS a souhaité que le cabinet C.Compagnon.Conseil se mette à l'écoute des patients, de leurs proches mais aussi des professionnels et restitue ce qu'ils disent de l'univers hospitalier au quotidien.

Cette étude est fondée sur des témoignages de malades, de proches et de professionnels, pris tels quels, dans toute leur subjectivité. Elle ne vise donc pas à mesurer l'ampleur de ce phénomène en termes quantitatifs ni à porter sur lui un jugement global. L'originalité – et les limites – de ce travail est de partir du point de vue de personnes hospitalisées, de leurs proches et de professionnels en s'appuyant sur leur libre expression : témoignages écrits, entretiens...

Une première étape vers la mise en place de démarches de bientraitance.

Au-delà de l'identification du phénomène, cette étude doit permettre de repenser les organisations d'un établissement de santé et l'adaptation des pratiques professionnelles pour mieux accueillir, écouter les patients et leur entourage et faire vivre leurs droits.

Liens : <http://afar.info/id=2639> | [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_915259/fr/un-etat-des-lieux-fonde-sur-des-temoignages-d-usage](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915259/fr/un-etat-des-lieux-fonde-sur-des-temoignages-d-usage)

## 5. Sélection de travaux en lien avec l'état de stress post-traumatique après l'accouchement



Une sélection parmi les nombreux travaux sur l'état de stress post-traumatique, dans le champ de la psychologie. Les travaux font-ils un lien entre le vécu de maltraitances médicales et l'état de stress post-traumatique? Si les relations femmes-soignants et le sentiment pour la femme de garder le contrôle pendant l'accouchement sont maintenant identifiés comme des facteurs influençant le stress post-traumatique, la maltraitance médicale n'est pas identifiée en tant que telle, ou pas nommée.

Pour une approche qui associe ouvertement stress post-traumatique et violence obstétricale, voir en partie 2 2013. PTSD and obstetric violence - Midwifery Today with International Midwife - N°105 - ISBN: 1551-8892 - p.48-49, 68. Olza Fernández, Ibone

**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; Horsch, Antje; Jomeen, Julie; Sawyer, Alexandra; Stramrood, Claire; Thomson, Gill; Slade, Pauline*

---

### Commentaire

Il s'agit d'une mise à jour de 2015 sur état des connaissances sur le stress post-traumatique après l'accouchement. Sur l'idée que le comportement des soignants pendant l'accouchement puisse avoir une influence, voir pistes de recherches émergentes section 2. (non traduit)

Les recherches dans ce domaine ne parlent pas de violence obstétricale en tant que telle.

Section 2: Important or emerging areas of research

Evidence indicates that one significant cause of a woman's perception of birth as traumatic is the actions or inactions of maternity staff, which can result in care being experienced as dehumanising, disrespectful or uncaring (Elmir, Schmied, Wilkes, & Jackson, 2010; Goldbort, 2009).

Professionals'manner and communication can significantly affect women's feelings of control during their delivery (Salter,2009) and their ability to make informed decisions (Eliasson, Kainz, & Von Post,2008). Yet choice, information and involvement in decisions are potentially protective against a traumatic birth experience (Goodall, McVittie, & Magill, 2009).

Therefore, professionals need to understand that childbirth can be traumatic for women (Elmir et al.,2010); acknowledge the role they may play and recognise the signs of psychological trauma (Beck,2004). There is also evidence that increased empathy in staff can increase their own risk of developing PTSD symptoms after witnessing traumatic childbirth events (Sheen, Spiby, & Slade,2014). This means that clinicians need to manage the difficult boundary between recognising and supporting postnatal women with symptoms of trauma, while simultaneously maintaining their own professional boundaries in order to protect themselves.

## Résumé

**Objective:** This paper aimed to report the current status of research in the field of post-traumatic stress disorder following childbirth (PTSD FC), and to update the findings of an earlier 2008 paper.

**Background:** A group of international researchers, clinicians and service users met in 2006 to establish the state of clinical and academic knowledge relating to PTSD FC. A paper identified four key areas of research knowledge at that time.

**Methods:** Fourteen clinicians and researchers met in Oxford, UK to update the previously published paper relating to PTSD FC. The first part of the meeting focused on updating the four key areas identified previously, and the second part on discussing new and emerging areas of research within the field.

**Results:** A number of advances have been made in research within the area of PTSD FC. Prevalence is well established within mothers, several intervention studies have been published, and there is growing interest in new areas: staff and pathways; prevention and early intervention; impact on families and children; special populations; and post-traumatic growth.

**Conclusion:** Despite progress, significant gaps remain within the PTSD FC knowledge base. Further research continues to be needed across all areas identified in 2006, and five areas were identified which can be seen as 'new and emerging'. All of these new areas require further extensive research. Relatively little is still known about PTSD FC.

Liens : <http://afar.info/id=2668> | <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2015.1031646>

## 2011. Post-traumatic stress disorder related to birth: a prospective longitudinal study in a French population - Journal of Reproductive and Infant Psychology - Vol. 29, 2 - ISBN: 0264-6838 - p.125-135

*Denis, Anne; Parant, Olivier; Callahan, Stacey*

---

## Commentaire

France. Etude sur prévalence et facteurs de risques d'état de stress post-traumatique après l'accouchement en France: 5% à un mois, 3% à 9 mois.

L'étude s'intéresse aux facteurs prédictifs: les attitudes et les comportements maltraitants de la part des soignants n'en font pas partie, en revanche, y figure, comme dans d'autres études, le sentiment de perte de contrôle pendant l'accouchement.

Dans les conclusions: "les professionnels de périnatalité ont une responsabilité de plus: fournir une information claire et détaillée aux futures mères. En plus d'aider les femmes à anticiper l'accouchement, y compris le moyen de gérer la douleur, il est aussi important d'aider les femmes à comprendre clairement les raisons des transferts de soins [dans les hôpitaux niveau III]"

## Résumé

L'objectif de cette étude est de déterminer la prévalence des états de stress post-traumatique (PTSD) après l'accouchement sur un échantillon français, et d'examiner les variables prédictives.

Pour cette étude, les données ont été récoltées auprès des femmes à 4 moments différents: 48h, 1 mois, 4 mois et 9 mois après l'accouchement. Les symptômes de PTSD ont été mesurés par l'échelle IES-R Impact of Event Scale-Revised. Les variables prédictives ont été examinées avec 4 questionnaires: LAS (labor agency scale), MSPSS Multidimensional Scale of Perceived Social Support, EPDS Edinburgh Postnatal Depression Scale et un formulaire d'information personnelle conçue par les chercheurs.

