



**HAL**  
open science

# Violence obstétricale : essai de définition à partir de la littérature scientifique

Marie-Laure Franeczek

► **To cite this version:**

Marie-Laure Franeczek. Violence obstétricale : essai de définition à partir de la littérature scientifique. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01946490

**HAL Id: dumas-01946490**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01946490v1>**

Submitted on 6 Dec 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# **VIOLENCE OBSTETRICALE :**

## **Essai de définition à partir de la littérature scientifique**

Présenté publiquement et soutenu devant  
l'École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

Le 7 septembre 2018

Par

FRANECZEK Marie-Laure

Née le 02 mai 1994

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année universitaire 2017/2018

Membres du jury :

- BERNARD Marie-Reine, Directrice de mémoire, sage-femme et docteur en sciences de l'éducation
- BALZING Marie-Pierre, Sage-femme enseignante, directrice du Département de Formation initiale de l'École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée
- HASSLER Pascale, Sage-femme enseignante



**École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée**

**Université Aix Marseille**

**Violence obstétricale :**

**Essai de définition à partir de la littérature scientifique**

**FRANECZEK Marie-Laure**

**02 mai 1994**

**Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme**

**Année universitaire 2017-2018**

**Validation 1<sup>ère</sup> session 2018 :  oui  non**

**Mention :**

**Félicitations du Jury**

**Très bien**

**Bien**

**Assez bien**

**Passable**

**Validation 2<sup>ème</sup> session 2018 :  oui  non**

**Visa et tampon de l'école**

## REMERCIEMENTS

Un immense merci,

À Marie-Reine Bernard, ma directrice de mémoire, qui m'a accompagnée tout au long de ce travail avec efficacité.

À l'ensemble de l'équipe pédagogique, qui a validé ce sujet de recherche.

À mes parents et ma sœur, pour leur confiance, leur bienveillance, leur écoute et leurs petites attentions au quotidien.

À mes amies de promo, pour leur présence indéfectible à chaque moment.

À Olivier, pour ses encouragements.

## SOMMAIRE

Introduction.....	1
Matériels et méthodes.....	4
Résultats.....	6
Analyse et discussion.....	12
<i>Biais et limites de l'étude.....</i>	<i>12</i>
<i>Violence obstétricale, médicalisation, biopouvoir et recommandations des organismes de santé.....</i>	<i>12</i>
<i>Violence obstétricale et perspective de genre.....</i>	<i>15</i>
Conclusion.....	18
Bibliographie.....	19
Annexes.....	22
Glossaire.....	33
Résumé.....	

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Diagramme de sélection des articles à partir des bases de données consultées.....	5
Tableau 1 : Présentation des articles retenus.....	7
Tableau 2 : Présentation des composantes conceptuelles de la violence obstétricale identifiées et des pratiques obstétricales qui leur sont corrélées.....	10
Tableau 3 : Manifestations générées par la violence obstétricale chez les femmes....	11

*« Ma revendication en tant que femme c'est que ma différence soit prise en compte, que je ne sois pas contrainte de m'adapter au modèle masculin. »*

Simone Veil 1927-2017

## INTRODUCTION

Au début des années 2000, le terme « violence obstétricale » (VO) est apparu en Amérique latine. D'après Sánchez (cité par Pickles, 2015) le mouvement luttant contre la violence obstétricale en Amérique latine est né d'une longue histoire, d'un activisme global. Ce mouvement a rassemblé des actions venant d'organisations non gouvernementales, d'organisations internationales, de « *politiques de développement intégrant de plus en plus la dimension du genre* », de « *groupes féministes luttant pour les droits reproductifs des femmes et " l'humanisation de la naissance "* » (Audibert, 2016, citée par HCE, 2018, p.48).

A la suite de ces revendications civiles, plusieurs pays en Amérique latine ont légiféré à ce propos. En mars 2007, le Venezuela a été le pionnier en introduisant le terme de « violence obstétricale » dans la loi organique sur le droit des femmes à une vie sans violence. Une dizaine d'Etats du Mexique dont Durango, Veracruz, Guanajuato et Chiapas, l'Argentine ainsi que le Brésil ont suivi le pas (HCE, 2018). Le texte de loi du Venezuela définit la violence obstétricale comme : « *L'appropriation par le personnel de santé du corps des femmes et du processus de reproduction, qui se manifeste par un traitement déshumanisant, un abus de médicalisation et une pathologisation des processus naturels ; ce qui entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et de capacité à décider en toute liberté en ce qui concerne leur propre corps et sexualité, affectant négativement leur qualité de vie* » (Rodrigues et al., 2015, p.201). Les lois argentine et mexicaine sont sensiblement identiques. Celle du Brésil se distingue par la personne à l'origine de la VO qui peut également être un membre de la famille ou un accompagnant (HCE, 2018)(Annexe). Par la suite, l'usage du terme « violence obstétricale » s'est répandu dans le monde anglo-saxon (HCE, 2018) et francophone.

En 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) constatait dans une déclaration que « *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 voulait être 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* ».

Simultanément, une succession d'événements médiatiques relatifs à des sujets gynécologiques ou obstétricaux ont émergé en France. Peuvent notamment être cités : -l'affaire sur le « point du mari » mettant en lumière la pratique, après l'accouchement, d'une suture périnéale ne respectant pas l'anatomie périnéale de la femme et ayant pour but de « resserrer » l'entrée du vagin afin d'augmenter le plaisir masculin lors d'un rapport sexuel ; -l'appel à témoigner des expériences négatives vécues en gynécologie sur le réseau social *Twitter* lancé par une étudiante en pharmacie avec le mot-clé *#PayeTonUtérus* ; -la diffusion de documents témoignant d'une pratique de toucher vaginal chez les patientes sous anesthésie générale par les étudiants en médecine ; -la création de la page *Facebook* « Paye Ton Gynéco » recueillant des témoignages de violence ou sexisme en gynécologie et obstétrique (HCE, 2018).

Au cours de l'été 2017, la secrétaire d'Etat chargée à l'égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa, a évoqué publiquement le terme de « violence obstétricale » provoquant l'engouement des médias autour de ce sujet : « *La violence obstétricale : mais qu'est-ce que c'est ?* » (Pino, 2017), « *Quand l'accouchement se vit dans la violence* » (Thibert et Piquet, 2017), « *Violences gynéco-obstétricales : comment on a pérennisé des régimes autorisant la maltraitance de femmes* » (Rabier, 2017), « *Violences gynéco-obstétricales : l'enjeu n'est pas seulement médical* » (Rabier, 2017), « *Accoucher dans la violence* » (Kronlund, 2017). Dans ce contexte, la réalisation d'un état des lieux « *permettant d'une part de mesurer et objectiver le phénomène en identifiant précisément la nature des problématiques soulevées, et d'autre part, de mettre en exergue les différents leviers à mobiliser* » a été confiée à la présidente du Haut Conseil à l'Egalité (HCE) par la secrétaire d'Etat chargée à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE, 2018, p.18). Ce rapport est paru en janvier 2018. Dans ce rapport, le HCE (2018, p.3) qualifie « *les violences gynécologiques et obstétricales* » comme étant les « *actes sexistes les plus graves* ». Les actes sexistes sont définis par : « *des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant.e.s — de toutes spécialités — femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant.e.s. Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves* ».

Dans la presse, la violence obstétricale est souvent associée à la maltraitance des femmes en obstétrique mais n'est pas toujours clairement définie. Des associations

concernées par la violence obstétricale se sont créés en France. Des blogs ont également vu le jour sur internet dont le plus connu est sûrement celui de Marie-Hélène Lahaye, *Marie accouche là*, qui donne une définition de la violence obstétricale : « *tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente* » (Lahaye, 2016). Parmi les revues professionnelles en France, Richard-Guerroudj (2016, p.18) reconnaît, dans un article, qu' « *au niveau international, il n'y a pas de définition claire de la violence obstétricale* ».

La question de recherche est donc la suivante : Existe-t-il un consensus international scientifique pour le concept de violence obstétricale ?

L'objectif de la recherche est d'élaborer une définition de la « violence obstétricale » à partir de la littérature scientifique.

## MATERIELS ET METHODES

L'objectif de ce mémoire étant de définir un concept, une revue de la bibliographie était la plus appropriée pour y répondre. Ce travail est donc basé sur les données internationales.

