

Maltraitements liés aux soins

DIU Prise en charge des violences faites aux femmes. Vers la bientraitance

Sommaire

1. Le Ciane dans le débat sur les violences obstétricales
2. Les violences obstétricales: manifestations, conséquences
3. Mme A.
4. Lectures & contact

Qu'est-ce que le Ciane

Collectif créé en 2003

Collectif interassociatif autour de la naissance

Rassemble 32 associations de [parents/usagers](#), locales comme nationales

[Agréé](#) pour la représentation des usagers depuis 2008

Des [bénévoles](#) uniquement

Association loi 1901 à petit budget (- de 2000€/an)

Le Ciane dans le débat sur les violences obstétricales

Expertise du Ciane acquise :

Accompagnement des femmes et couples en démarche de [recours](#)

[Enquête](#) en ligne sur le vécu de l'accouchement et dossiers [thématiques](#)

Recueil des [témoignages](#) de femmes et de couples

Revue de la [littérature internationale](#) sur violence obstétricale (2016)

[Synthèse](#) de note expertise et [propositions](#) dans un dossier de presse (2017)

Comment se manifeste la violence obstétricale?

Perturbation de la relation de soins comprise dans sa globalité:

Violence **verbale** (dénigrement, propos infantilisants, sexistes, humiliants, menaces, intimidations, ...)

Déni de la **douleur** exprimée et mauvaise prise en charge de la douleur (négation du ressenti de la patiente, césarienne et forceps « à vif » ...)

Absence **d'information**, de **communication**, pas de recherche du **consentement**, pas de respect des **choix** de la femme

Absence d'**accompagnement** ou de **bienveillance**

Absence de respect de l'**intimité** et de la **pudeur**

Brutalité des gestes et des comportements

En situations d'urgence, mais surtout lors d'un accouchement « banal »

... et aussi actes médicaux inappropriés

Violences obstétricales: quelles conséquences?

Stress post-traumatique: réminiscences, pertes du sommeil, cauchemar, **angoisses**+++ , **image** personnelle dégradée, difficulté dans le **lien** à l'enfant, perte de **confiance** dans les soignants et abandon du suivi **médical** personnel, parfois **errance** médicale

Dépression, impossibilité de reprendre le travail ou arrêt nécessaire de longue durée après la reprise car obsédée par la remontée des événements, **épuisée** physiquement et psychiquement, **douleurs** périnéales résistantes au long cours en cas de séquelles d'épisiotomie ou comme expression du traumatisme (contractures chroniques)

Sexualité gravement atteinte (particulièrement en cas de séquelles physiques sur le périnée) voire inexistante

Crise conjugale

Traitement long, qui nécessite souvent conjointement une **psychothérapie**, une aide **médicamenteuse**, des séances **d'EMDR** ou **d'hypnose**, des soins périnéaux... **Coût** élevé: par voie de conséquence, beaucoup **renoncent** aux soins

Mme A, accouchement en CH, type 3 (1/5)

Antécédents : un accouchement difficile avec détresse respiratoire du bébé car cordon trop serré autour du cou. Bon accompagnement dans l'urgence mais douleur mal soulagée (péridurale trop tardive).

Pour cet accouchement, a deux demandes, formulées clairement pendant son suivi : une péridurale au plus près du moment où elle la souhaitera et une grande attention à sa panique face à tout geste invasif. Demande qu'ils lui soient toujours annoncés et expliqués de façon à ce qu'elle arrive à se raisonner car sinon, tout son corps tremble et elle éprouve de la terreur. Le signale à tous les soignants rencontrés. Par ailleurs, espère ne pas avoir d'épisiotomie et là aussi, demande qu'elle soit annoncée et justifiée.

Mme A (2/5)

A son arrivée, pour perte des eaux, rappelle ses deux demandes. Pose d'un **cathéter** sans ménagement et avec une **attitude** moqueuse malgré les explications préalable de Mme A. Première grand moment **d'angoisse**.

Déclenchement à 4h45. A 7h, Mme A appelle la s-f, signalant qu'elle reconnaît des contractions efficaces et qu'elle **demande** un **TV** pour être sûre d'avoir sa **péridurale**. La s-f **refuse** puisque Mme A ne souhaite pas de geste invasif et que « le col ne peut pas être dilaté ». Mme A insiste, sans succès.