Les taux d'état de stress post-traumatique varient de 5% (à un mois post-partum) à 2.9% (9 mois post-partum). La primiparité, le fait d'avoir suivi des cours de préparation à la naissance, le transfert dans un établissement de niveau 3, la perception de contrôle externe, le ressenti de la douleur pendant l'accouchement et les symptômes dépressifs étaient des facteurs prédictifs du score global IES-R.

Ces résultats offrent une base pour envisager des évolutions dans les soins et des programmes de prévention, dans le cadre du système de soins périnataux français.

Liens : <http://afar.info/id=2645> |

**2011. Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms - Psychology & Health - Vol. 26, 12 - ISBN: 1476-8321 - p.1553-1570**

*Ford, Elizabeth; Ayers, Susan*

---

## Commentaire

Pour les femmes avec un antécédent de traumatisme, un niveau de soutien insuffisant/bas ("low support") de la part des professionnels de santé est prédictif de symptômes de stress post-traumatique. Il y a aussi un effet à long terme du soutien insuffisant sur les symptômes de stress post-traumatique pour les femmes qui ont subi le plus d'interventions pendant l'accouchement.

## Résumé

Le soutien pendant l'accouchement interagit avec les antécédents de traumatisme et les interventions pendant l'accouchement pour prédire les symptômes de stress post-traumatique.

Beaucoup de femmes vivent l'accouchement comme traumatique et 2% développent des syndromes de stress post traumatique (PTS, post-traumatic stress). Cette étude examine le rôle du soutien par le professionnel de santé, et le contrôle personnel pendant la naissance dans la prédiction du PTS, après ajustement des facteurs de vulnérabilités tels que : les antécédents de traumatisme, la dépression, les "control beliefs" et les interventions durant la naissance. Elle examine également les interactions entre le

soutien, les antécédents de traumatismes et les interventions, et leur association avec les symptômes de stress post traumatique.

Méthodes: Enquête prospective longitudinale sur 138 femmes recrutées dans les établissements du système public britannique (NHS clinics). Les mesures ont été faites pendant la grossesse puis à 3 semaines et 3 mois après la naissance.

Résultats: Le soutien et le contrôle pendant la naissance n'étaient pas prédictifs des symptômes post-nataux de stress post-traumatique. Toutefois, le soutien était prédictif de symptômes de stress post-traumatique dans un sous-groupe de femmes avec antécédent de traumatisme ( $\beta = -0.41$ ,  $R(2) = 16\%$ ) à 3 semaines et 3 mois post-partum. L'interaction entre interventions à la naissance et soutien était associée aux symptômes de stress post-traumatique 3 mois après la naissance, et la relation entre le soutien et les symptômes de stress post-traumatique était d'autant plus forte que la femme avait subi plus d'interventions.

Conclusions: Pour les femmes avec un antécédent de traumatisme, un niveau de soutien insuffisant/bas ("low support") de la part des professionnels de santé est prédictif de symptômes de stress post-traumatique. Il y a aussi un effet à long terme du soutien insuffisant sur les symptômes de stress post-traumatique pour les femmes qui ont subi le plus d'interventions pendant l'accouchement.

Liens : <http://afar.info/id=2620> | <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2010.533770>

## **2009. État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature - Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive - Vol. 19, 4 - ISBN: 11551704 - p.116-119**

*Denis, Anne; Callahan, Stacey*

---

### **Commentaire**

État de stress post-traumatique, pour un accouchement "classique". Revue de la littérature en 2009, auteur française. D'après le résumé, "contrôle" et "soutien social perçu" sont des facteurs de risque, mais attitudes et comportement maltraitants de soignants n'apparaissent pas comme facteurs de risque.

### **Résumé**

Depuis quelques années, plusieurs auteurs s'intéressent au développement d'états de stress post-traumatique (ESPT) suite à un accouchement. L'objectif de cet article est de proposer une synthèse des divers travaux réalisés.

Une revue de la littérature a été menée sur les bases de données Medline et PsycInfo. Les résultats de 36 études traitant d'ESPT faisant suite à un accouchement classique ont été inclus dans ce travail.

La littérature rapporte une prévalence d'ESPT en lien avec l'accouchement de 1,3 à 6 %.

Les facteurs de risques généralement associés au trouble recoupent la perception du vécu de l'accouchement par la femme (douleur, contrôle et soutien social perçu), les caractéristiques psychologiques

de la femme (antécédent de traumatismes ou de soins psychologiques) et les caractéristiques médicales (niveau de médicalisation vécu pendant la grossesse et l'accouchement).

Très peu de résultats dans la littérature concernent la prise en charge du trouble. Les résultats concernant les debriefing psychologiques ne sont pas concluants. La présentation du trauma postnatal suggère l'étude de thérapies à composante comportementale et cognitive dans la prise en charge.

Cette revue de littérature fait de l'ESPT postnatal un véritable sujet de santé publique qui doit, dès à présent, être étudié en France.

Liens : <http://afar.info/id=2677> | <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtcc.2009.10.002>

**1993. Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynecological procedures. A consecutive series of 30 cases of PTSD. J Reprod Infant Psychol 1993;11:221-228.**

*Menage J, Counselling D.*

---

**Commentaire**

1993. Angleterre. Etude qui met en lumière le rôle de l'information, consentement, empathie sur le stress post traumatique. Questionnaire à 500 femmes qui ont eu une intervention en gynécologie/obstétrique. 30 d'entre elles présentent des symptômes de stress post-traumatique. Symptômes significativement associés à la sensation de perte de contrôle, manque d'information, douleur, sensation d'antipathie, manque de consentement totalement informé.

**Résumé**

500 femmes ont participé à cette étude sur le stress psychologique associé à des interventions obstétricales et gynécologiques. Elles ont été recrutées par voie d'annonce dans des journaux locaux et nationaux, dans des magazines féminins et des newsletters. Les femmes ont répondu à une enquête préliminaire sur leurs expériences des interventions obstétricales et gynécologiques, leur histoire personnelle, et leur sentiments sur l'intervention au moment où elle a eu lieu et au moment de l'enquête.

Sur 500 sujets, 100 femmes rapportent un historique d'intervention terrifiante ou particulièrement éprouvante, "out of ordinary" et qui date d'il y a plus d'un mois. Ces femmes ont reçu un questionnaire de suivi (PTSD-I) et 30 d'entre elles remplissent les critères DSM-III-R qui diagnostiquent les troubles de stress post-traumatique (PTSD post traumatic stress disorders).

