HAL open science

Représentations des violences obstétricales par les étudiants en sante, internes de gynécologie-obstétrique et étudiants sages-femmes

Bérangère Lipani

▶ To cite this version:

Bérangère Lipani. Représentations des violences obstétricales par les étudiants en sante, internes de gynécologie-obstétrique et étudiants sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03326600

HAL Id: dumas-03326600

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03326600v1

Submitted on 26 Aug 2021

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.

Département de Maïeutique
UGA SECTEUR SANTÉ Université Grenoble Alpes

UGA BU Université Grenoble Alpes

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de l'archive ouverte DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

REPRESENTATIONS DES VIOLENCES OBSTETRICALES PAR LES ETUDIANTS EN SANTE, INTERNES DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ET ETUDIANTS SAGES-FEMMES

-

REPRESENTATIONS OF OBSTETRIC VIOLENCE BY HEALTH STUDENTS, GYNAECOLOGY-OBSTETRIC INTERNS AND MIDWIFERY STUDENTS

Par : LIPANI Bérangère

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 14 juin 2021

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2020-2021

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

REPRESENTATIONS DES VIOLENCES OBSTETRICALES PAR LES ETUDIANTS EN SANTE, INTERNES DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ET ETUDIANTS SAGES-FEMMES

Par : LIPANI – Bérangère

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 14 juin 2021

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

[2020-2021]

RESUME :

Objectifs : Connaître les représentations des étudiants sages-femmes et des internes de gynécologie-obstétrique concernant les violences obstétricales ; repérer de quelle manière elles sont abordées durant leur formation ; définir quels seraient les axes d'amélioration les plus pertinents afin de mieux appréhender cette problématique en tant que professionnel.

Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par entretiens semi-directifs auprès d'étudiants sages-femmes de quatrième année et d'internes de gynécologie-obstétrique d'une université du Sud Est de la France. Les participants ont été recrutés sur la base du volontariat. Chaque entretien a été mené grâce à une grille d'entretien construite préalablement. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et analysés précisément.

Résultats : Les étudiants interrogés ont des avis divergents quant à la médiatisation des violences obstétricales. Les définitions données sont similaires à celles émises par les plus hautes instances, bien qu'ils n'en aient que rarement entendu parler au cours de leur formation. Il s'agirait pour eux d'une notion très subjective, dont chacun peut avoir des représentations différentes en fonction du contexte, de l'urgence, du genre, des caractéristiques sociales, de la génération, etc. Finalement, les violences obstétricales sont peu abordées au cours de leur formation, cela passe principalement par l'abord du consentement et de l'aspect relationnel dans la relation soignant-soigné. Une différence peut se sentir entre la formation des internes et celles des étudiants sages-femmes. Les étudiants proposent de nombreux axes d'amélioration, qui à leur échelle, leur semblent pertinents à mettre en place afin d'améliorer les prises en charge.

Conclusion : Les étudiants en obstétrique portent des représentations variées des violences obstétricales. Cette approche à petite échelle pourrait être approfondie en termes d'analyse sociologique et complétée par une étude en population plus large.

Mots clés : Violences obstétricales, représentations, étudiants sages-femmes, internes en gynécologie-obstétrique

ABSTRACT :

Objectives : Recognizing the representations of midwifery students and interns in obstetrics and gynaecology regarding obstetrical violence; identifying how this subject is introduced during their studies; defying the most relevant improvements that can be made in order to have a better understanding of this problematic as a professional.

Methodology: This is a sociological and qualitative investigation was conducted by semi-structured interviews with fourth-year midwifery students and interns in obstetrics and gynaecology. It took place in the medical and maieutic university of the South East of France. This study participants were recruited on a voluntary basis. Each interview was conducted using an interview guide previously constructed. Interviews were recorded in order to be precisely transcribed and analysed afterwards.

Results: The interviewed students have different opinions on the mediatization of obstetrical violence. Regarding their knowledge on this subject, the definitions that were given are similar to those issued by the highest authorities, although they have rarely heard of it during their studies. For them, it's a very subjective concept to which each person may have different representations about, depending on the context, the emergency, the gender, the social characteristics, the generation, etc. Finally, obstetrical violence are rarely approached during their studies, only through the topic of consent and the relational aspect of the caregiver-patient relationship. A difference can be observed between the studies of interns and midwifery students. The students suggest, at their level, many areas for improvement that they think should be implemented in order to improve care.