Mme A demandera **deux autres fois** un TV et la pose d'une péridurale : une étudiante s-f et une auxiliaire transmettent la demande mais **personne** ne viendra.

Mme A (3/5)

A 8h40, TV enfin réalisé, dilatation complète, le bébé descend, péridurale **impossible**. Mme A est complètement **découragée** et en **détresse**, doit passer en salle de naissance alors que douleur ++++. Phrases « **bateau** » de la s-f très mal vécues : « mais c'est possible d'accoucher sans péridurale », « chaque contraction est votre amie », « grâce à ces contractions, vous vous rapprochez un peu plus de votre fille ». Sentiment **d'abandon** car la s-f prononce ces phrases mais ne la soutient pas vraiment, ne l'encourage pas.

Sentiment de totale **solitude**, peur de **mourir** mais va se mobiliser pour faire naître sa fille. De plus, crise de tétanie, mains paralysées, ne peut pas accueillir sa fille à la naissance. Episiotomie faite **sans annonce** ni explication.

Mme A (4/5)

10 minutes après la naissance, **sondage urinaire sans l'annoncer** à Mme A. Puis pose d'une rachis pour « aller chercher le placenta et que ça ne soit pas une boucherie ». Mme A, très sonnée par son accouchement, **ne comprend pas** vraiment. S'attendait à être **prévenue** et **soutenue** pendant les **gestes invasifs** mais personne n'en prend la peine. Après la rachis, Mme A subira deux révisions utérines sans qu'on la prévienne, sans que la s-f ne lui parle, et alors que la s-f, l'anesthésiste et l'auxiliaire parlent de leurs **vacances**. Sentiment de **viol**, Mme A se sent paralysée, dans l'impossibilité de réagir.

De plus, sa blouse est ouverte et ne la couvre pas. Des **inconnus** entrent dans la salle, discutent avec l'équipe, se réjouissent **entre eux** de cet accouchement « **nickel** », sans lui parler et alors qu'elle ne peut pas cacher son corps car ses mains ne réagissent toujours pas totalement. Grande **gêne**, détresse +++

Mme A (5/5)

Conséquences : Stress post-traumatique et **dépression**. Pleurs, cauchemars, dort très peu, épuisement, difficulté de **lien** à l'enfant, dès les premiers temps le bébé se détourne de sa mère et pleure dans ses bras, difficulté face aux réactions de l'ainé qui réclame « sa maman d'avant », **refus de contact** avec tout soignant, doit faire des efforts pour amener ses enfants chez le médecin, **errance** médicale pour le suivi du bébé car pas confiance dans ce qui lui est dit. Précision : **aucun pb antérieur** avec les soignants, son mari est infirmier anesthésiste.

Poursuivie par le sentiment de **viol**, tentative de **suicide** en juin 2017 (absorption de médicaments) traitée par son mari qui sait qu'elle ne supporterait pas d'être hospitalisée. Suivi par **psychologue** et séance d'EMDR. Hypnose conseillée fortement mais incapable d'accepter un état de conscience modifiée car craint nouvelle **agression** même si confiance dans son thérapeute.

Médiation en octobre 2017. Demande que sa situation soit utilisée comme support de **formation** dans l'équipe et plus largement sur le réseau de santé périnatale de son territoire.

Lectures et contacts

Par le Ciane

Violences obstétricales. Comprendre, prévenir, réparer. Ciane, 17 octobre 2017. Dossier (12 pages), communiqué de presse et infographie sur <http://ciane.net> (page d'accueil)

Bibliographie violence obstétricale. AFAR (membre du Ciane), avril 2016. 68 pages sur <http://ciane.net> (publications)

Dans la bibliographie

Violence obstétricale - émergence d'un problème public en France | Nastassia Audibert - Academia.edu. Sciences Po – PSIA; 2016

Posttraumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. McKenzie-McHarg K, Ayers S, Ford E, Horsch A, Jomeen J, Sawyer A, et al. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 27 mai 2015;33(3):219-37.

Anne Evrard

aevrard.pbuchou@wanadoo.fr

Emmanuelle Phan

Emmanuelle.phan@naissance.asso.fr

collectif@ciane.net