Des différences significatives apparaissent entre les 30 femmes avec PTSD et 30 autres qui ont évalué leur expérience de "très bonne" à "un peu pénible". Parmi ces différences on trouve: un sentiment d'impuissance pendant l'intervention, un manque d'information donnée à la patiente, une expérience de douleur physique, la perception d'une attitude antipathique de la part de la personne procédant à l'examen, et le manque d'un consentement réellement éclairé de la patiente pour l'intervention.

Ces résultats sont mis en relation avec les données de la littérature sur les réactions émotionnelles des femmes lors de l'accouchement, sur la violence sexuelle et sur d'autres causes de stress post-traumatique. Nos résultats suggèrent une cause de stress post-traumatique non décrite précédemment, et appelle à une remise en question des pratiques médicales courantes dans le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie.

Liens : <http://afar.info/id=130> | <http://www.cirp.org/library/psych/menage/>

## 6. La violence obstétricale sous l'angle du droit



Dans cette partie, nous indiquons d'abord des liens vers les textes de loi qui prennent en compte la violence obstétricale. La bibliographie comprend des articles de juristes, des réflexions sur la places des législations pour l'action contre les violence obstétricales. Pour la France, un article sur la violence en milieu hospitalier, non spécifique à l'obstétrique.

Mexique. Loi sanctionnant la violence obstétricale (2014)

<http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/12513-senado-aprueba-sancionar-violencia-obstetrica.html>

Vénézuéla. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida Libre de violencia, 23 avril 2007, art. 51.

[http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley\\_mujer.pdf](http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley_mujer.pdf)

Argentine. Ley de proteccion integral a las mujeres, 1er avril 2009, art. 6.

<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Tableau comparant les 3 définitions légales Argentine/Venezuela/Mexique de la violence obstétricale (en espagnol)

[https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20140616\\_VOMexico/comparativo\\_leyesvo.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20140616_VOMexico/comparativo_leyesvo.pdf)

**2015. Eliminating abusive 'care': A criminal law response to obstetric violence in South Africa - South African Crime Quarterly - Vol. 54, 0 - ISBN: 1991-3877 - p.5-16**

*Pickles, Camilla*

---

### Commentaire

Violence obstétricale sous l'angle du droit, en Afrique du Sud. Décrit les lois d'Amérique Latine sur la violence obstétricale. Défend l'idée de lois pour l'Afrique du Sud. L'article est intéressant à plusieurs titres : revue de description du terme "violence".

### Résumé

Cet article étudie les soins non-respectueux, maltraitants et violents en maternité, vécus par beaucoup en Afrique du Sud. Il considère ce phénomène sous l'angle des droits humains. Il soutient que les soins maltraitants intentionnels en maternité doivent être considérés comme de la violence obstétricale, qui est une forme spécifique de violence de genre, et qu'ils doivent être criminalisés. Cette approche reflète une tendance émergente d'action contre les violences obstétricales à l'échelle internationale, et s'inspire de la criminalisation introduite dans les droits mexicain et vénézuélien. ("from statutory crimes introduced in ..."). A partir des expériences Latino-Américaines, cet article propose des pistes pour développer une conception juridique de la violence obstétricale.(...)

Liens : <http://afar.info/id=2690> | <http://www.ajol.info/index.php/sacq/article/view/127746>

## 2015. Obstetric Violence in Argentina: a Study on the Legal Effects of Medical Guidelines and Statutory Obligations for Improving the Quality of Maternal Health -

*Vacaflor, Herrera; Alejandro, Carlos*

---

### Commentaire

Département de droit, Université de Toronto. Le travail porte sur l'Argentine. Il décrit notamment comment les organisations professionnelles se sont appropriées les standards nationaux, quoique de façon incomplète. Il note aussi que du ministère de la santé rend compte du succès de ses actions sur l'humanisation des pratiques obstétricales, mais que les indicateurs utilisés ne correspondent pas à la réalité du terrain. Cette partie est intéressante car, bien que située dans le contexte d'un pays en particulier, elle montre le trajet à parcourir entre des standards nationaux ou internationaux et la réelle diffusion des pratiques dans les maternités.

L'autre partie du travail porte sur l'effet des recommandations médicales et de l'évolution des textes législatifs au regard du droit. En fait, au travers d'un unique cas de poursuite pour violence obstétricale, il montre que les actes invasifs sans respect du consentement de la femme n'est pas un motif retenu par les juges (il s'agissait de césarienne et épisiotomie). Le cas a uniquement été traité sous l'angle de la faute médicale (épisiotomie non effectuée dans les règles de l'art).

### Résumé

La violence obstétricale est un phénomène généralisé préjudiciable à la santé maternelle dans le monde entier. L'OMS reconnaît que les soins maltraitants et non-respectueux dans les maternités sont un facteur contributif à la mortalité maternelle et infantile, et la communauté internationale a pris des mesures pour tenter d'identifier et éradiquer toutes les formes de violences obstétricales. En Amérique Latine, l'Argentine a légiféré sur l'interdiction de la violence obstétricale. Cette thèse a pour objet d'examiner le développement du concept de violence obstétricale en Argentine, son évolution organique ("organic evolution") d'une réglementation et recommandation médicale à une législation nationale. Cette thèse rassemble des éléments sur le degré de succès permis par ce travail de définition, d'évaluation et de législation sur la prévention des violations des droits des femmes, à la fois dans les pratiques et au travers des actions en justice.

Liens : <http://afar.info/id=2689> | <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/70430>

### **Commentaire**

Article concernant un pays d'Amérique Latine, paru dans un journal international.

Loi sur la violence contre les femmes, entrée en vigueur en 2007 au Venezuela. Elle introduit le terme de violence obstétricale et considère les points suivants comme des violences:

- (1) Retard ou inefficacité dans le traitement des urgences obstétricales
- (2) Contraindre la femme à accoucher en position sur le dos, avec les jambes relevées, quand il y a des moyens rendant possible l'accouchement vertical
- (3) Perturber l'attachement précoce de l'enfant avec sa mère sans raison médicale...
- (4) modifier le processus naturel de l'accouchement à bas risque, en utilisant des techniques d'accélération du travail, sans le consentement libre, exprès et informé de la femme
- (5) Pratiquer une césarienne, quand l'accouchement naturel est possible, sans le consentement libre, exprès et informé de la femme

### **Résumé**

La loi sur le droit des femmes à une vie sans violence est entrée en vigueur et a été publiée au journal officiel du Venezuela. (Editorial)

Liens : <http://afar.info/id=2642> | <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>

### **2004. La violence en milieu hospitalier : de la prévention à la sanction de la violence par le droit - Médecine & Droit - Vol. 2004, 65 - ISBN: 12467391 - p.54-66**

*Lefeuvre-Darnajou, K*

---

### **Commentaire**

Article juridique dans le contexte français sur la violence en milieu hospitalier. Explique différentes définitions de "violence" en général et dans le droit (civil, pénal). Décrit les violences en milieu hospitalier: toutes les formes de violence reconnues par la loi. Par exemple, en font partie les violences morales (verbales, psychologiques), les violences par excès et négligence (absence de prise en compte des capacités, absence de communication...). Détail de la jurisprudence pour refus de consentement [qui a évolué en France depuis cette date].