Conclusion: Obstetrical students have different images of obstetrical violence. This small-scale approach could be deepened in terms of sociological analysis and enriched by a more important population-based study.

Key words: Obstetrical violence, representations, midwifery students, interns in obstetrics and gynaecology

REMERCIEMENTS :

Je remercie les membres du jury :

- Monsieur **Lionel CURTO,** Président du jury**,** Sage-Femme, Enseignant au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes

- Docteur **Yoann GABOREAU,** Co-président, Médecin Généraliste, MCU au Département de Médecine Générale, Université Grenoble-Alpes

- Monsieur **Laurent GAUCHER,** Sage-Femme invité, Sage-Femme aux Hospices Civils de Lyon

- Madame **Solène BILLAUD,** Directrice de ce mémoire, Maître de conférences en sociologie à l'Université Grenoble-Alpes et chercheuse au laboratoire PACTE.

- Madame **Delphine SAVOY**, Co-directrice de ce mémoire, Sage-Femme, Enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes

Je remercie plus particulièrement :

- Madame **Solène BILLAUD**, Directrice de ce mémoire. Maître de conférences en sociologie à l'Université Grenoble-Alpes et chercheuse au laboratoire PACTE. Domaine : Méthodologie de la recherche, sociologie de la santé, sociologie de la famille, sociologie des professions, sociologie du vieillissement.

Pour avoir accepté de m'accompagner dans ce travail pendant deux ans, pour sa patience, sa disponibilité, ses encouragements à approfondir ce travail et sa bienveillance. Merci de m'avoir initié de cette manière à la sociologie.

- Madame **Delphine SAVOY**, Co-Directrice de ce mémoire. Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine, Université Grenoble-Alpes.

Pour avoir accepté de co-diriger ce mémoire, pour sa disponibilité, sa reconnaissance, ses conseils et sa bienveillance.

- Monsieur **Lionel DI MARCO**, Référent de promotion, Sage-Femme, Enseignant au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes

Pour son accompagnement durant toutes ces années de formation au métier de sage-femme.

- Les étudiants (étudiants sages-femmes et internes de gynécologie-obstétrique) ayant accepté de participer aux entretiens, sans qui ce mémoire n'aurait pu aboutir

- Mes proches

Pour leur soutien et leur écoute au quotidien

« La seule révolution possible, c'est d'essayer de s'améliorer soi-même, en espérant que les autres fassent la même démarche. Le monde ira alors mieux. »

Gorges Brassens

TABLE DES MATIERES :

ABREVIATIONS : 9

I- INTRODUCTION 10

II- MATERIELS ET METHODES 13

III- RESULTATS ET DISCUSSION 17

1. Les violences obstétricales : une affaire médiatique 17

1.1 Les violences obstétricales : un sujet doublement tabou 17

1.2 L'émergence des violences obstétricales, une notion très ancienne mais médiatisée récemment 19

1.3 Y aurait-il une sur médiatisation des violences obstétricales ? 21

1.4 Un rapport plus ou moins engagé des étudiants pour la cause féminine 24

2. Poser des mots sur les violences obstétricales 27

2.1 Les violences obstétricales selon les institutions 27

2.2 Et selon les étudiants en santé : des définitions plus ou moins proches des définitions rendues par les institutions 31

2.3 Une place pour les témoignages des étudiants : des situations qu'ils vivent comme perturbantes 34

2.4 Les acteurs des violences obstétricales selon les étudiants 39

2.5 Violence du terme « violences obstétricales », définir cela autrement, trouver des limites 41

3. Les violences obstétricales : des représentations divergentes 43

3.1 Médecins, étudiants, patients : Des places différentes, des visions différentes 43

3.2 Les violences obstétricales : une question de caractéristiques sociales : milieu social et génération 50

3.3 Les violences obstétricales autour du genre 55

3.4 Les violences obstétricales placées dans un contexte particulier : urgence, ambiance et conditions de travail 58

4. Les violences obstétricales dans la formation des étudiants en santé 64

4.1 L'abord du consentement : une notion qui semble faire partie de la définition des violences obstétricales selon les étudiants 64