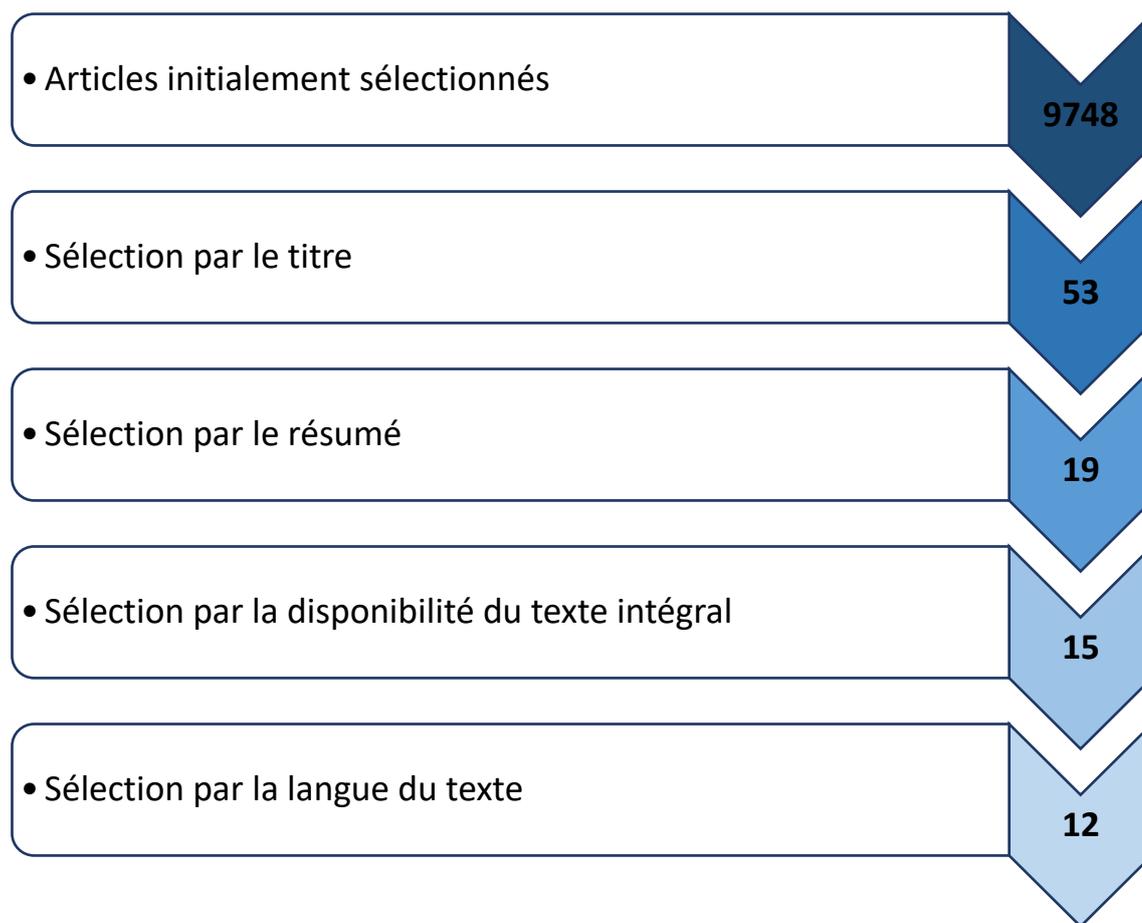
Plusieurs bases de données bibliographiques ont été consultées : Cairn, EM Premium, Science Direct, Pascal ainsi que Medline. Les moteurs de recherche utilisés ont été Google Scholar et PubMed. Summon, un outil permettant de rechercher et d'accéder aux ressources en ligne et en bibliothèque pour la communauté universitaire Aix Marseille Université a été employé.

Les mots-clés retenus pour mener cette recherche ont été : obstetric violence, institutional violence, violence, maternity, childbirth, pregnancy, mistreatment, gender, human rights. Ils ont été combinés à l'aide des opérateurs booléens « AND » et « OR ». Par exemple : « maternity OR childbirth » AND « mistreatment » ; « pregnancy » AND « mistreatment ». Ils ont également été utilisés en français : violence obstétricale, violence institutionnelle, violence, maternité, naissance, grossesse, maltraitance, genre, droits humains.

Prenant en compte la date d'apparition du concept de VO (début des années 2000), la période de couverture des publications a été comprise entre 1999 et juin 2017. La période de recueil des documents s'est étendue d'octobre 2016 à juin 2017.

Les critères d'inclusion ont été : documents en français, anglais ou espagnol. Les critères d'exclusion ont été : intégralité du texte non disponible ou payant, violence en obstétrique non abordée, travail non publié.

Une première sélection des articles répondant à l'objet de la recherche bibliographique s'est faite à partir des bases de données, en quatre étapes (Figure 1). Les deux premières correspondent à la méthode recommandée par la HAS : sélection à partir du titre, puis après lecture du résumé. Lors d'une troisième étape, le texte intégral de 4 articles s'est révélé introuvable ou payant. Ils ont donc été rejetés. Par ailleurs, le texte de 3 articles, dont le résumé figurait en plusieurs langues, était en langue portugaise, raison pour laquelle ils n'ont pas été retenus. Finalement au terme de cette sélection, 12 articles ont été inclus dans l'étude.



**Figure 1.** Diagramme de sélection des articles à partir des bases de données consultées.

Une deuxième sélection a été effectuée de proche en proche, à partir de la bibliographie rencontrée dans les articles préalablement sélectionnés. 8 articles ont été sélectionnés d'après le titre, puis 4 ont été écartés après lecture du résumé.

C'est donc un total de 16 articles qui ont été analysés, selon la méthode d'analyse de contenu (Bardin, 2007).

## RESULTATS

Ordonnés d'après leur date de publication, les seize articles retenus sont présentés dans le tableau 1, précisant à droite la langue du texte intégral.

Par ailleurs, afin de faciliter leur désignation aussi bien pour la présentation des résultats que pour la discussion, un numéro est attribué à chacun d'eux. Il sera indiqué entre crochets.

**Tableau 1 : Présentation des articles retenus.**

Numéro attribué	Articles retenus	Langue*
1	D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. <i>The Lancet</i> . 2002;359(9318):1681–5.	A
2	Pérez D'Gregorio R. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. <i>International Journal of Gynecology and Obstetrics</i> . 2010;111(3):201–2.	A
3	Sosa-Sánchez IA. Les inégalités sociales et la santé sexuelle et reproductive au Mexique : entre la médicalisation et l'exclusion sociale. <i>Recherches féministes</i> . 2010;23(2):143–63.	F
4	Charles S. Obstetricians and Violence Against Women. <i>The American Journal of Bioethics</i> . 2011;11(12):51–6.	A
5	Camacaro M, Ramirez M, Lanza L, Herrera M. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. <i>Utopia y Praxis Latinoamericana</i> . 2015;20(68):113–20.	E
6	Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA da. The pilgrimage in reproductive period: a violence in the field of obstetrics. <i>Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem</i> . 2015;19(4).	A
7	Zacher Dixon L. Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices: Obstetrics in a Time of Violence. <i>Medical Anthropology Quarterly</i> . 2015;29(4):437–54.	A
8	Pickles C. Eliminating abusive “care” - a criminal law response to obstetric violence in South Africa : research article. <i>SA Crime Quarterly</i> . 2015;(54):5–16.	A
9	Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. <i>Reproductive Health Matters</i> . 2016;24(47):56–64.	A
10	Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. <i>Reproductive Health Matters</i> . 2016;24(47):47–55.	A
11	Vacaflor CH. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. <i>Reproductive Health Matters</i> . 2016;24(47):65–73.	A
12	Pozzio MR. La a gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstetrica. <i>Estudios Feministas</i> . 2016;24(1):101–17.	E
13	Cohen Shabot S. Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. <i>Human Studies</i> . 2016;39(2):231–47.	A
14	Chadwick RJ. Obstetric violence in South Africa : guest editorial. <i>South African Medical Journal</i> . 2016;106(5):423–4.	A
15	Majety C, Bejugam S. Challenges and barriers faced by women in accessing justice against obstetric violence. <i>International Journal of Reproduction</i> . 2016;5(9):2899–903.	A
16	Castrillo B. Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. <i>Sexualidad, Salud y Sociedad</i> . 2016;(24):43.	E

\*A= anglais, F=français, E=espagnol.

La lecture attentive des articles sélectionnés a permis de déterminer les caractéristiques générales de la violence obstétricale :

- elle peut être le fait général des professionnels employés au sein d'une institution médicale [15],
- elle peut être le fait individuel d'un professionnel de santé homme ou femme [14],
- elle peut se manifester durant la grossesse, l'accouchement, le post-partum ou un avortement [1, 3, 15].

Au fil de l'analyse des articles, une typologie de la VO, directement mise en lien avec les pratiques professionnelles considérées par les auteurs comme abusives ou injustifiées, a été identifiée. La VO est, en effet, décrite comme le résultat de l'articulation de deux types de violence [1, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 16].

Le premier type de violence est lié à la mise en place de protocoles médicaux institutionnalisés [1, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15]. Les auteurs évoquent une surmédicalisation, des interventions médicales excessives, inappropriées ou non nécessaires [1, 7, 8, 9, 10, 11, 14], ainsi que des pratiques de routine non basées sur les preuves [1, 10, 14, 15]. En outre, l'atteinte portée aux droits humains est retrouvée dans plusieurs articles [1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16]. Cette violation des droits peut se traduire par un refus de soins ou des négligences, des comportements discriminatoires, et/ou diminuant l'autonomie, des comportements à caractère répressifs et/ ou coercitifs de la part des professionnels de santé.

Le second type de violence est lié au genre [1, 3, 4, 5, 6, 8, 12]. D'après l'OMS (2018) le « genre » est un « *mot ser[vant] à évoquer les rôles qui sont déterminés socialement, les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes* ». Tous les auteurs inclus dans l'étude estiment que la violence de genre est l'une des dimensions de la VO. Les pratiques professionnelles corrélées à ce type de violence ont fait l'objet d'une classification selon 3 catégories reconnues comme des actes sexistes par le Haut Conseil à l'Égalité (2018) :

- Celles résultant des préjugés à l'égard des femmes considérées comme manquant d'objectivité et de rationalité pour prendre des décisions adéquates les concernant.
- Celles qui se traduisent par des abus verbaux et émotionnels,

- mais aussi, des abus physiques et/ou sexuels.

Ainsi, une définition synthétique de la violence obstétricale, élaborée à partir de la littérature scientifique, peut être proposée :

Se produisant à différentes périodes de la vie sexuelle et reproductive de la femme, la violence obstétricale résulte de l'articulation et potentialisation de deux types de violence : celle de genre et celle générée par l'institution médicale, dans un contexte de surmédicalisation. Elle s'exprime au travers de pratiques professionnelles de routine, systématiques, et/ou ancrées dans des protocoles médicaux. Elle constitue une violation des droits humains et peut avoir pour conséquence une atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique des femmes.