## Résumé

La violence en milieu hospitalier est devenue une question préoccupante pour les professionnels de santé. Elle touche désormais indistinctement les malades et les acteurs de santé. De la violence morale à la violence physique, de la violence architecturale à celle résultant du non-respect du consentement du malade, le droit permet indiscutablement, par une conception large de cette notion, de l'appréhender et de la sanctionner sous ses formes les plus diverses. Par ailleurs, si notre droit permet de sanctionner l'acte violent répréhensible par la mise en œuvre de la responsabilité de son auteur, il s'avère aussi un extraordinaire outil de prévention de la violence, dont chacun doit prendre pleinement conscience.

Liens : <http://afar.info/id=2648> | <http://dx.doi.org/10.1016/j.meddro.2004.04.003>

## 7. Compléments



*Nous signalons ici les publications sur la violence obstétricale étudiée dans des pays à bas ou moyen revenu. Ce corpus d'articles est important car il a suscité une prise de conscience et des actions à portée mondiale (partie 3), premier article dès 1998, et la majorité des articles sont datés de 2014-2015. Les résumés traduits sont visibles dans les fiches AFAR données en lien avec la référence.*

| Référence                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Commentaire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2015 Association Between Disrespect and Abuse During Childbirth and Women's Confidence in Health Facilities in Tanzania - Maternal and Child Health Journal - Vol. 19, 10 - ISBN: 1092-7875, 1573-6628 - p.2243-2250. Kujawski, Stephanie; Mbaruku, Godfrey; Freedman, Lynn P.; Ramsey, Kate; Moyo, Wema; Kruk, Margaret E.   <a href="http://afar.info/id=2612">http://afar.info/id=2612</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Les femmes qui disent avoir subi des maltraitements et des manques de respect pendant l'accouchement ont : une moins bonne satisfaction, une moins bonne perception de la qualité des soins ; et ont deux fois moins l'intention de revenir accoucher au même endroit (Tanzanie).                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 2015 Abuse in South African maternity settings is a disgrace: Potential solutions to the problem - South African Medical Journal - Vol. 105, 4 - ISBN: 2078-5135, 0256-9574 - p.284. Honikman, Simone; Fawcus, Sue; Meintjes, Ingrid   <a href="http://afar.info/id=2671">http://afar.info/id=2671</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Editorial dans South Africa medical journal. Les mauvais traitements en maternité sont vus sont à la fois comme une violation des droits des femmes et un obstacle à l'utilisation par les femmes des services de maternité. Les auteurs sont de Cape Town et relatent entre autres une expérience de formation et de soutien émotionnel des soignants (the Secrete History method, 2004).                                                                                                                                                                            |
| 2015 How women are treated during facility-based childbirth: development and validation of measurement tools in four countries – phase 1 formative research study protocol - Reproductive Health - Vol. 12 - ISBN: 1742-4755 - p.60. Vogel, Joshua P.; Bohren, Meghan A.; Tunçalp, Özge; Oladapo, Olufemi T.; Adanu, Richard M.; Baldé, Mamadou Diouldé; Maung, Thae Maung; Fawole, Bukola; Adu-Bonsaffoh, Kwame; Dako-Gyeke, Phyllis; Maya, Ernest Tei; Camara, Mohamed Campbell; Diallo, Alfa Boubacar; Diallo, Safiatou; Wai, Khin Thet; Myint, Theingi; Olutayo, Lanre; Titiloye, Musibau; Alu, Frank; Idris, Hadiza; Gülmezoglu, Metin A.   <a href="http://afar.info/id=2672">http://afar.info/id=2672</a> | L'article décrit un protocole de recherche sur 4 pays : Ghana, Guinée, Myanmar (Birmanie) et Nigeria, destiné à comprendre comment les femmes sont traitées pendant l'accouchement ; identifie les facteurs perçus comme étant associés aux mauvais traitements, fournit des données pour permettre les interventions visant à réduire les mauvais traitements.                                                                                                                                                                                                       |
| 2015 Direct observation of respectful maternity care in five countries: a cross-sectional study of health facilities in East and Southern Africa - BMC Pregnancy and Childbirth - Vol. 15 - ISBN: 1471-2393 - p.306. Rosen, Heather E.; Lynam, Pamela F.; Carr, Catherine; Reis, Veronica; Ricca, Jim; Bazant, Eva S.; Bartlett, Linda A.   <a href="http://afar.info/id=2673">http://afar.info/id=2673</a>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 5 pays à bas revenus, étude qui mesure la prévalence des soins respectueux et des soins non respectueux/maltraitants. Méthode: 10 items qui décrivent les actions qui doivent être prises par les soignants de façon à assurer le choix informé, la dignité et l'intimité des femmes. + commentaires libres des observateurs. Détail des 10 items observés<br>A l'accueil<br>1. accueil initial respectueux ("provider greeted the client in a respectful manner"<br>2. encourager la femme à avoir un accompagnant (encouraged her to have a support person present) |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>3. expliquer les interventions avant de les effectuer (explained procedures before proceeding)</p> <p>4. informer la femme de ce qui se passe / des résultats (informed client of findings)</p> <p>5. demander si elle a des questions (asked if she had any questions)</p> <p>Pendant l'accouchement</p> <p>6. est-ce que le soignant explique à la femme ce qui va se passer ("whether the provider explained what would happen during labor to the client")</p> <p>7. encourage à manger/boire (encouraged the client to consume food or fluids)</p> <p>8. encourage ou aide à se déplacer/prendre des positions différentes (encouraged or assisted the client to ambulate and assume different positions)</p> <p>9. accompagner avec bienveillance (supported the client in a friendly way)</p> <p>10. couvrir la femme (draped the client)</p> <p>Résultats: 2164 accouchements ont été observés. Les femmes sont le plus souvent traitées de façon respectueuse et soutenante, mais beaucoup d'entre elles font l'expérience de mauvaises interactions avec les professionnels, et ne sont pas bien informées sur les soins. Dans les commentaires libres, ce qui revient le plus souvent est l'abandon et la négligence.</p> |