4.2 L'aspect relationnel, le comportement du soignant : de quelle manière est-il appréhendé durant la formation des étudiants en santé ?..... 72

4.3 Une lacune dans la formation 78

4.4 Ebauches d'axes d'amélioration pour la formation et pour la pratique professionnelle proposées par les étudiants..... 80

IV- FORCES ET LIMITES 87

V- CONCLUSION 90

VI- BIBLIOGRAPHIE 93

VII- ANNEXES 98

ABREVIATIONS :

- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- CIANE : Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance
- HCE : Haut Conseil à l'Egalité
- SYNGOF : Syndicat National de Gynécologues Obstétriciens Français
- CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
- EBM : Evidence Based Medicine
- CNCDH : Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme
- GSF : Gynécologie Sans Frontières
- QCM : Questionnaire à Choix Multiples
- ECN : Epreuves Classantes Nationales
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- DU : Diplôme Universitaire
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

I- INTRODUCTION

Selon l'OMS de nombreuses femmes dans le monde entier sont victimes de « *traitements irrespectueux, abusifs ou négligents* » pendant leur accouchement [1]. L'émergence du « concept » des violences obstétricales s'est faite dans les pays d'Amérique Latine. Au Brésil, ¼ des femmes sont victimes de violences obstétricales pendant leur accouchement. C'est également en Amérique Latine, qu'une législation a été introduite en premier sur ce sujet en lui attribuant ainsi une reconnaissance institutionnelle. Le Venezuela est le premier pays à établir une loi en 2008 sur les droits des femmes à une vie sans violence en y incorporant le concept des violences obstétricales et en élaborant une définition. Par la suite l'Argentine en 2009 inscrit à son tour les violences obstétricales dans la loi. Des dispositions sont prises également au Mexique et plus tard au Brésil [2].

En Europe, c'est en octobre 2019, que les violences obstétricales entrent dans les textes. En effet, le Conseil de l'Europe adopte à une large majorité une résolution sur « Les violences obstétricales et gynécologiques » [3].

En France, ces dernières années, l'émergence des violences obstétricales s'est faite à travers une série d'évènements médiatiques qui alimentent une véritable préoccupation sociale sur les conditions d'accouchement ainsi que plus généralement sur le système de santé en gynécologie et en obstétrique avec par exemple : l'affaire du « point du mari » [4], les témoignages par le biais du hashtag « #paye ton utérus » [5], la révélation de touchers vaginaux réalisés par des étudiants en médecine sur des patientes endormies sous anesthésie générale [6].

Il y a peu de chiffres concernant les violences obstétricales, toutefois, on sait d'après ceux relevés par l'HCE (Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes) dans son rapport, qu'en 2016, 6% des femmes se déclarent *« pas du tout »* ou *« plutôt pas »* satisfaites

du suivi de leur grossesse ou de leur accouchement, cela représente 50 000 femmes [7]. De plus, selon l'enquête périnatale de 2016, 12% des parturientes ne sont pas satisfaites des conditions de leur accouchement notamment concernant la prise en charge de la douleur [8].

Des ébauches de définitions ont été émises, tout d'abord par les militantes féministes qui ont cherché à définir et revendiquer les violences obstétricales. Puis dans le rapport rédigé par le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE) consacré aux violences obstétricales et gynécologiques et particulièrement aux actes sexistes dans le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie [7]. Nous pouvons aussi citer le CIANE, Collectif Inter Associatif autour de la Naissance qui a aussi proposé une définition des violences obstétricales [9].

L'intérêt de notre travail est donc de s'intéresser à une population peu prise en compte depuis l'émergence de cette problématique dans le domaine de la santé des femmes : les étudiants en santé (internes de gynécologie-obstétrique et étudiants sages-femmes). En effet, ils représentent les futurs acteurs principaux dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique et donc leurs avis comptent pour les pratiques de demain.