**Tableau 2 : Présentation des composantes conceptuelles de la violence obstétricale identifiées et des pratiques obstétricales qui leur sont corrélées.**

Eléments de définition	Pratiques obstétricales considérées comme abusives ou injustifiées	Articles	
<b>Violence liée aux protocoles médicaux institutionnalisés</b>			
<b>Surmédicalisation</b>	Pratiques de routine non basées sur les preuves scientifiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Césarienne non justifiée</li> <li>- Episiotomie systématique</li> <li>- Révision utérine systématique ou sans prise en charge de la douleur</li> <li>- Déclenchement du travail en routine</li> <li>- Alimentation artificielle du nouveau-né imposée</li> <li>- Lavement systématique</li> <li>- Décubitus dorsal imposé (travail, accouchement)</li> <li>- Monitoring en continu</li> <li>- Interdictions de bouger, boire ou manger (travail)</li> <li>- Refus d'un.e accompagnant.e</li> </ul>	1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16
	Prise en charge organiciste des femmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en doute de la capacité de l'appareil « reproducteur » à remplir sa fonction</li> <li>- Femme réduite à son utérus comme contenant</li> </ul>	11, 13
<b>Atteinte portée aux droits humains</b>	Refus de soins, négligences	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refus de prise en charge de la douleur (punition)</li> <li>- Absence de monitoring discontinu</li> <li>- Saturation et éloignement des maternités résultant de la réorganisation du réseau</li> <li>- Refus de traitement</li> </ul>	1, 6, 8, 11, 14, 15, 16
	Atteinte portée à l'autonomie, discrimination	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervention sans consentement de la femme</li> <li>- Manipulation de l'information</li> <li>- Utilisation à des fins académiques sans autorisation</li> <li>- Discrimination (prise en charge différente selon sexe, origine ethnique, classe sociale, âge)</li> <li>- Violation du secret médical (divulgaration du statut sérologique)</li> </ul>	1, 3, 4, 8, 10, 11, 13, 14, 16
	Répression, coercition	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menaces de faire appel à la justice, au service de protection de l'enfance</li> <li>- Stérilisation forcée</li> <li>- Contraception forcée (DIU en post partum immédiat)</li> <li>- Décisions de justice arbitraires (femmes contraintes à l'hospitalisation et/ou aux décisions médicales)</li> <li>- Détention dans les établissements</li> </ul>	4, 7, 8, 9
<b>Violence de genre</b>			
<b>Préjugés à l'égard des femmes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugements d'incompétence à prendre des décisions</li> </ul>	3, 4	
<b>Abus verbaux et émotionnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humiliations, paroles obscènes</li> <li>- Culpabilisation morale</li> <li>- Cris, réprimandes, menaces</li> </ul>	1, 3, 6, 8, 12	
<b>Abus physiques et sexuels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen vaginal sans consentement</li> <li>- Coups</li> <li>- Brutalités exercées sur les organes sexuels (pincements vulve, mamelons...)</li> </ul>	3, 5, 12	

Le tableau 3 présente les différentes manifestations émotionnelles et psychologiques, conséquences de la violence obstétricale chez les femmes.

**Tableau 3 : Manifestations générées par la VO chez les femmes**

Sentiments et sensations générés chez les femmes	Articles
Peur, anxiété, appréhension, nervosité	6, 9, 13
Traumatisme	9, 13
Syndrome de stress post traumatique	
Perte de dignité et de contrôle	9
Oppression	13
Perte d'estime de soi	13
Infantilisation physique et émotionnelle	13
Sensation d'avoir été violée	13
Annihilation	13
Honte	13
Culpabilité	6
Insécurité	6

## ANALYSE ET DISCUSSION

### *Biais et limites de l'étude.*

Les principaux biais identifiés sont le biais linguistique puisque la majorité des articles retrouvés étaient en langues étrangères.

Les limites de l'étude sont aussi linguistiques car seuls ont été traités les articles en français, anglais et espagnol. La littérature grise, les travaux universitaires non publiés n'ont pas été analysés. Il serait pertinent dans un prochain travail de les inclure.

### *Violence obstétricale, médicalisation, biopouvoir et recommandations des organismes de santé.*

Selon Sadler et al (2016), l'institutionnalisation du concept de violence obstétricale est la reconnaissance des critiques de la médicalisation dans le cadre de la maternité et de la violation des droits de la santé sexuelle et reproductive des femmes [10]. Celle-ci fait référence à la violation de droits tels que le droit à la santé, le droit à l'information sanitaire, le droit à prendre des décisions relatives à sa santé, le droit au respect, etc. (Charte de la personne hospitalisée, 2002 ; Loi Kouchner, 2002 ; Loi HPTS, 2009). Ces prérogatives dont sont titulaires les femmes en période périnatale au même titre que n'importe quel humain, sont inaliénables et reconnues par les Constitutions des pays démocratiques, par les lois de certains pays (Lois argentines 25929 et 26529 par exemple) ou encore par des chartes nationales ou internationales telle que la Charte européenne des droits des patients de 2002 et celle établie en 2017 par la *White Ribbon Alliance* (en français, *L'Alliance du Ruban Blanc*), intitulée « Le respect dans les soins de maternité : les droits universels des femmes lors de la période périnatale ».

Comme nous venons de le voir, la principale finalité de la loi argentine sur l'accouchement humanisé de 2004 est la consolidation des droits citoyens des femmes en travail, dans un pays où la démocratie appartient à l'histoire récente (1983). Cependant, elle définit aussi la surmédicalisation comme une procédure qui ne se traduit pas par une amélioration de l'état maternel ou qui ne prévient pas la morbi-mortalité maternelle [14], limitant la portée de sa définition à la santé maternelle en raison de son centrage sur la femme. Selon Ehrenreich et Ehrenreich (1978, cités par Clarke, 2000, p.18), la médicalisation, et à plus forte raison, pourrait-on ajouter, la surmédicalisation,

est « *une forme de contrôle social institutionnalisé, s'exprimant au sein d'un système de pouvoir hiérarchisé* ». Cette idée de médicalisation ou de surmédicalisation, avec dans tous les cas son corollaire qui est la prise en charge du/de la patient(e), -forme d'assujettissement et de soumission du sujet au savoir-pouvoir médical (Tarzibachi, 2017)-, rejoint la notion de biopouvoir exprimée par Foucault (cité par Lecorps et Paturet, 2002). Il s'agit d'un pouvoir qui « *prend en compte les populations et cherche à réguler les grands flux biologiques pour optimiser la gestion des forces sociales* » (Ibid., p. 50). Le biopouvoir reconnaît l'individu comme membre d'un groupe (Ibid.) et s'exerce sur les populations et sur la vie par le biais d'un contrôle de la santé des individus. La vie est ici entendue comme la « *vie nue* », c'est à dire la vie biologique (Lecorps, cité par Bernard, 2013) sans considération du sujet et de sa singularité. La santé est, quant à elle, considérée comme l'absence de maladie, telle que la décrit le modèle biomédical (Eymard, 2004, cité par Bernard, 2013). Il ne s'agit pas d'une approche de la santé holistique mais d'une approche organiciste qui renvoie à une appréhension du sujet comme somme d'organes (Eymard, 2004), ce qui signifie qu'elle se centre sur l'organe plutôt que sur l'unicité et l'intégralité du sujet. En obstétrique, ce modèle conduit les professionnels à un centrage sur l'utérus et les paramètres des mécanismes d'accouchement, incluant dans ceux-ci le mobile fœtal. Ce registre langagier technique met en évidence le peu de considération accordée aux dimensions psycho sociales et émotionnelles des femmes au cours de ce processus, physiologique dans 80% des cas (Guillaume, 2018, cité par HAS, 2018). A cela s'ajoute bien souvent une volonté de maîtrise avec médicalisation des processus physiologiques (Bernard, 2013).

En effet, la création de la médecine gynécologique et obstétricale et son corollaire, la pathologisation du corps des femmes -considéré comme « *physiologiquement pathologique* » car déviant par rapport à la physiologie masculine prise comme modèle universel (Tarzibachi, 2017)- a permis un contrôle de celui-ci par les médecins, les connaissances médicales faisant autorité (HCE, 2018, [14]). La valorisation et la reconnaissance du savoir médical ont permis le discrédit de la parole subjective des femmes à propos de leur ressenti et de leurs demandes. Dès lors, il est possible de comprendre que certaines femmes, qui ne se sentent pas rassurées par la technologie et des procédures systématiques souvent invasives, appréhendent les pratiques médicales ancrées dans le modèle biomédical comme violentes, car celles-ci ne sont pas sans incidences sur la relation des professionnels avec les femmes (Bernard, 2013). D'ailleurs, la Haute Autorité de Santé (2017, p.7), dans son argumentaire scientifique relatif aux bonnes pratiques pendant l'accouchement normal, évoque la « *demande croissante d'une prise en charge moins médicalisée de*

*l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie de la naissance »*. Une demande qui existe dans de nombreux pays, notamment en Argentine ou au Venezuela, où il a été jugé nécessaire de légiférer. A ce propos, la loi sur l'accouchement humanisé de 2004 en Argentine [14] cible des pratiques considérées comme excessives dans un contexte physiologique et qui sont néanmoins imposées aux femmes par le corps médical. De son côté, la HAS (2017, p.7) reconnaît que « *l'accouchement se caractérise aujourd'hui par un niveau de médicalisation et technicisation élevé, quel que soit le niveau de risque obstétrical* ». Guillaume (2018, cité par HAS, 2018) corrobore ce constat et rajoute : « *nos pratiques ont pendant longtemps été guidées par l'interventionnisme, le " tout sécuritaire ", sans écouter attentivement les besoins des patientes* », ce qui permet de mieux comprendre comment la volonté de maîtriser les risques peut engendrer des conduites obstétricales parfois abusives, souvent mal comprises et perçues par les femmes comme une forme de violence. Plus récemment, l'OMS (2018, p.1) a publié des recommandations sur les soins intrapartum prenant mieux en compte le vécu des femmes et définissant « *une expérience positive de l'accouchement* ». Cette approche s'inscrit dans le modèle biopsychosocial, qui « *privilégie une conception globale et positive de la santé* » (Bernard, 2013, p.120).