| 2014 | Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis - Reproductive Health - Vol. 11, 1 - ISBN: 1742-4755 - p.71. Bohren, Meghan A; Hunter, Erin C; Munthe-Kaas, Heather M; Souza, João; Vogel, Joshua P; Gülmezoglu, A   <a href="http://afar.info/id=2613">http://afar.info/id=2613</a>                                             | Pays à faible ou moyen revenu. Qu'est-ce qui décourage les femmes à venir accoucher en maternité? Cette synthèse met en lumière une abondance de rapports sur des soins non-respectueux ou maltraitants et appelle à une orientation de la recherche vers des soins obstétricaux respectueux, non violents, et de bonne qualité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 2014 | 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 and Childbirth - Vol. 14, 1 - ISBN: 1471-2393 - p.268. McMahon, Shannon A; George, Asha S; Chebet, Joy J; Moshia, Idda H; Mpembeni, Rose NM; Winch, Peter J   <a href="http://afar.info/id=2615">http://afar.info/id=2615</a> | Les chercheurs ont interviewé 112 femmes qui ont accouché dans un établissement de santé et leurs partenaires. Elles rapportent d'abord une expérience positive ou neutre, puis lorsqu'on les interroge plus en profondeur elles rapportent des événements ou conditions décrites comme violences obstétricales dans la littérature sur la santé maternelle: sentiment d'être ignorée ou négligée; demandes d'argent ou traitement discriminatoire; violence verbale; plus rarement violence physique (Tanzanie)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 2014 | Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality - The Lancet - Vol. 384, 9949 - ISBN: 01406736 - p.1215-1225. Van Lerberghe, Wim; Matthews, Zoe; Achadi, Endang; Ancona, Chiara; Campbell, James; Channon, Amos; de Bernis, Luc; De Brouwere, Vincent;                                                                         | Composantes de l'amélioration du système de soins maternels/nouveau-né au Burkina Faso, au Cambodge, en Indonésie et au Maroc: efforts de formation des sages-femmes, extension du réseau d'établissement, réduction des obstacles financiers; mais pas ou peu d'attention à la surmédicalisation ni aux soins respectueux des femmes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | Fauveau, Vincent; Fogstad, Helga; Koblinsky, Marge; Liljestrand, Jerker; Mechbal, Abdelhay; Murray, Susan F; Rathavay, Tung; Rehr, Helen; Richard, Fabienne; ten Hoope-Bender, Petra; Turkmani, Sabera   <a href="http://afar.info/id=2616">http://afar.info/id=2616</a>                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 2014 | Narratives of distress about birth in South African public maternity settings: A qualitative study - Midwifery - Vol. 30, 7 - ISBN: 02666138 - p.862-868. Chadwick, Rachelle J.; Cooper, Diane; Harries, Jane   <a href="http://afar.info/id=2617">http://afar.info/id=2617</a>                                                                                       | Afrique du Sud. Récits de 33 femmes. Plus de la moitié révèlent des situations de détresse en relation avec leur accouchement. Les facteurs associés à la détresse sont d'abord de mauvaises relations avec les professionnels de soins, puis un manque d'information, la négligence et l'abandon, l'absence d'un accompagnateur pendant le travail.                                                                                                                                                      |
| 2014 | 'They treat you like you are not a human being': Maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana - Midwifery - Vol. 30, 2 - ISBN: 02666138 - p.262-268. Moyer, Cheryl A.; Adongo, Philip B.; Aborigo, Raymond A.; Hodgson, Abraham; Engmann, Cyril M.   <a href="http://afar.info/id=2618">http://afar.info/id=2618</a>                               | Maltraitance pendant l'accouchement: interviews individuels ou en groupe auprès d'habitants et de professionnels de soins. Les mauvais traitements sont évoqués spontanément et parmi tous les types d'interviewés, ce qui suggère que le problème n'est pas inhabituel et que cela peut dissuader les femmes d'aller accoucher en milieu hospitalier (Nord du Ghana)                                                                                                                                     |
| 2012 | Do Malawian women critically assess the quality of care? A qualitative study on women's perceptions of perinatal care at a district hospital in Malawi - Reproductive Health - Vol. 9 - ISBN: 1742-4755 - p.30. Kumbani, Lily C.; Chirwa, Ellen; Malata, Address; Odland, Jon Øyvind; Bjune, Gunnar   <a href="http://afar.info/id=2670">http://afar.info/id=2670</a> | Conclusion de cette étude qui a analysé 14 entretiens. Les femmes du Malawi sont demandeuses de bientraitance mais peu demandeuses en qualité des soins, du fait d'une faible information.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 2011 | Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias - Interface Comun Saúde Educ - Vol. 15 - p.79-91. de Aguiar, Janaína Marques; d'Oliveira, AFPL   <a href="http://afar.info/id=2641">http://afar.info/id=2641</a>                                                                                                                            | Au Brésil, étude à partir d'entretiens avec 22 femmes qui révèle une banalisation de la maltraitance institutionnelle (manque de respect, discrimination) dans les maternités publiques.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2005 | 'I Felt as though I'd been in Jail': Women's Experiences of Maternity Care during Labour, Delivery and the Immediate Postpartum - Feminism & Psychology - Vol. 15, 3 - ISBN: 0959-3535, 1461-7161 - p.315-342. Baker, Sarah R.; Choi, Precilla Y. L.; Henshaw, Carol A.; Tree, Joanne   <a href="http://afar.info/id=2643">http://afar.info/id=2643</a>               | Article de 2005 dans revue Feminism & psychology. Grande Bretagne. Analyse d'entretiens avec 24 femmes. Le sujet est l'impact des soignants sur le vécu des femmes lors de l'accouchement et du post partum. Des grands thèmes émergent :<br>- sentiment de perte de contrôle<br>- attitudes des soignants<br>- ressources (surtout disponibilité des soignants)<br>- alimentation (notamment allaitement)<br><br>L'article analyse et donne des exemples de témoignages sur chacun de ces grands thèmes. |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>2005 Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana - BMC Public Health - Vol. 5, 1 - ISBN: 1471-2458 - p.1-11. D'Ambruoso, Lucia; Abbey, Mercy; Hussein, Julia   <a href="http://afar.info/id=2669">http://afar.info/id=2669</a></p> | <p>Ghana. Les aspects inter-personnels entre les femmes qui accouchent et les soignants sont un facteur clef de satisfaction des femmes, et donc de fréquentation des services de maternité.</p>                                                                                                                                                                                       |
| <p>1998 Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services - Social Science &amp; Medicine - Vol. 47, 11 - ISBN: 02779536 - p.1781-1795. Jewkes, Rachel; Abrahams, Naeemah; Mvo, Zodumo   <a href="http://afar.info/id=2619">http://afar.info/id=2619</a></p>                     | <p>Afrique du Sud. La violence des personnels infirmiers à travers des entretiens individuels et de groupe, pour les soins en maternité. La violence est liée à au besoin d'identité professionnelle et d'identité de classe moyenne des soignants, et banalisée du fait de la non responsabilité du système et des cadres. Sous-tendue par l'idée d'une infériorité des patients.</p> |