Le CIANE a de nombreuses fois réagi sur ce sujet et a notamment donné des propositions pour lutter contre cette forme de violence : *" des formations à l'écoute active, à l'entretien motivationnel, à l'éthique ou encore aux préjugés ou biais de perception en santé sont aussi à intégrer en formation initiale et continue"*. Selon le CIANE, *" la maltraitance n'est pas volontaire de la part des soignants. Ces derniers n'ont souvent pas conscience d'en être à l'origine. Une partie de la maltraitance est dite ordinaire car banalisée, elle passe inaperçue "*. [9], [10]. Il est donc question aujourd'hui d'axer la formation des professionnels de santé, sur ces aspects autrefois moins pris en compte. Interroger les étudiants sur ce sujet et sur leur formation nous a donc semblé être pertinent.

En tant qu'étudiante sage-femme, s'intéresser aux violences obstétricales, permet de prendre conscience de la réalité de ce phénomène. Cela permet également d'ouvrir la discussion avec d'autres étudiants ou professionnels. Sans parler de faire changer les pratiques de l'ensemble des acteurs, l'aborder au cours d'un travail de recherche peut représenter un point en plus dans la tendance actuelle de bienveillance à l'hôpital.

Nous souhaitons analyser la manière dont les étudiants en santé (internes en médecine spécialisés en gynécologie-obstétrique et étudiant(e)s sages-femmes) se représentent les violences obstétricales. Comment ils imaginent leur future pratique professionnelle à ce propos. Ainsi nous chercherons à comprendre les représentations qu'ils portent et comment ces violences sont abordées durant leur formation. Pour finir il s'agira de définir les axes d'amélioration les plus pertinents selon cette population pour appréhender cette problématique de la meilleure des manières.

II- MATERIELS ET METHODES

1) Période de l'étude :

Les entretiens ont été réalisés entre le 1er Septembre et le 02 Novembre 2020.

2) But et type d'étude :

Le but de notre étude est de montrer les représentations qu'ont les étudiants en santé sur les violences obstétricales, notamment les internes de gynécologie-obstétrique ainsi que les étudiants sages-femmes, de repérer de quelle manière elles sont abordées durant leur formation et de définir quels seraient les axes d'amélioration les plus pertinents afin de mieux appréhender cette problématique en tant que professionnel. Il s'agit d'une enquête sociologique. Nous avons réalisé une enquête qualitative non interventionnelle n'impliquant pas la personne humaine, hors Loi Jardé. Il s'agit d'une étude, observationnelle, monocentrique qui s'est déroulée au sein d'une université de médecine et de maïeutique du Sud-Est de la France. Nous avons utilisé une méthode inductive, c'est-à-dire que nous avons une question de départ et que grâce à une enquête de terrain puis une analyse qualitative des données, nous avons fait émerger les idées pertinentes. Il s'agit alors d'une approche descriptive puis compréhensive.

3) Population d'étude :

Afin de répondre au mieux à notre question de départ, nous avons dû choisir une population répondant à des critères particuliers. Notre population regroupait donc des étudiant(e)s sages-femmes de 4ème année ainsi que des internes de gynécologie-obstétrique en activité au sein d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Sud-Est de la France. Nous avons choisi d'exclure de notre recherche les internes en médecine générale faisant leur stage en gynécologie et les étudiant(e)s sages-femmes de 2ème et 3ème années, ainsi que ceux de 5ème année étant donné la proximité entre eux et l'enquêteur de par la formation et l'année d'étude

identique (hors entretiens exploratoires). Le but était de faire varier les profils des personnes interviewées (sexes, âges, milieu social d'origine (si possible), maternités fréquentées en stage, expériences). Pour des raisons de respect de l'anonymat, nous avons choisi de ne pas révéler la ville où s'est déroulée notre étude, de plus un nouveau prénom a été attribué à chaque enquêté.

4) L'enquête :

Nous avons commencé par réaliser une première phase (phase exploratoire). Durant cette phase, une revue de la littérature nous a permis de poser les bases de ce sujet qui nous ont aidées pour la réalisation d'entretiens exploratoires courts. Le but était d'avoir des premiers résultats descriptifs qui nous permettraient de choisir notre cadre théorique de départ et de construire notre grille d'entretien.

Ces entretiens exploratoires courts ont été réalisés en Février 2020 auprès de quatre étudiantes sages-femmes de cinquième année et d'une interne en gynécologie-obstétrique. (Guide d'entretien exploratoire en annexe I). A savoir, de par notre proximité sociale, nos âges proches et nos positions identiques d'étudiants, le tutoiement a été utilisé pour la réalisation des entretiens.