Dans un même temps, la HAS (2017, p.7) constate qu' « *historiquement, les pratiques obstétricales se basaient sur l'expertise clinique des obstétriciens et des sages-femmes, avec des données scientifiques de faible niveau de preuve souvent issues d'études rétrospectives* ». En effet, bien que le modèle biomédical s'appuie généralement sur la médecine fondée sur les preuves (Clarke, 2000) ou *Evidence-Based Medicine* et que selon le Code de déontologie médicale -art 32- « *il est du devoir du médecin de prodiguer des soins " fondés sur les données acquises de la science" »* (HCE, 2018, p. 117), il arrive aussi que des pratiques systématiques reposent sur la routine et des habitudes locales sans fondements scientifiques et néanmoins institutionnalisées. Souvent très difficiles à remettre en cause, elles peuvent aussi apparaître comme contraires aux recommandations de l'OMS.

Enfin, selon la Commission Nationale des Droits de l'Homme Mexicaine et le Secrétariat à la santé la violence obstétricale se caractérise par « *des pratiques conventionnellement acceptées, ce qui permet une naturalisation de la violence générée par ces mêmes pratiques* » [12, p.105]. La question de l'invisibilité de la violence comporte plusieurs niveaux [16]. D'une part, elle peut être invisible du fait de sa dimension légitime, dans le sens où elle est justifiée car elle fait partie de l'ordre établi dans les mentalités et dans les représentations sociales. Paradoxalement, cette

légitimité expliquerait qu'elle perdure en dépit des lois [16]. D'autre part, il est souvent impossible pour les femmes de décrire quelque chose d'observable qui permettrait de constater l'agression [16].

*VO et perspective de genre.*

Sadler et al. (2016) affirment que le genre est un élément central dans la conceptualisation de la violence obstétricale [10]. Pour Vacaflor (2016), il s'agit d'une violence basée sur « *la construction sociale et culturelle des hommes et des femmes, en raison de leur différence physique, biologique, sexuelle et sociale* » [11, p.69]. Selon Scott (2012, citée par Lagrave, 2016, p.189), « *le genre est un élément constitutif des relations sociales fondé sur les différences perçues entre les sexes, et le genre est une façon première de signifier les rapports de pouvoir* ». Le genre s'intéresse donc aux rôles et caractéristiques attribués aux femmes et aux hommes par la société (OMS, 2018). Concernant les différences perçues entre les sexes, le HCE évoque, quant à lui, le « *sexisme* » qu'il définit comme « *l'idéologie qui repose sur le postulat de l'infériorité des femmes par rapport aux hommes* » (HCE, 2018, p. 95). Le concept de genre et de sexisme sont donc très proches. Néanmoins, l'emploi du terme « *sexisme* » par le HCE peut être expliqué par les polémiques engendrées en France par la perspective de genre. En effet, selon un article publié en ligne dans le Figaro (Pech, 2011), « *la France est longtemps restée méfiante à l'égard de cette théorie alors que plusieurs centaines de programmes étudient ces questions dans les universités américaines* ». Klein (2016) identifie certains traits considérés traditionnellement comme appartenant au caractère féminin par les auteurs qu'elle a étudiés. Notamment, la passivité, l'émotivité, une tendresse instinctive pour les nouveau-nés, la vulnérabilité et un manque de volonté autonome. Ces préjugés posés comme vrais ont des incidences sur les comportements. Appliqués aux femmes enceintes, ils renforcent le rôle social primaire des femmes en tant que mères, individus vulnérables et incompetents à prendre des décisions [11]. Ces préjugés à l'égard des femmes montrent qu'elles ne sont pas « *construites socialement comme des êtres autonomes* » [3, p.154] et engendrent une infantilisation des femmes à une période importante de leur vie. Ils peuvent se manifester au travers de différents abus (verbaux, émotionnels, physiques et/ou sexuels), considérés comme des actes sexistes par le Haut Conseil à l'Égalité (2018) et générateurs de violence.

De plus, la violence de genre renforce le statut des femmes en tant que victimes des figures de l'autorité –conjoint ou obstétriciens- [7]. A ce propos, Charles (2011) souligne une similitude entre le processus de la violence conjugale et celui de la violence obstétricale. Certaines pratiques obstétricales reflètent l'attitude des hommes abusifs

(impliqués dans la violence domestique), qui essaient de contrôler le comportement des femmes de manière coercitive à travers la manipulation, l'intimidation et la violence. Ces attitudes de contrôle sont fondées ou expliquées par les « *normes oppressives de genre* » [4, p.52]. Parmi ces normes, il existe une différence de perception du corps des femmes et des hommes [13]. Lors de la période périnatale, le corps d'une femme en travail - actif, fort, puissant - est considéré comme anti-féminin [13]. Ainsi, la violence utilisée en salle de naissance, a pour but de restaurer la soumission et la passivité, estimées inhérentes au caractère féminin [10].

Dans une autre perspective, le genre peut être considéré comme un « *dispositif normatif* » qui implique une « *hiérarchisation symbolique et matérielle des activités* » des femmes et des hommes (Pruvost, 2013, p.1). Cette hiérarchisation des activités peut être illustrée par la répartition sexuée au sein des professions médicales (HCE, 2018). Si en France, « *les femmes n'ont eu accès que depuis une génération à l'obstétrique* » (Millet, citée HCE, 2018, p.103), actuellement, « *la gynécologie-obstétrique est exercée, au 1<sup>er</sup> janvier 2017, à 51% par des femmes* » (HCE, 2018, p.104). L'augmentation de la proportion des femmes dans ce domaine est aussi constatée au-delà de nos frontières, notamment par Pozzio au Mexique [14]. Cependant, Pozzio constate qu'en dépit du nombre croissant de gynécologues obstétriciens femmes, la violence obstétricale n'a pas diminué. La construction genrée de la société émanant du système patriarcal, la violence obstétricale peut être considérée comme une manifestation de celui-ci légitimant certains comportements tels qu'une forme d'appropriation du corps de la femme, la déshumanisation et la pathologisation de sa physiologie [12]. Selon Mosconi et Paoletti (2017), le patriarcat peut être analysé en lien avec la domination masculine décrite par Bourdieu (1998). Pour lui, les dominants (ici, les hommes) « *imposent leurs valeurs aux dominés qui, en les intériorisant, deviennent les artisans de leur propre domination* » (Fournier, 2012) en l'acceptant ou en la reproduisant. Bourdieu soutient que cette domination « *est tellement ancrée dans nos inconscients que nous ne l'apercevons plus, tellement accordée à nos attentes que nous avons du mal à la remettre en question* » (1998, p.24). C'est vrai pour les femmes qui depuis plusieurs générations subissent des violences de la part des professionnels de santé pendant la période périnatale, c'est vrai aussi pour les internes femmes qui doivent intégrer les codes et comportements considérés comme masculins pour se faire une place dans l'espace médical traditionnellement réservés aux hommes. A ce propos, l'enquête ISNI (2017) met au jour que plus de 60% des internes en médecine femmes subissent quotidiennement des violences sexistes. Dès lors, on comprend qu'il leur soit difficile de remettre en question des attitudes sexistes imposées et dont elles sont elles-

mêmes victimes. On peut donc émettre l'hypothèse que la diminution de la VO pourrait être corrélée à la diminution du sexisme professionnel institutionnalisé.

Bourdieu signale également le caractère symbolique et invisible de cette violence qui « *s'exerce pour l'essentiel par les voies purement symboliques de la communication* » (Bourdieu, 1998, p.24) et « *qui fait l'essentiel de la domination masculine* » (Bourdieu 1990, cité par Kraus, 1999, p. 214). Les études de genre se sont, entre autres, focalisées sur le langage (Mosconi et Paoletti, 2017). Le langage et l'humour sont des « *ressources privilégiées qui servent à renforcer des relations hiérarchiques aux caractères normatifs hégémoniques* » (Pizzini, 1991, cité par Sosa-Sánchez, 2010, p.155). Dans le contexte obstétrical, cet humour peut se traduire par des plaisanteries ou railleries de la part des médecins faisant allusion à la sexualité, au plaisir et à l'intimité des femmes. Ces propos toujours inopportuns, souvent irrespectueux, et ces « *plaisanteries déplacées* » « *appartenant au domaine symbolique du privilège masculin* » [3, p.156], sont un moyen de verbaliser, de reproduire et de renforcer des relations et des inégalités sociales existantes [3]. Sadler et al. (2016) évoquent d'ailleurs, des manifestations invisibles de violence construites par la société, produisant et reproduisant, par de discrets mécanismes, les inégalités sociales entre les groupes, notamment les genres. Cette violence qualifiée de violence structurelle [10] peut s'appliquer aussi bien aux patientes qu'aux professionnelles en formation ou occupant un poste en service de gynécologie-obstétrique. De plus, ces représentations imposées apparaissent comme naturelles, « *ce qui peut conduire à une sorte d'auto-dépréciation, voire d'auto-dénigrement systématiques* » des dominés (Bourdieu, 1998, p. 41). Ces sentiments et sensations négatifs tels que la perte d'estime de soi ou la culpabilité perçues par les femmes peuvent être générés par la VO (Tableau 3).

## CONCLUSION

Dans cette étude, la violence obstétricale a été analysée selon des approches différentes par les auteurs. Néanmoins, il existe un consensus pour définir la violence obstétricale comme une violence de genre, dans un contexte institutionnel de surmédicalisation. La violation des droits humains suscitée par la violence obstétricale est également décrite à l'unanimité. En revanche, les pratiques corrélées à la VO, que mentionnent les auteurs, peuvent varier d'une étude à l'autre. Les articles proviennent, en effet, de continents et pays divers avec leur propre contexte historique, socio-politique et culturel. Il serait donc intéressant d'analyser la violence obstétricale en prenant en compte l'histoire globale de chaque pays, car la conception et la perception de ce qui est violent peut changer selon les individus, mais aussi selon les environnements sociaux et culturels.