## Liste des références retenues et non retenues

### Références retenues dans cette bibliographie

1. Zacher Dixon L. Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices: Obstetrics in a Time of Violence. *Medical Anthropology Quarterly*. sept 2015;n/a - n/a.
2. Vogel JP, Bohren MA, Tunçalp Ö, Oladapo OT, Adanu RM, Baldé MD, et al. How women are treated during facility-based childbirth: development and validation of measurement tools in four countries – phase 1 formative research study protocol. *Reproductive Health*. 2015;12:60.
3. Vacaflor H, Alejandro C. Obstetric Violence in Argentina: a Study on the Legal Effects of Medical Guidelines and Statutory Obligations for Improving the Quality of Maternal Health [Internet] [Thesis]. 2015 [cité 18 mars 2016]. Disponible sur: <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/70430>
4. Rosen HE, Lynam PF, Carr C, Reis V, Ricca J, Bazant ES, et al. Direct observation of respectful maternity care in five countries: a cross-sectional study of health facilities in East and Southern Africa. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015;15:306.
5. Pickles C. Eliminating abusive 'care': A criminal law response to obstetric violence in South Africa. *South African Crime Quarterly*. 2015;54(0):5-16.
6. Miller S, Lalonde A. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother-baby friendly birthing facilities initiative. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. oct 2015;131, Supplement 1:S49-52.
7. McKenzie-McHarg K, Ayers S, Ford E, Horsch A, Jomeen J, Sawyer A, et al. Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 27 mai 2015;33(3):219-37.
8. Mary Beth Hastings. Pulling back the curtain on disrespect and abuse/dévoiler le manque de respect et les mauvais traitements autour de l'accouchement et de la naissance [Internet]. White Ribbon Alliance; 2015 sept p. 10. Disponible sur: <http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2016/03/Notes-d---orientation-de--voiler-le-manque-de-respect-et-les-mauvais-traitements-autour-de-l---accouchement-et-la-naissance.pdf>
9. Kujawski S, Mbaruku G, Freedman LP, Ramsey K, Moyo W, Kruk ME. Association Between Disrespect and Abuse During Childbirth and Women's Confidence in Health Facilities in Tanzania. *Maternal and Child Health Journal*. oct 2015;19(10):2243-50.
10. Jewkes R, Penn-Kekana L. Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLoS Med*. 30 juin 2015;12(6):e1001849.
11. Honikman S, Fawcus S, Meintjes I. Abuse in South African maternity settings is a disgrace: Potential solutions to the problem. *South African Medical Journal*. 10 mars 2015;105(4):284.
12. Cohen Shabot S. Making Loud Bodies « Feminine »: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies* [Internet]. 9 oct 2015 [cité 18 mars 2016]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10746-015-9369-x>

13. 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.* 30 juin 2015;12(6):e1001847.
14. Respectful Maternity Care Toolkit [Internet]. Knowledge for health/ United States Agency for International Development (USAID); 2014. Disponible sur: <https://www.k4health.org/toolkits/rmc>
15. Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, Ancona C, Campbell J, Channon A, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *The Lancet.* sept 2014;384(9949):1215-25.
16. Moyer CA, Adongo PB, Aborigo RA, Hodgson A, Engmann CM. 'They treat you like you are not a human being': Maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. *Midwifery.* févr 2014;30(2):262-8.
17. McMahon SA, George AS, Chebet JJ, Mosha IH, Mpenbeni RN, 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 and Childbirth.* 2014;14(1):268.
18. Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet.* 20 sept 2014;384(9948):e42-4.
19. DE L'OMS D. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins. 2014 [cité 27 oct 2015]; Disponible sur: [http://www.nexus.fr/wp-content/uploads/2015/04/maltraitance\\_accouchement\\_OMS.pdf](http://www.nexus.fr/wp-content/uploads/2015/04/maltraitance_accouchement_OMS.pdf)
20. Chadwick RJ, Cooper D, Harries J. Narratives of distress about birth in South African public maternity settings: A qualitative study. *Midwifery.* juill 2014;30(7):862-8.
21. Brüggemann J, Swahnberg K. Staff silence about abuse in health care: An exploratory study at a Swedish women's clinic. *Clinical Ethics.* 2014;9:71-6.
22. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza J, Vogel JP, Gülmezoglu A. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health.* 2014;11(1):71.
23. Bellon Sanchez S. Obstetric violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues? [Internet]. Utrecht University - Universidad de Granada; 2014 [cité 28 oct 2015]. Disponible sur: <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/298064>
24. Wolf AB. Metaphysical Violence and Medicalized Childbirth. *International Journal of Applied Philosophy.* 1 avr 2013;27(1):101-11.
25. St-Amant S. DÉCONSTRUIRE L'ACCOUCHEMENT : ÉPISTÉMOLOGIE DE LA NAISSANCE, ENTRE EXPÉRIENCE FÉMININE, PHÉNOMÈNE BIOLOGIQUE ET PRAXIS TECHNOMÉDICALE | Stéphanie St-Amant - Academia.edu [Internet] [Sémiologie]. [Montréal]: Université du Québec; 2013 [cité 24 oct 2015]. Disponible sur: [https://www.academia.edu/5700272/Th%C3%A8se\\_de\\_doctorat\\_D%C3%89CONSTRUIRE\\_L\\_ACCOUCHEMENT\\_%C3%89PIST%C3%89MOLOGIE\\_DE\\_LA\\_NAISSANCE\\_ENTRE\\_EXP%C3%89RIENCE\\_F%C3%89MININE\\_PH%C3%89NOM%C3%89NE\\_BIOLOGIQUE\\_ET\\_PRAXIS\\_TECHNOM%C3%89DICALE](https://www.academia.edu/5700272/Th%C3%A8se_de_doctorat_D%C3%89CONSTRUIRE_L_ACCOUCHEMENT_%C3%89PIST%C3%89MOLOGIE_DE_LA_NAISSANCE_ENTRE_EXP%C3%89RIENCE_F%C3%89MININE_PH%C3%89NOM%C3%89NE_BIOLOGIQUE_ET_PRAXIS_TECHNOM%C3%89DICALE)
26. Schroll A-M, Kjaergaard H, Midtgaard J. Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women-a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth.* 2013;13(1):74.