Le recrutement de volontaires a commencé au mois d'Août 2020. Il s'est fait par l'envoi d'un e-mail à l'ensemble des étudiants sages-femmes de la promotion de quatrième année d'un département de maïeutique d'une ville du Sud-Est de la France ainsi qu'à l'ensemble des internes de gynécologie-obstétrique du CHU de cette même ville.

Nous avons débuté notre enquête le 1er septembre 2020 au moyen d'entretiens semi-directifs. (Guide d'entretien en annexe II)

Les entretiens ont duré entre 17 et 56 minutes et se sont déroulés pour la plupart au domicile de l'enquêté. Au final, onze entretiens ont été réalisés. Nous avons pu interroger six étudiants

sages-femmes (quatre filles et deux garçons) et 5 internes (3 filles et 2 garçons), leurs âges allaient de 21 ans à 37 ans et leurs expériences au sein des hôpitaux étaient plus ou moins longues et riches. Parmi les personnes de sexe féminin, l'une d'entre elles avait trois enfants.

Grâce au logiciel Sonal, nous avons effectué une retranscription en intégralité de chaque entretien. L'analyse s'est faite ensuite en deux temps : une analyse thématique, verticale, entretien par entretien pour faire ressortir les grands thèmes abordés et une analyse transversale mettant en commun l'ensemble des entretiens pour en faire ressortir les axes convergent et divergeant. Les résultats de cette analyse seront présentés dans la suite du mémoire.

Pour finir, nous avons choisi un cadre théorique qui nous permettra de guider l'ensemble de notre travail. Il s'agit donc des théories du care [11], [12], [13].

Ces théories du care sont nées d'une étude datant des années 80, réalisée par C. GILLIGAN aux Etats-Unis. Le care est défini comme *« capacité à prendre soin d'autrui », « souci prioritaire des rapports avec autrui »*. Cette auteure *« a pensé initialement le care comme une éthique de la vie ordinaire visant à préserver les formes de vie importantes pour les personnes »*. Elle relève que les femmes auraient tendance *« à privilégier leurs responsabilités envers les proches, à les protéger de la souffrance et à combler leurs besoins »*. A la suite de cela J. TRONTO, philosophe américaine défini le care comme : *« activité caractéristique de l'espèce humaine, qui recouvre tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, de perpétuer et de réparer notre monde, afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nos personnes et notre environnement, tout ce que nous cherchons à relier en un réseau complexe en soutien à la vie »* [11].

Les théories du care s'intéressent donc à ce qui se passe dans la vie en générale, que ce soit dans la vie de tous les jours ou dans des services médicaux où la préoccupation est de prendre soin de soi, d'autrui et du monde.

Selon J. TRONTO, il existe quatre phases constitutives du processus de care et quatre dispositions morales spécifiques qui fournissent la norme du *« bon care »*. Les 4 phases sont les suivantes : «*caring about ; se soucier de », « taking care of ; s'occuper de », « care-giving ; prendre soin de », « care-receiving, recevoir le soin »*. Les 4 dispositions morales associées sont : « *l'attention à l'autre », « la prise de responsabilité », « la mise en œuvre de compétences », « la réceptivité à l'interaction, à la relation de care »* [11].

Ainsi, ce mode de réflexion peut conduire à une relation de soin plus juste, dans un contexte où la relation a longtemps été guidée par un rapport de domination et de hiérarchie qui est aujourd'hui questionné.

Nous pouvons distinguer deux aspects de la relation soignante. Le cure qui concerne le volet curatif, les tâches matérielles, les soins plus ou moins techniques, l'application de la théorie. Et le care, qui peut difficilement se séparer du cure. Selon la philosophe S. LAUGIER, *« le traitement d'une personne exige certes la maîtrise de techniques [cure], mais requiert impérativement des capacités d'attention, de perception et d'imagination pour comprendre une situation [care] »* [12].

Nous allons donc voir comment ces théories du care peuvent être mises en lien avec les discours des étudiants en santé notamment sur le sujet des violences obstétricales.

Dans la partie « résultats et discussion », les deux premières parties auront pour but de poser un cadre sur les violences obstétricales, émergences, définitions, etc. Les deux parties suivantes permettront une analyse plus approfondie des entretiens.