Du fait de l'association des termes « violence » et « obstétricale », ce sujet interpelle. Il a un effet inattendu, provocateur, détonnant [7]. Selon Chadwick (2016), l'utilisation de ce terme controversé est une manœuvre délibérée pour affronter des pratiques problématiques qui ont souvent été cachées, invisibles et méconnues [14].

Dans ce travail, la violence obstétricale a été analysée comme une atteinte portée aux femmes. Il serait intéressant d'étudier les incidences de cette violence sur la construction de la relation mère-enfant et comment elle est vécue par les hommes.

## BIBLIOGRAPHIE

Bardin, L. (2007). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF.

Bernard, M.R. (2013). *Education pour la santé en périnatalité : ancrages théoriques des pratiques éducatives et formatives des sages-femmes*, Thèse Cognition, Langage, Education, Aix Marseille Université, Sciences de l'Education.

Bourdieu, P. (1998). *La domination masculine*. Paris : Seuil.

Clarke, A. et al. (2000), « Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux ». *Sciences sociales et santé*, volume 18, n°2, p. 11-42.

Eymard, C. (2004). Essai de modélisation entre éducation et santé. Eduquer à ou pour la santé ? Quels enjeux pour la formation et pour la recherche ? *Les sciences de l'éducation en question, Questions vives*, volume 5, n°2, p. 13-33.

Fournier, M. (2012). *L'œuvre de Pierre Bourdieu. Sociologie, bilan critique, héritage*. Sciences Humaines, hors-série n°15, p. 1, Disponible sur [https://www.scienceshumaines.com/la-dominance-masculine\\_fr\\_14200.html](https://www.scienceshumaines.com/la-dominance-masculine_fr_14200.html), consulté le 12 août 2018.

H.A.S. (2018). Accouchement : éviter la surmédicalisation. *Le Webzine, magazine des bonnes pratiques*. Disponible sur [https://webzine.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2823167/fr/accouchement-eviter-la-surmedicalisation](https://webzine.has-sante.fr/portail/jcms/c_2823167/fr/accouchement-eviter-la-surmedicalisation), consulté le 10.07.2018.

H.A.S (2017). *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales*. Disponible sur [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales), consulté le 9 août 2018.

Haut Conseil à l'Égalité (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*. Disponible sur [http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_les\\_actes\\_sexistes\\_durant\\_le\\_suivi\\_gynecologique\\_et\\_obstetrical\\_20180629.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf), consulté le 10 août 2018.

I.S.N.I (2017). *Hey doc, les études médicales sont-elles vraiment sexistes ?* Disponible sur <http://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/11/Etude-sexisme-ISNI.pdf>, consulté le 19 août 2018.

Kronlund, S. (2017). *Accoucher dans la violence*. Disponible sur <https://www.franceculture.fr/emissions/les-pieds-sur-terre/accoucher-dans-la-violence-12>, consulté le 12 août 2018.

Klein, V. (2016), « Le caractère féminin, critique d'une idéologie », *Cahiers du Genre*, volume 2, n° 61, p. 21-47.

Krais, B. (1999), « Autour du livre de Pierre Bourdieu La domination masculine », *Travail, genre et sociétés*, volume 1, n°1, p. 214-221.

Lagrave, R.M. (2016), « Une historienne inclassable : Joan Wallach Scott », *Cahiers Du Genre*, n°61, p.189.

Lahaye M.H (2016). *Qu'est ce que la violence obstétricale ?* Disponible sur <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/03/09/quest-ce-que-la-violence-obstetricale/>, consulté le 12 août 2018.

Lecorps, P. et Paturet, J.B. (1999), *Santé publique : du biopouvoir à la démocratie*. Rennes : Editions ENPS.

Mosconi, N. et Paoletti, M. (2017), « Dépassé, le patriarcat ? », *Travail, genre et Sociétés*, n°38, p. 171-174.

O.M.S. (2014). *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins. Déclaration de l'OMS.* Disponible sur [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/fr/), consulté le 17 août 2018.

O.M.S. (2018). *Genre, femmes et santé. Qu'entendons-nous par « sexe » et par « genre » ?* Disponible sur <http://www.who.int/gender/whatisgender/fr/>, consulté le 6 août 2018.

O.M.S. (2018). *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Résumé.* Disponible sur <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-careguidelines/fr/>, consulté le 12/08/18.

Pech, M.E. (2011). *La polémique sur la « théorie du genre » rebondit*. Disponible sur <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2011/10/06/01016-20111006ARTFIG00612-la-polemique-sur-la-theorie-du-genre-rebondit.php>, consulté le 13 août 2018.

Pruvost, G. (2013), « Genre », in *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? », p. 68-69.

Tarziabachi, E. (2017). *Cosa de mujeres: Menstruación, género y poder*. Buenos Aires: Sudamericana.

Thibert, C. et Piquet, C (2017). *Quand l'accouchement se vit dans la violence*. Disponible sur <http://sante.lefigaro.fr/article/quand-l-accouchement-se-vit-dans-la-violence>, consulté le 19 août 2018.

Utard, G. (2014) *Evidence-Based Medicine. La médecine fondée sur les preuves*. Disponible sur <http://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/medecine-formation-ebm-tutoriel-biusante.pdf>, consulté le 10 août 2018.

Pino, N. (2017). *La violence obstétricale : mais qu'est-ce que c'est ?* Disponible sur <https://materniteetdignite.wordpress.com/2017/05/01/la-violence-obstetricale-mais-quest-ce-que-cest/>, consulté le 12 août 2018.

Rabier, S. (2017). *Violences gynéco-obstétricales : comment on a pérennisé des régimes autorisant la maltraitance de femmes*. Disponible sur <http://www.slate.fr/story/151286/analyse-anthropologique-violences-gyneco-obstetricales>, consulté le 12 août 2018.

Rabier, S. (2017). *Violences gynéco-obstétricales : l'enjeu n'est pas seulement médical*. Disponible sur <https://www.santemagazine.fr/actualites/violences-gyneco-obstetricales-lenjeu-nest-pas-seulement-medical-198525>, consulté le 12 août 2018.

Richard-Guerroudj, N. (Déc.2016- Janv. 2017). « Violences obstétricales : de quoi parle-t-on ? », *Profession sage-femme*, n°231, p. 16-22.

## **ANNEXES**

**Annexe I** : Loi du Brésil sur la violence obstétricale, définition et pratiques

**Annexe II** : Fiches de lecture

## ANNEXE I

Définition de la violence obstétricale au Brésil (2017) : « *Tout acte pratiqué par le médecin, le personnel de l'hôpital, un membre de la famille ou un accompagnateur qui offense verbalement ou physiquement les femmes enceintes, en cours de travail ou pendant le puerpérium. Aux fins de la présente loi, sont considérées comme infraction verbale ou physique, entre autres, les conduites suivantes :*

- *Traiter la femme enceinte ou la parturiente de manière agressive, non empathique, grossière, moqueuse ou de toute autre manière qui provoquerait chez elle un malaise par rapport au traitement reçu*
- *Se moquer de la parturiente ou la réprimander pour tout comportement tel que : les cris, les pleurs, le fait d'avoir peur, d'avoir honte ou de douter*
- *Se moquer de la parturiente ou la réprimander pour toute caractéristique telle que l'obésité, les poils, les vergetures, les évacuations et autres*
- *Ne pas écouter les plaintes et les doutes émis par la femme hospitalisée, en travail ou en accouchement*
- *Traiter la femme comme une inférieure, lui donner des ordres et des surnoms infantilisants et diminutifs, la traiter comme une incapable*
- *Faire croire à une femme enceinte ou parturiente qu'elle a besoin d'une césarienne quand ce n'est pas nécessaire, en avançant des risques imaginaires ou hypothétiques qui ne sont pas prouvés et sans donner d'explication correcte quant aux risques pour elle et pour le bébé*
- *Refuser la prise en charge d'une urgence médicale*
- *Décider du transfert de l'hospitalisation de la femme enceinte ou de la parturiente sans avoir analysé et confirmé au préalable de la disponibilité d'un lit et d'une garantie de soin, et sans garantie d'avoir suffisamment de temps pour arriver à destination*
- *Empêcher la femme d'être accompagnée par une personne de son choix tout au long du processus de travail*
- *Empêcher une femme de communiquer avec le « monde extérieur », lui refuser son droit de téléphoner, d'utiliser son téléphone portable, de marcher dans la salle d'attente, de parler aux membres de sa famille et à son compagnon*

- *Soumettre les femmes à des procédures douloureuses, inutiles ou humiliantes, telles que le lavage intestinal, le rasage des poils pubiens, la position gynécologique en gardant les portes ouvertes, l'examen tactile par plus d'un professionnel*
- *Arrêter l'anesthésie alors que la parturiente en exige une*
- *Procéder à une épisiotomie lorsque cela n'est pas vraiment nécessaire*
- *Garder les détenues menottées pendant le travail ou l'accouchement*
- *Pratiquer tout acte sans avoir préalablement recueilli le consentement de la patiente et lui avoir expliqué, avec des mots simples, la nécessité de ce qui est proposé ou recommandé*
- *Après l'accouchement, tarder déraisonnablement à accueillir la femme dans sa chambre*
- *Soumettre la femme et/ou le bébé à des actes ayant pour but exclusif la formation des étudiants*
- *Soumettre un bébé en bonne santé à une aspiration de routine, à des injections ou des procédures dans les premières heures de sa vie, avant de l'avoir mis en contact avec la peau de la mère et sans qu'elle ait eu l'occasion de l'allaiter*
- *Empêcher la femme, après l'accouchement, d'avoir son bébé à ses côtés dans sa chambre et d'allaiter librement, sauf si la femme ou le bébé a besoin d'attention médicale*
- *Ne pas informer la femme de plus de 25 ans ou qui a plus de 2 enfants de son droit de bénéficier d'une ligature des trompes gratuite dans les hôpitaux publics et conventionnés au système de santé public*
- *Traiter le père du bébé comme un visiteur et gêner son accès libre à la parturiente et au bébé à n'importe quelle heure du jour ».*