27. Olza Fernández I. PTSD and obstetric violence. *Midwifery Today Int Midwife*. 2013;(105):48-9, 68.
28. Brüggemann AJ, Swahnberg K. What contributes to abuse in health care? A grounded theory of female patients stories. *International Journal of Nursing Studies*. mars 2013;50(3):404-12.
29. Bernard-Chatelain C. Bienveillance, bienveillance et maltraitance à la maternité. *Rev med perinat*. 29 mai 2013;5(2):120-4.
30. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos Obstetric violence: another form of Human Rights violation. *Revista Redbioética/UNESCO*. juin 2013;4(7):25-34.
31. Zbikowski A, Brüggemann AJ, Wijma B, Zeiler K, Swahnberg K. Ethical guidelines and the prevention of abuse in healthcare. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. nov 2012;165(1):18-28.
32. Veronica Reis, MD, MPH, Barbara Deller, Catherine Carr, CNM, DrPH, Jeffrey Smith, MD, MPH. Respectful maternity care. Country experience [Internet]. USAID from the american people. MCHIP Maternal and child health integrated program; 2012 nov p. 42. Disponible sur: [https://www.k4health.org/sites/default/files/RMC%20Survey%20Report\\_0.pdf](https://www.k4health.org/sites/default/files/RMC%20Survey%20Report_0.pdf)
33. Swahnberg K, Wijma B. Staffs perception of abuse in healthcare: a Swedish qualitative study. *BMJ open* [Internet]. 2012 [cité 29 nov 2015];2(5). Disponible sur: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-87734>
34. Kumbani LC, Chirwa E, Malata A, Odland JØ, Bjune G. Do Malawian women critically assess the quality of care? A qualitative study on women's perceptions of perinatal care at a district hospital in Malawi. *Reproductive Health*. 2012;9:30.
35. Faneite J, Feo A, Toro Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev obstet ginecol Venezuela*. mars 2012;72(1):4-12.
36. Brüggemann AJ. Toward an Understanding of Abuse in Health Care : A Female Patient Perspective. 2012 [cité 29 nov 2015]; Disponible sur: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-79334>
37. Brüggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Patients' silence following healthcare staff's ethical transgressions. *Nurs Ethics*. 1 nov 2012;19(6):750-63.
38. Bruggemann AJ, Swahnberg K. Patients' silence towards the healthcare system after ethical transgressions by staff: associations with patient characteristics in a cross-sectional study among Swedish female patients. *BMJ Open*. 29 nov 2012;2(6):e001562-e001562.
39. White Ribbon Alliance. Le respect dans les soins de maternité: les droits universels des femmes lors de la période périnatale [Internet]. <http://whiteribbonalliance.org/>. 2011 [cité 15 mars 2016]. Disponible sur: <http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2015/03/RespectfulCareCharterFrench.pdf>
40. Swahnberg K, Wijma B. Staff's awareness of abuse in health care varies according to context and possibilities to act. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1 juin 2011;32(2):65-71.
41. mission ministérielle. Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé. 2011.
42. Magnone Alemán N. Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Magnone.pdf>

43. Ford E, Ayers S. Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychol Health*. déc 2011;26(12):1553-70.
44. Denis A, Parant O, Callahan S. Post-traumatic stress disorder related to birth: a prospective longitudinal study in a French population. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 1 avr 2011;29(2):125-35.
45. de Aguiar JM, d'Oliveira A. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface Comun Saúde Educ*. 2011;15:79-91.
46. Pérez D'Gregorio R. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. déc 2010;111(3):201-2.
47. Goer H. Cruelty in Maternity Wards: Fifty Years Later. *J Perinat Educ*. 2010;19(3):33-42.
48. Browser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis [Internet]. Harvard School of Public Health University Research Co., LLC; 2010 [cité 24 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.mhtf.org/document/exploring-evidence-for-disrespect-and-abuse-in-facility-based-childbirth-report-of-a-landscape-analysis/>
49. Denis A, Callahan S. État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. déc 2009;19(4):116-9.
50. Campagnon C, Ghadi V. Haute Autorité de Santé - Un état des lieux fondé sur des témoignages d'usagers et de professionnels : la maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé - Étude de Claire COMPAGNON et Véronique GHADI [Internet]. Haute autorité de santé (HAS); 2009 [cité 27 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_915259/fr/un-etat-des-lieux-fonde-sur-des-temoignages-d-usagers-et-de-professionnels-la-maltraitance-ordinaire-dans-les-etablissements-de-sante-etude-de-claire-compagnon-et-veronique-ghadi](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915259/fr/un-etat-des-lieux-fonde-sur-des-temoignages-d-usagers-et-de-professionnels-la-maltraitance-ordinaire-dans-les-etablissements-de-sante-etude-de-claire-compagnon-et-veronique-ghadi)
51. Swahnberg K, Thapar-Björkert S, Berterö C. Nullified : Women's perceptions of being abused in health care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 2007;28(3):161-7.
52. 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 Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2007;86(3):349-56.
53. Swahnberg K, Wijma B, Liss P-E. Female patients report on health care staff's disobedience of ethical principles. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1 janv 2006;85(7):830-6.
54. Shaw D, Faúndes A. What is the relevance of women's sexual and reproductive rights to the practising obstetrician/gynaecologist? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 1 juin 2006;20(3):299-309.
55. Kitzinger S. Birth as rape: There must be an end to 'just in case' obstetrics. *British Journal of Midwifery*. 1 sept 2006;14(9):544-5.
56. D'Ambruoso L, Abbey M, Hussein J. Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana. *BMC Public Health*. 2005;5(1):1-11.
57. Baker SR, Choi PYL, Henshaw CA, Tree J. 'I Felt as though I'd been in Jail': Women's Experiences of Maternity Care during Labour, Delivery and the Immediate Postpartum. *Feminism & Psychology*. 8 janv 2005;15(3):315-42.
58. Lefeuvre-Darnajou K. La violence en milieu hospitalier : de la prévention à la sanction de la violence par le droit. *Médecine & Droit*. mars 2004;2004(65):54-66.