III- RESULTATS ET DISCUSSION

1. Les violences obstétricales : une affaire médiatique

1.1 Les violences obstétricales : un sujet doublement tabou

Le tabou est défini comme : *« Ce sur quoi on fait silence, par crainte, pudeur. »*[14]. Il y aurait comme un double tabou autour des violences obstétricales : le tabou qui touche au corps de la femme, à la sexualité et à l'intimité et le tabou présent autour de l'idée que de nos jours, les soignants puissent être violents envers les patients.

Revenons sur le tabou qui touche au corps de la femme et qui est ancré dans la société. En effet, selon l'enquête de l'Observatoire des médias [15] réalisée en 2010 sur la représentation des femmes dans les médias nous pouvons retenir que seulement 27% des apparitions dans les nouvelles en France sont représentées par des femmes et que le reste est représenté par des hommes. Les femmes semblent être moins mises en avant dans les médias et ainsi dans la société. Néanmoins, de nos jours et notamment autour de ce thème des violences obstétricales, la parole se libère dans l'espace public. En revanche, ce sujet est encore trop peu abordé dans le milieu médical. En effet, pour les patientes, s'adresser directement au personnel médical, peut représenter un obstacle. Pour le personnel médical lui-même, aborder un sujet dont ils sont les premiers visés peut devenir difficile. Remettre en cause les soignants semble être compliqué, notamment les médecins qui ont toujours eu une place privilégiée dans la relation soignant-soigné .Les violences obstétricales représentent un sujet sensible, plus souvent gardé sous silence. Des personnes peuvent se sentir d'un côté vulnérables alors que d'autres peuvent se sentir plutôt condamnables.

Trois étudiants sur onze parlent du tabou durant les entretiens. Comme le dit Matthieu (étudiant sage-femme) **:** *« Voilà, mais je trouve que dans la vraie vie, on n'en parle très très*

peu, sur les réseaux sociaux, on commence à en parler. Donc en fait la parole anonyme commence à se libérer et ça c'est bien mais en dehors, on n'en parle pas beaucoup. ».

Du côté des patientes, l'étude de BRÜGGEMANN et A. JELME [16], citée par le CIANE [17], nous apprend que *« dans 60% des cas, une patiente confrontée à une maltraitance garde le silence vis-à-vis de l'institution ».* Selon eux, cela vient du manque de connaissances que les patientes victimes de maltraitance détiennent sur leurs droits.

Le soignant, lui ne l'abordera pas ou très peu, soit pour éviter le sujet, soit parce qu'il n'a pas interprété l'évènement de la même manière.

Les étudiants eux, seront contraints à ne pas dire ce qu'ils pensent par leur place subalterne dans la hiérarchie ce qui accentue le tabou autour de ce sujet. Par exemple, Léa (Interne) dit : *« Et globalement dans les violences obstétricales, tu ne peux rien dire, parce que tu sais qu'ils ont pleins de pouvoirs sur toi, qu'ils peuvent t'invalider ton stage et qu'ils peuvent te pourrir ta carrière et en même temps tu es un peu partenaire de ces violences aussi parce que je pense que c'est revenu souvent mais t'as une omerta avec les violences obstétricales […] C'est complètement tabou mais en même temps, il faut en parler. »* Au total, sept étudiants sur onze évoquent la notion de hiérarchie au sein des équipes à l'hôpital. Six utilisent d'eux même le mot « hiérarchie ». En effet selon les étudiants, il existe une hiérarchie au sein des équipes médicales qui pourraient nuire à un bon fonctionnement et surtout qui pourrait être un frein à l'abord des violences obstétricales.