(HCE, 2018, p. 49-50)

## ANNEXE II

<b>Numéro</b>	<b>1</b>
<b>Référence</b>	D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions : an emerging problem. The Lancet. 2002;359(9318):1681–5.
<b>Langue</b>	Anglais
<b>Mots-clés</b>	
<b>Idées, thèmes abordés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 formes de violence : négligence, abus verbal, physique et sexuel</li> <li>- Traitement médical excessif ou inapproprié ; exemples : césarienne pour motif relatif à un emploi du temps personnel ou professionnel ou raison financière</li> <li>- Pratiques non basées sur les preuves : raser les poils pubiens, déclenchement du travail en routine, empêcher les femmes d'être accompagnées pendant le travail</li> <li>- Stérilisation forcée</li> <li>- Violence structurelle</li> <li>- Formes de violence interconnectées</li> <li>- Négligence : indifférence de l'équipe, moyen de punition pour non compliance avec le système obstétrical</li> <li>- Violence verbale : remarque sur la sexualité féminine</li> <li>- Chili : 80% des femmes emprisonnées le sont pour cause d'avortement</li> <li>- Violence physique : claques, refus de prise en charge de la douleur alors qu'une indication médicale le justifie</li> <li>- Climat de méfiance entre équipe et patient</li> <li>- Violence sexuelle : sentiment de viol</li> <li>- Contexte professionnel : professionnel de santé placé dans une situation de pouvoir, « good nurse = morale », violence utilisée pour restaurer la hiérarchie et assurer l'obéissance, violence présente dans les établissements de santé reflète présence de la violence dans la société</li> </ul>
<b>Analyse</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diniz SG, d'Oliveira AFPL. Gender violence and reproductive health. International Journal of Gynecology &amp; Obstetric 1998 ; 63 (suppl 1) :533-42 (hors période)</li> <li>- De Bruyn M. Violence, pregnancy and abortion. Issues of women's rights and public health. Chapel Hill :IPAS 2001 (non disponible)</li> </ul>
<b>Numéro</b>	<b>2</b>
<b>Référence</b>	Pérez D'Gregorio R. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2010;111(3):201–2.
<b>Langue</b>	Anglais
<b>Mots-clés</b>	Violence, legislation, jurisprudence, obstetrics and gynecology department, hospital, health personnel, delivery, obstetrics
<b>Idées, thèmes abordés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « Violence obstétricale » = nouveau terme légal au Venezuela</li> <li>Mars 2007 « loi organique sur le droit des femmes à une vie sans violence »</li> <li>- Personnel de santé : technicien, infirmière, étudiant et interne en médecine, obstétricien (profession de sage-femme n'existe pas)</li> <li>- Pratiques obstétricales jugées comme violence obstétricale citées</li> <li>- Législation devrait être adaptée aux conditions particulières des pratiques obstétricales de chaque pays</li> </ul>
<b>Analyse</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Lien vers loi argentine

<b>Numéro</b>	<b>3</b>
<b>Référence</b>	Sosa-Sánchez IA. Les inégalités sociales et la santé sexuelle et reproductive au Mexique : entre la médicalisation et l'exclusion sociale. <i>Recherches féministes</i> . 2010;23(2):143–63.
<b>Langue</b>	Français
<b>Mots-clés</b>	Evaluation, Women's health services, Reproductive rights, Forecasts and trends, Research, Social aspects, Family planning services
<b>Idées, thèmes abordés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maltraitance (réprimande, menaces)</li> <li>- Coercition (stérilisation, pose DIU)</li> <li>- Absence des hommes dans la santé reproductive</li> <li>- Inégalités sociales dans la relation médecin/ patient (autochtone, pauvre)</li> <li>- « En suivant une approche constructiviste, les patientes, dans une certaine mesure, intériorisent les valeurs et les idéologies dominantes et adhèrent plus ou moins aux caractères normatifs sociaux. »</li> <li>- « Violence structurelle » présente lorsque les relations sociales institutionnalisées génèrent ou perpétuent une distribution inéquitable des ressources et du pouvoir entre les groupes prenant part à ces relations (Hébert 2006). Cette expression désigne une forme de violence provoquée par les structures ou les institutions d'une société donnée, qui empêche les individus de se réaliser</li> <li>- Violence institutionnelle</li> <li>- « Structure hautement hiérarchisée et autoritaire »</li> <li>- Abus verbal : « plaisanteries déplacées » faisant allusion au plaisir et à la sexualité féminins ; « normes hégémoniques de la sexualité dans un contexte où cette dernière et le plaisir sont normalement définis comme appartenant au domaine symbolique du privilège masculin »</li> </ul>
<b>Analyse</b>	Etude qualitative
<b>Références bibliographiques</b>	Aucune utilisée
<b>Numéro</b>	<b>4</b>
<b>Référence</b>	Charles S. Obstetricians and Violence Against Women. <i>The American Journal of Bioethics</i> . 2011;11(12):51–6.
<b>Langue</b>	Anglais
<b>Mots-clés</b>	Alcohol, cesarean, courts, obstetrics, pregnancy, violence
<b>Idées, thèmes abordés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certaines pratiques obstétricales reflètent l'attitude des hommes abusifs qui essaient de contrôler le comportement des femmes de manière coercitive à travers la manipulation, l'intimidation et la violence (comparaison avec violence domestique)</li> <li>Ces attitudes de contrôle sont fondées ou expliquées par des normes de genre oppressives</li> <li>- Exemples cités de forme de violence faite aux femmes : l'usage de l'alcool pendant la grossesse et la décision de justice de suivre un traitement médical</li> <li>- Contrôle du comportement des femmes à travers le contrôle de l'information médicale et l'autorité sociale</li> <li>- Norme culturelle, paternalisme</li> <li>- Intimidation = utiliser l'autorité sociale</li> <li>- ACOG : décision de justice d'un traitement médical = violation de l'autonomie de la femme</li> </ul>
<b>Analyse</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	Aucune utilisée
<b>Numéro</b>	<b>5</b>
<b>Référence</b>	Camacaro M, Ramirez M, Lanza L, Herrera M. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. <i>Utopia y Praxis Latinoamericana</i> . 2015;20(68):113–20.
<b>Langue</b>	Espagnol
<b>Mots-clés</b>	obstetrical violence, medical violence, medical birth, Organic Law
<b>Idées, thèmes abordés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etude réalisée au Venezuela, dans une seule maternité, à partir du témoignage des femmes recueilli grâce à un questionnaire.</li> <li>- La définition de la violence obstétricale est strictement celle qui apparaît dans le texte de loi de 2007.</li> <li>Il s'agit d'un état des lieux des pratiques obstétricales de routine considérées comme violentes, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> <li>- utilisation du syntocinon sans consentement informé préalable</li> <li>- épisiotomie systématique</li> <li>- autostimulation manuelle des bouts de sein imposée pour favoriser le décollement du placenta, au lieu de mettre l'enfant au sein</li> <li>- révision utérine systématique associée à l'utilisation de syntocinon</li> </ul> </li> </ul>
<b>Analyse</b>	Les auteurs généralisent leurs résultats à tout le pays, en dépit de la méthodologie utilisée, qui ne permet pas cette généralisation.
<b>Références bibliographiques</b>	Aucune utilisée

<b>Numéro</b>	<b>6</b>
<b>Référence</b>	Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA da. The pilgrimage in reproductive period: a violence in the field of obstetrics. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem. 2015;19(4).
<b>Langue</b>	Anglais
<b>Mots-clés</b>	Human rights abuses, patient rights, obstetrics, women's health
<b>Idées, thèmes abordés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque d'accès aux soins (précarité système de santé, manque de lit), violence institutionnelle</li> <li>- « Violence obstétricale » car directement en lien avec le processus de reproduction et annule les droits des femmes</li> <li>- Manque de soin, non-respect/traitement non respectueux, refus de service, abus, jugement de valeur.</li> <li>- « bien qu'il existe une inégalité de pouvoir dans la relation professionnel/ usager du système de santé, l'inégalité peut être transformée en violence parce qu'elles sont femmes, les annulant comme sujets de droits, en particulier les droits humains, reproductifs et sexuels »</li> <li>- Augmentation vulnérabilité des femmes, violation des droits universels à la santé</li> <li>- Insultes, humiliations, discrimination</li> <li>- Négligence, abus physique, psychologique, verbal et sexuel</li> <li>- « dans ces cas, violence signifie un exercice de pouvoir et d'autorité, installée par l'idéologie dominante, avec des règles qui déterminent les rôles sociaux des hommes et des femmes basés sur la différence sexuelle »</li> <li>- Sentiments négatifs</li> </ul>
<b>Analyse</b>	Etude descriptive qualitative exploratoire
<b>Références bibliographiques utiles</b>	2 articles en portugais (non-inclus)

<b>Numéro</b>	<b>7</b>
<b>Référence</b>	Zacher Dixon L. Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices: Obstetrics in a Time of Violence. Medical Anthropology Quarterly. 2015;29(4):437-54.
<b>Langue</b>	Anglais
<b>Mots-clés</b>	Obstetrics, Mexico, violence, midwives, hospital wards, management, analysis ethnography, reproductive health, practice, intervention
<b>Idées, thèmes abordés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terme VO réfère aux violences structurelles n'apparaissant pas de façon explicite physiquement ou qui ne sont pas codifiées et réglementées facilement.</li> <li>VO : concept socio-politique</li> <li>- Pose DIU sans consentement/sans information</li> <li>- Médicalisation naissance, hypermédicalisation : abus ou mauvaise utilisation de la médecine ou de la technologie dans les soins de santé</li> <li>- Lois sur VO au Mexique (Veracruz) et Venezuela : pratiques citées : décubitus dorsal imposé, ne pas prendre en charge urgences obstétricales, césariennes non justifiées peu de plaintes ont été déposées</li> <li>- Interventions non nécessaires : épisiotomie, ocytocine, révision utérine systématique, pratiques non basées sur les preuves</li> <li>- Tensions autour du mouvement et du concept de VO</li> <li>- Traitement des femmes pendant travail et accouchement = reflet de leur traitement en société</li> <li>- Violence physique (pratiques obstétricales dépassées), violence structurelle, culturelle (cartels drogues au Mexique)</li> <li>- Violence domestique</li> <li>- VO : genre, contexte historique et politique</li> <li>- Sages-femmes attendent action du public</li> <li>- Association des termes « violence » et « obstétricale » : inattendu, provocateur, détonnant</li> </ul>
<b>Analyse</b>	Recherche financée Relecture
<b>Références bibliographiques</b>	Texte 2