59. Vadeboncoeur H. Les gestes obstétricaux violents. Les Dossiers de l'Obstétrique. 2003;(317):26-9.
60. Swahnberg K. Prevalence of gender violence : studies of four kinds of abuse in five Nordic countries. 2003 [cité 29 nov 2015]; Disponible sur: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-26670>
61. Swahnberg IMK, Wijma B. The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. Eur J Public Health. déc 2003;13(4):361-6.
62. Collectif, Sardan J-PO de, Jaffré Y. Une médecine inhospitalière : Les Difficiles Relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Karthala; 2003. 464 p.
63. d'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. The Lancet. 11 mai 2002;359(9318):1681-5.
64. Cesbron P. Plaidoyer pour une bientraitance obstétricale: de la « sécurité » au « bien-être ». Journal de pédiatrie et de puériculture. 2001;14(6):341-6.
65. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. Social Science & Medicine. déc 1998;47(11):1781-95.
66. Roberts DH, Roberts H. Women's Health Matters. Routledge; 1992. 220 p.
67. Bergstrom L, Roberts J, Skillman L, Seidel J. « You'll Feel Me Touching You, Sweetie »: Vaginal Examinations During the Second Stage of Labor. Birth. mars 1992;19(1):10-8.
68. Gloria. Cruelty in Maternity Wards [Internet]. Wise Woman Way of Birth. 1958 [cité 27 oct 2015]. Disponible sur: <http://wisewomanwayofbirth.com/cruelty-in-maternity-wards/>

### Références non retenues dans le cadre de cette bibliographie

1. Schepper SD, Vercauteren T, Tersago J, Jacquemyn Y, Raes F, Franck E. Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. Midwifery. 1 janv 2016;32:87-92.
2. Simmons J, Brüggemann J, Swahnberg K. Disclosing victimization to health care professionals in Sweden : gendered analysis of experiences among men exposed to interpersonal violence. 2015 [cité 29 nov 2015]; Disponible sur: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-114678>
3. Honikman S, Fawcus S, Meintjes I. Abuse in South African maternity settings is a disgrace: Potential solutions to the problem. South African Medical Journal. 10 mars 2015;105(4):284.
4. Brüggemann J, Swahnberg K, Wijma B. A first online intervention to increase patients perceived ability to act in situations of abuse in health care: reports of a Swedish pre-post study. BMC Medical Ethics [Internet]. 2015 [cité 29 nov 2015];16(35). Disponible sur: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-121147>
5. Zbikowski A, Brüggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Counteracting Abuse in Health Care : A Quantitative Evaluation of an Intervention with Forum Play for Staff. 2014 [cité 13 févr 2016]; Disponible sur: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-106232>

Zbikowski A. Counteracting Abuse in Health Care from a Staff Perspective: Ethical Aspects and Practical Implications [Internet]. Linköping; 2014 [cité 24 mars 2016]. Disponible sur: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-106234>

6. Fenech G, Thomson G. Tormented by ghosts from their past': A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*. 1 févr 2014;30(2):185-93.
7. Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J. Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*. 1 févr 2014;30(2):255-61.
8. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Misago C. Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. *BMC Pregnancy Childbirth*. 11 nov 2013;13:205.
9. 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. *Journal of Psychosomatic Research*. 1 oct 2012;73(4):257-63.
10. Montmasson H, Bertrand P, Perrotin F, El-Hage W. Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. oct 2012;41(6):553-60.
11. Harris R, Ayers S. What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum « hotspots ». *Psychol Health, Psychology and Health* [Internet]. 2012 [cité 27 oct 2015];27(10). Disponible sur: [https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/en/publications/what-makes-labour-and-birth-traumatic-a-survey-of-intrapartum-hotspots\(e83a9795-9523-4b7e-a96a-217230eb1a04\).html](https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/en/publications/what-makes-labour-and-birth-traumatic-a-survey-of-intrapartum-hotspots(e83a9795-9523-4b7e-a96a-217230eb1a04).html)
12. Dunn HM. Someone else's child: women's experiences of disconnection and birth distress [Internet]. Education: Faculty of Education; 2011 [cité 27 oct 2015]. Disponible sur: <http://summit.sfu.ca/item/11985>
13. Vasseur P, Vidal L. Le soignant en son miroir. *Accompagnement anthropologique d'une intervention en santé maternelle au Sénégal*. Autrepart. 22 oct 2010;(55):107-24.
14. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*. oct 2010;66(10):2142-53.
15. Waldenström U, Schytt E. A longitudinal study of women's memory of labour pain—from 2 months to 5 years after the birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1 mars 2009;116(4):577-83.
16. Lundgren I, Karlsdottir SI, Bondas T. Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context—a secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. janv 2009;4(2):115-28.
17. Gamble J, Creedy DK. A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery*. 1 avr 2009;25(2):e21-30.
18. Cuevas MCC. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico? improntas de la praxis obstétrica. *Revista venezolana de estudios de la mujer*. 2009;14(32):147-62.
19. Ayers S, Ford E. Birth trauma: Widening our knowledge of postnatal mental health. *European Health Psychologist*. 2009;11(2):16-9.

20. Berry NS. Who's Judging the Quality of Care? Indigenous Maya and the Problem of « Not Being Attended ». *Medical Anthropology*. 29 avr 2008;27(2):164-89.
21. Jaffre Y, Prual A. Midwives in Niger: An uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. *Social Science & Medicine*. avr 1994;38(8):1069-73.

## Plus d'informations

### Base bibliographique de l'AFAR

Sous chaque article, les liens au format <http://afar.info/id=> renvoient aux fiches de la base de l'AFAR.

Les fiches de la base AFAR contiennent les résumés, commentaires et traductions et éventuellement le texte intégral de l'article soit en accès libre ou protégé par mot de passe.

Contact : [afar\\_contact@yahoo.fr](mailto:afar_contact@yahoo.fr) ou par Twitter [https://twitter.com/veille\\_afar](https://twitter.com/veille_afar)

### Bibliographie sur Zotero

L'outil de bibliographie Zotero a été utilisé pour produire cette bibliographie. La bibliothèque des sources reste disponible <https://www.zotero.org/groups/afar/items/collectionKey/RIXQMFVK>

*Remerciements à M-H. Lahaye, S.St-Amant et H.Vadeboncoeur.*