Léa (interne) dit : *« Entre les différentes personnes, je trouve qu'il y a un peu une hiérarchie pourrie à l'hôpital et je trouve que c'est dommage. […] Mais dans les sages-femmes je l'ai moins ressenti. […] Par contre chez les médecins oui beaucoup et je trouve que ça, ça pourrit un peu l'ambiance. ».* Ainsi, par des questions de pouvoir supérieur du fait d'une place supérieure, par des questions de respect, d'expériences moindres, les étudiants auront du mal

à pouvoir parler de tous les sujets et notamment du sujet des violences obstétricales avec des personnes supérieures à eux hiérarchiquement. Karine (étudiante sage-femme) confirme en disant : *« Non franchement je pense qu'en tant qu'étudiante je n'oserais pas. J'en parlerai peut-être aux autres sages-femmes ou aux autres étudiants mais aller le dire directement à la personne, je ne sais pas si j'oserai. (Rire) »*

Il va s'agir donc pour évoquer des situations perturbantes, d'utiliser des mots plus doux, ne pas dire ce qui est réellement perçu, ainsi ne pas faire passer forcément le message. Il peut s'agir aussi de ne pas du tout en parler. Et ceci, que ce soit pour les étudiants mais pour toutes personnes qui ressentent une différence hiérarchique avec une autre personne. Par exemple, les sages-femmes vis-à-vis des médecins, les étudiants sages-femmes vis-à-vis des sages-femmes ou médecins, les internes vis-à-vis des médecins. Léa (interne) l'explique : *« C'est vrai qu'après j'ai pas utilisé les mêmes mots que j'utilise avec toi ou avec mes co-internes. Je pense qu'on est un peu trop doux dans nos descriptions et qu'on ne peut pas le dire comme on aimerait le dire et c'est bien dommage. »*

Les violences obstétricales, semblent donc être taboues depuis très longtemps et pour diverses raisons. Nous allons voir par la suite comment et depuis quand elles ont émergé dans le domaine public.

1.2 L'émergence des violences obstétricales, une notion très ancienne mais médiatisée récemment

Trois étudiants parmi les onze interrogés, disent que les violences obstétricales sont un phénomène plutôt récent, associé à un certain effet de mode. Seul un parmi eux, a conscience que ce phénomène existe depuis déjà bien longtemps.

Benoît (Interne) dit : *« Je ne pense pas que le mot violences obstétricales a été prononcé, parce que ça pour moi c'est un terme qui est un peu récent, qui est juste revenu, pas à la mode*

mais qui est revenu un peu dans les esprits il n'y a pas longtemps ». Cet étudiant déclare que le terme en lui-même est nouveau ou « revenu à la mode ». Pour lui, cela existe depuis un certain temps mais a été laissé sous silence et surtout pas appelé violences obstétricales à l'époque.

A l'inverse, Charlotte (étudiante sage-femme), plus jeune, pense qu'il s'agit réellement d'un phénomène récent: *« En fait, comme c'est quelque chose de très nouveau, il y a beaucoup de professionnels qui sont rebutés par ça.»*.

Grâce à la bibliographie réalisée par le CIANE sur les violences obstétricales [17] nous avons pu retrouver la première apparition de cette idée de « violences obstétricales ». Il ne s'agit pas de quelque chose de récent. La première apparition date de 1958 dans un magazine grand public Américain [18]. Il s'agit de la première fois où les femmes sont invitées à raconter ce qu'elles ont vécu pendant leur accouchement. Malheureusement, ceci ne s'est peu ou plutôt pas développé par la suite et n'a fait émergence à nouveau que récemment.

Benoît (interne) semble confirmer ce discours et dit : *« Non, non, parce que je pense qu'il y a eu un gros effet de mode, il n'y a pas si longtemps mais à part ça non, on n'en parlait pas. Encore une fois, peut-être qu'on en parlait mais pas en utilisant ce terme-là tu vois. Mais des dames, mal prises en charge, pas satisfaites de leur prise en charge, de leur accouchement, qui en veulent à l'équipe, des procès contre les obstétriciens, il y en a depuis très longtemps. Après c'est juste que le terme a été un peu démocratisé mais... le concept je pense que oui, il n'est absolument pas nouveau, par contre le terme, il est un peu monté en puissance, ces dernières années.* ». Cet interne, âgé de 31 ans, qui nous déclare avoir déjà quelques années d'expérience en gynécologie-obstétrique, semble être témoin de l'émergence de cette notion de violences obstétricales ces derniers temps, toutefois, il reconnait leur existence depuis des années, une existence restée sous silence.

1.3 Y aurait-il une sur médiatisation des violences obstétricales ?

La presse et particulièrement les réseaux sociaux semblent être l'un des premiers vecteurs d'informations sur les violences obstétricales. Pour certains étudiants il y aurait une part d'abus ou de sur médiatisation, qui pourraient avoir tendance à dénigrer la profession.