Numéro 8

<b>Référence</b>	Pickles C. Eliminating abusive "care" - a criminal law response to obstetric violence in South Africa : research article. SA Crime Quarterly. 2015;(54):5–16.
<b>Langue</b>	Anglais
<b>Mots-clés</b>	Activists, mortality, womens health, criminal liability, accountability, violence, criminal law, pregnancy, health
<b>Idées, thèmes abordés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- soins de maternité intentionnellement abusifs/ injurieux = VO</li><li>- Interventions médicales non nécessaires pouvant être dangereuses</li><li>- violation des droits humains</li><li>- inégalités sociales</li><li>- VO = conduites : abus verbal, humiliation, cris, menaces, attaques agressives sur la sexualité des femmes intentionnelles, pas de consentement</li><li>- pratiques imposées en routine (sans preuves scientifiques) et sans consentement : épisiotomie, révision utérine, DIU posé juste après la délivrance, toucher vaginal pour entraînement, attacher les femmes sur la table d'accouchement, stérilisation forcée</li><li>- pratiques coercives : utiliser l'autorité sociale pour réduire la dissidence des femmes à certaines procédures, passer outre le refus des femmes à une intervention médicale avec ou sans sanction pénale</li><li>- VO nécessite approche par associations de professionnels, gouvernementales ou non, organisations, communautés, familles</li><li>- Traitement des femmes pendant le travail et l'accouchement = reflet traitement dans la société</li><li>- VO = surmédicalisation, basée sur le genre (inégalités socio-économiques/valeurs patriarcales), répression</li><li>- exemples de procédure définies comme VO dans la loi vénézuélienne (art 51)</li></ul>
<b>Analyse</b>	Pas de comité de relecture
<b>Références bibliographiques</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Articles 1, 2, 4, 7</li><li>- Michelle Gonçalves da Silva et al, Obstetric violence according to obstetric nurse, <i>Northeast Network Nursing Journal</i>, 15 :4, 2014, 720-728 (non trouvé)</li><li>- 1 thèse non publiée</li></ul>

Numéro 9

<b>Référence</b>	Díaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. <i>Reproductive Health Matters</i> . 2016;24(47):56–64.
<b>Langue</b>	Anglais
<b>Mots-clés</b>	Obstetric violence, disrespect and abuse in childbirth, mistreatment in childbirth, respectful maternity care, United States
<b>Idées, thèmes abordés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- VO=répression</li><li>- Césarienne forcée,</li><li>- « VO = violation des droits humains de la femme à la non-discrimination, à la liberté et sécurité de la personne, à la santé reproductive et autonomie, à l'abri de tout trt douloureux, inhumain et dégradant »</li><li>- GIRE=focus sur les actes médicaux, individuels du personnel =/= institution</li><li>- Etudes de cas</li><li>- Conseil de l'hôpital « la patiente a la capacité de prendre ses propres décisions médicales, j'ai décidé de passer outre son refus de césarienne »</li><li>- « Consentement obtenu sous la contrainte » (insistance, cri, menace de faire appel à la justice)</li><li>- Croissance persistante que les médecins ont l'autorité de prise de décision à la place des femmes enceintes, ce qui justifie les menaces et coercition, « medical authoritative knowledge »</li><li>- Pression, perte d'autonomie, traumatisme, peur, perte de dignité et de contrôle</li></ul>
<b>Analyse</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Articles 2, 4</li><li>- 2 thèses (non publiées)</li></ul>

<b>Numéro</b>	<b>10</b>
<b>Référence</b>	Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. <i>Reproductive Health Matters</i> . 2016;24(47):47–55.
<b>Langue</b>	Anglais
<b>Mots-clés</b>	Human Rights in childbirth, non evidence-based practice, medicalisation, violence against women, structural violence
<b>Idées, thèmes abordés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- OMS (1985) : médicalisation excessive de la naissance, recommande utilisation appropriée des technologies pendant la naissance, revoir les protocoles, étudier la pertinence de certains actes, promouvoir le respect de l'autonomie des femmes</li> <li>- Effets iatrogènes des interventions obstétricales</li> <li>- UNESCO : Déclaration universelle de bioéthique et des droits humains</li> <li>« la santé ne dépend pas uniquement des développements de la recherche scientifique et technologique mais aussi des facteurs psychosociaux et culturels »</li> <li>- Pratiques non basées sur les preuves (ex. épisiotomie et césarienne non justifiées)</li> <li>- Bowser et Hill (2010) : 7 catégories de non-respect pendant la naissance = abus physiques, soin non consenti, non confidentiel, non respectueux de la dignité, discrimination, délaissement de soin, détention dans les établissements</li> <li>- Bohren et al. : abus physique, sexuel, verbal, stigmatisation et discrimination, manque de soin, mauvais rapport entre les professionnels et les femmes, conditions du système de santé et contraintes.</li> <li>- Distinction violence obstétricale des autres formes de violence médicale, cas de violence de genre, problème féministe</li> <li>- « Biomédecine est un système social et culturel, une construction historique complexe avec un ensemble important de croyances, règles et pratiques »</li> <li>- Mécanismes discrets= « violence structurelle, manifestations invisibles de violence construites par la société, produisant et reproduisant les inégalités sociales entre les groupes ».</li> <li>- Concept de violence contraire à l'ethos des professionnels de santé</li> <li>- Termes préférés par rapport à « VO » : humanisation de la naissance, promotion des droits humains des femmes (ReHuNa)</li> <li>- Réification du corps des femmes</li> <li>- Le corps féminin et ses processus naturels étaient et sont décrits comme des anormalités, maladies ou déviations.</li> <li>- Foucault : émergence du contrôle de la naissance par les normes des institutions comme l'Eglise, l'Etat ou plus tard la médecine ; corps féminin réifié puis étudié à travers les différences et déviations des normes masculines.</li> </ul>
<b>Analyse</b>	Travail basé sur travail de COST Action IS1405 birth supporté par FONIS SA13120259
<b>Références bibliographiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 thèse non publiée</li> <li>- Article 13</li> </ul>

<b>Numéro</b>	11
<b>Référence</b>	Vacaflor CH. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. <i>Reproductive Health Matters</i> . 2016;24(47):65–73.
<b>Langue</b>	Anglais
<b>Mots-clés</b>	Maternal health, violence, women, gender, human rights
<b>Idées, thèmes abordés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définition de la VO d'après la loi Argentine sur les violences faites aux femmes (2009) : « violence exercée par le personnel de santé sur le corps et les processus de reproduction des femmes enceintes, exprimée à travers un traitement déshumanisant, un abus de médicalisation, et la conversion de processus de reproduction naturels en des processus pathologiques. » Cette violence peut être présente dans plusieurs contextes : prénatal, accouchement, post-partum, avortement. Impact sur les femmes non défini par cette loi. Limites de cette loi : quelles pratiques ?</li> <li>- Terminologie différente pour conceptualiser l'abus, la maltraitance, et le « disrespect » des femmes dans les établissements de santé :</li> <li>- VO dans la loi argentine</li> <li>- « traitement irrespectueux, injurieux/abusif, négligent » d'après l'OMS</li> <li>- « maltraitance des femmes » d'après Bohren et al.</li> <li>- Effets psychologiques : souffrance émotionnelle, perte de confiance en soi, [...]</li> <li>- Selon la loi sur l'accouchement humanisé (2004) :</li> <li>- traitement déshumanisant : traitement cruel, déshonorant, méprisant, humiliant, menaçant exercé par le personnel de santé entraînant un préjudice physique ou psychologique</li> <li>- violence physique</li> <li>- surmédicalisation : procédure qui ne se traduit pas par une amélioration de la santé maternelle ou ne prévient pas la morbi-mortalité maternelle. Exemples cités : épisiotomie de routine, lavements de routine, césarienne non justifiées ou non consentie.</li> <li>- Loi du Venezuela évoquée</li> <li>VO : discrimination, violation du droit à l'intimité et de l'accès à l'information</li> <li>- Peu de plaintes pour VO</li> <li>- Réification des femmes enceintes, considérées seulement par leur capacité reproductive</li> <li>- Stéréotype de genre est un stéréotype appliqué à un individu ou un groupe basé sur « la construction sociale et culturelle des hommes et des femmes, en raison de leur différence de fonction physique, biologique, sexuelle et sociale » (Cook et Cusack)</li> <li>- Culture médicale masculine considérant les réactions des femmes comme une maladie, nécessitant un diagnostic et une intervention médicaux (Giberti)</li> <li>- Pratiques citées :</li> <li>Pendant le travail : interdiction de boire ou manger</li> <li>Service d'avortement : aspiration sans prise en charge de la douleur, insultes, jugements, remarques désobligeantes</li> <li>Empêcher les femmes d'accéder aux services de santé maternelle à travers des actions ou omissions</li> </ul>
<b>Références bibliographiques</b>	Article 2
<b>Numéro</b>	12
<b>Référence</b>	Pozzio MR. La a gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstetrica. <i>Estudios Feministas</i> . 2016;24(1):101–17.
<b>Langue</b>	Espagnol
<b>Mots-clés</b>	género, medicina, parto, violencia obstétrica, antropología
<b>Idées, thèmes abordés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Part du constat que l'augmentation du nombre de gyneco femmes n'occasionne pas de diminution de la violence obstétricale.</li> <li>- Déf. Violence obstétricale, reprise par l'auteur et élaborée par un groupe de jeunes gyneco hommes qui travaillent en collaboration avec la Commission Nationale des Droits de l'Homme Mexicaine et le Secrétariat à la santé :</li> <li>« Il s'agit d'une violence qui affecte la santé reproductive et se manifeste le plus souvent dans un contexte institutionnel caractérisé par des pratiques conventionnellement acceptées, ce qui permet une naturalisation de la violence générée par ces mêmes pratiques. La violence obstétricale peut alors être considérée comme une manifestation du système patriarcal, celui-ci légitimant certains comportements tels que l'appropriation du corps de la femme, la déshumanisation et la pathologisation de sa physiologie. »</li> <li>- L'auteur considère que la misogynie est enracinée dans la gynéco obstétrique depuis son origine. Selon elle, la médecine scientifique (par opposition à la médecine traditionnelle) est à la fois un savoir, un pouvoir et une profession qui influe sur la manière de voir et de traiter les corps, la physiologie et la sexualité des femmes. Et, que par conséquent il s'agit de l'un des éléments qui soutiennent l'ordre établi par le patriarcat, tel que l'on peut l'analyser à travers la perspective de genre.</li> </ul>
<b>Analyse</b>	Etude qualitative, méthodologie anthropologique avec perspective de genre.
<b>Références bibliographiques</b>	Aucune utilisée

<b>Numéro</b>	<b>13</b>
<b>Référence</b>	Cohen Shabot S. Making Loud Bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. <i>Human Studies</i> . 2016;39(2):231–47.
<b>Langue</b>	Anglais
<b>Mots-clés</b>	Childbirth, labor, obstetric violence, rape birth, Iris Marion Young, feminist phenomenology, body
<b>Idées, thèmes abordés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensation de diminution de soi, oppression, infantilisation physique et émotionnelle, de viol, de perte de contrôle, peur, syndrome de stress post traumatique, culpabilité, honte, perte de confiance en soi, aliénation</li> <li>- Réification</li> <li>- VO est une forme de violence de genre</li> <li>- Contrôle strict exercé sur le corps des femmes à travers biopouvoir et les connaissances médicales faisant autorité</li> </ul>
<b>Analyse</b>	<p>Pas de conflit d'intérêt déclaré  Relecture double aveugle  Recherche supportée par Israel Science Foundation</p>
<b>Références bibliographiques utiles</b>	<p>Fernandez, I. O. (2013). PTSD and obstetric violence. <i>Midwifery Today</i>, 105, 49-58  Pérez D'Gregorio, R. (2010) [article 2]</p>
<b>Numéro</b>	<b>14</b>
<b>Référence</b>	Chadwick RJ. Obstetric violence in South Africa : guest editorial. <i>South African Medical Journal</i> . 2016;106(5):423–4.
<b>Langue</b>	Anglais
<b>Mots-clés</b>	Pregnancy, Female, South Africa, Humans, Violence - prevention & control, Maternal Health Services
<b>Idées, thèmes abordés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Négligence, abus verbal et émotionnel, abus physique, sexuel, manque de confidentialité et de soins consensuels, interventions médicales non basées sur les preuves (épisiotomies de routine, déclenchement de routine, empêcher les parturientes d'être accompagnée, les césariennes non nécessaires)</li> <li>- VO= contextualise et aborde maltraitance des femmes et des filles pendant le travail et l'accouchement</li> <li>- Concept de VO a émergé dans les années 2000 en Amérique Latine et Espagne à la suite d'un mouvement visant à humaniser et démedicaliser l'accouchement et « empower » les femmes et les filles pendant la grossesse, le travail et l'accouchement.</li> <li>- Définition VO dans loi vénézuélienne</li> <li>- terme controversé « VO » est utilisé volontairement</li> <li>- VO = violence de genre, inégalité sociale de « race », classe, âge et d'appartenance ethnique, interventions médicales excessives</li> <li>- auteur individuel ou forme de violence structurelle (pouvoir autoritaire des connaissances en obstétrique, problème d'infrastructure)</li> </ul>
<b>Analyse</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. <i>The Lancet</i>. 2002;359(9318):1681–5. [article 2]</li> <li>- Zacher Dixon L. Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices: Obstetrics in a Time of Violence. <i>Medical Anthropology Quarterly</i>. 2015;29(4):437–54. [article 7]</li> <li>- Pickles C. Eliminating abusive "care" - a criminal law response to obstetric violence in South Africa : research article. <i>SA Crime Quarterly</i>. 2015;(54):5–16. [article 8]</li> </ul>
<b>Numéro</b>	<b>15</b>
<b>Référence</b>	Majety C, Bejugam S. Challenges and barriers faced by women in accessing justice against obstetric violence. <i>International Journal of Reproduction</i> . 2016;5(9):2899–903.
<b>Langue</b>	Anglais
<b>Mots-clés</b>	Woman, obstetric violence, child birth, legal intervention
<b>Idées, thèmes abordés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Violence envers les femmes, violence de genre.</li> <li>- Déclaration des nations unies sur l'élimination de la violence envers les femmes (1993)</li> <li>- Déclaration OMS (2014) : « lors d'une naissance normale, il doit y avoir une raison valide pour interférer avec le processus naturel »</li> <li>- Pratiques à proscrire lors travail normal (OMS) : raser les poils pubiens, lavage gastrique, monitoring fœtal électronique, interdiction de boire ou manger, imposer une méthode de respiration pour la poussée, épisiotomie, interrompre le lien précoce mère-enfant, décubitus dorsal imposé lors du travail ou de l'accouchement.</li> <li>- Charte des soins respectueux en maternité White Ribbon Alliance (2011)</li> <li>- Exemple de cas en Inde ou au Brésil</li> </ul>
<b>Analyse</b>	Pas de financement, pas de conflit d'intérêt déclaré
<b>Références bibliographiques</b>	

Numéro 16

<b>Référence</b>	Castrillo B. Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. Sexualidad, Salud y Sociedad. 2016;(24):43.
<b>Langue</b>	Espagnol
<b>Mots-clés</b>	violencia, violencia obstétrica, legitimidad, legalidad, definición subjetiva, Argentina
<b>Idées, thèmes abordés</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 2 types définitions VO : objectives et subjectives</li><li>- Le concept de VO est socialement et historiquement construit, ce qui signifie qu'il évolue au cours du temps en fonction des sensibilités du moment et de ce qui est considéré légitime ou non.</li><li>- Degré de consentement des personnes impliquées dans le processus de violence médicale (pouvoir-savoir-faire médical, protocoles basés sur les preuves scientifiques...)</li><li>- Question éthique et conception de ce qui est violent</li><li>- Question de la visibilité de la violence en relation avec sa dimension de légitimité : inscription de ce qui est légitime, ce qui fait partie de l'ordre établie dans les mentalités, représentations sociales, qui perdurent en dépit des lois</li></ul>
<b>Analyse</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	

## **GLOSSAIRE**

DIU : dispositif intra-utérin

HAS : haute autorité de santé

HCE : haut conseil à l'égalité

OMS : organisation mondiale de la santé

VO : violence obstétricale

## RÉSUMÉ

**Introduction :** Au début des années 2000, le terme « violence obstétricale » est apparu en Amérique latine dans plusieurs textes de lois de différents pays. Par la suite, l'usage de ce terme s'est répandu dans le monde anglo-saxon et francophone, sans que ces pays légifèrent. Ce sujet interpelle et suscite des interrogations sur sa définition. Ainsi, existe-t-il un consensus international scientifique pour le concept de violence obstétricale ?

**Objectif :** Elaborer une définition de la « violence obstétricale » à partir de la littérature scientifique.

**Matériels et méthodes :** Cette étude est une revue de la littérature scientifique internationale recouvrant la période de 1999 à juin 2017. Seize articles ont été sélectionnés selon la méthode de la HAS puis analysés selon la méthode d'analyse de contenu (Bardin, 2007).

**Résultats :** Une typologie de la violence obstétricale a pu être identifiée. Se manifestant à différentes périodes de la vie sexuelle et reproductive de la femme, la violence obstétricale est l'articulation de deux types de violence : celle liée à la mise en place de protocoles médicaux institutionnalisés et celle de genre. Elle constitue une violation des droits humains.

**Conclusion :** L'étude a révélé un consensus international pour définir la violence obstétricale comme une violence de genre, dans un contexte institutionnel de surmédicalisation. En revanche, les pratiques corrélées à la violence obstétricale, peuvent varier d'une étude à l'autre.

**Mots-clés :** violence obstétricale, surmédicalisation, violence institutionnelle, genre, droits humains.

## SUMMARY

**Introduction:** In the early 2000s, the term "obstetric violence" appeared in Latin America in several laws of different countries. Subsequently, the use of this term has spread in the Anglo-Saxon and French-speaking world, without these countries legislating. This subject challenges and raises questions about its definition. So, is there an international scientific consensus for the concept of obstetric violence?

**Objective:** To develop a definition of "obstetric violence" from the scientific literature.

**Materials and methods:** This study is a review of the international scientific literature covering the period from 1999 to June 2017. Sixteen articles were selected according to the HAS method, then analyzed according to the content analysis method (Bardin, 2007).

**Results:** A typology of obstetric violence was identified. Occurring at different stages of a woman's sexual and reproductive life, obstetric violence is the articulation of two types of violence: institutionalized medical protocols and gender. It is a violation of human rights.

**Conclusion:** The study revealed an international consensus to define obstetric violence as gender-based violence, in an institutional context of over-medicalization. In contrast, practices correlated with obstetrical violence may vary from study to study.

**Keywords:** obstetric violence, over-medicalization, institutional violence, gender, human rights.