Selon E. NEVEU, sociologue, *« un problème public nait de la conversion d'un fait social en objet de préoccupation et de débat, éventuellement d'action publique »* [2]. Les violences obstétricales constituent aujourd'hui, un problème public qui a vu le jour au départ, par l'action d'usagères du système de soins. Il s'agit principalement de féministes qui ont fait émerger ce problème social et qui par enchainement de faits, l'ont fait monter jusqu'au pouvoir public. L'émergence des violences obstétricales s'est faite selon plusieurs étapes. Tout d'abord en 2014, l'écrivaine et sage-femme A. LEDIG publie un article abordant l'affaire du « point du mari » [4]. Il s'agirait d'une suture périnéale ne respectant pas l'anatomie de la femme et ayant pour but de «resserrer» l'entrée du vagin afin d'augmenter le plaisir masculin lors d'un rapport sexuel. Cet article provoque de vives réactions, notamment de la part de J. MARTY, président du Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France (SYNGOF) [19]. Par la suite en 2014 également, le hashtag « #paye ton utérus » est lancé sur Twitter avec en 24 heures seulement, la publication de plus de 7000 témoignages sur des situations des usagers en gynécologie et obstétrique [5]. En 2015, la révélation de la réalisation de touchers vaginaux réalisés par des étudiants en médecine sur des patientes endormies sous anesthésie générale fait polémique [6]. Par la suite, le 20 juillet 2017, la Secrétaire d'Etat chargée du Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, M. SCHIAPPA commande en réponse à tout cela un rapport au HCE sur les violences obstétricales et en même temps évoque un taux d'épisiotomie à 75% [20]. Cela fait réagir les membres du Conseil National des Gynécologues Obstétriciens qui lui répondent par une lettre

ouverte que ces propos sont faux et *« dénigrant »* pour la profession [21]. Parallèlement à cela, le Conseil National de l'Ordre de Sages-Femmes déclare ce rapport sur les violences obstétricales comme une nécessité dans un contexte où certes *« la majorité des professionnels concernés a à cœur d'offrir aux femmes un accompagnement de qualité. Toutefois, les conditions dans lesquelles ils exercent et l'organisation actuelle dans les maternités (sous-effectif, surcharge dans les salles de travail…) ne sont pas sans conséquences sur la qualité de cette prise en charge »* [22]. C'est donc en 2018, que le rapport du HCE, intitulé : « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaitre, prévenir et condamner le sexisme » voit le jour [7]. En réponse, les journaux grand public ont commencé à l'évoquer dans la presse. Par exemple, selon le mémoire de M.DEBEIR [2], le Monde, le Figaro et Libération ont abordé ce thème une trentaine de fois en l'espace d'un an. Il a donc fallu attendre que le pouvoir public et le gouvernement l'abordent pour que finalement la population générale y ait accès. De plus, en 2019 une proposition de loi au Conseil de l'Europe a été envisagée. A l'initiative de cela, un rapport rédigé par M. BLONDIN, (sénatrice) relatif aux violences obstétricales et gynécologiques, thématique trop longtemps occultée et méconnue. Finalement, c'est une proposition de résolution qui est faite par l'Assemblée Nationale en France, enregistrée le 14 septembre 2020 et qui invite le Gouvernement à faire de la lutte contre les violences obstétricales et gynécologiques une priorité et à mettre en œuvre les recommandations du HCE [3].

Selon la juriste et auteure M.H. LAHAYE ces avancées se sont traduites par un *"emballement médiatique"* pour les violences obstétricales [23]. Certains de nos enquêtés critiquent ce qu'ils voient comme des abus dans les témoignages présents sur les réseaux sociaux. Cinq étudiants sur les onze interrogés disent que les patientes auraient tendance à exagérer certaines

situations. Néanmoins, les étudiants ne nient pas l'existence de ces expériences vécues et racontées par les patientes.

Léa (interne) dit : *« Typiquement quand tu regardes « balance ton utérus », je pense qu'il y a un petit peu d'abus pour le coup. Parce qu'ils racontent vraiment des trucs ignobles tout le temps où le même professionnel aurait fait vraiment toute la liste de toutes les violences obstétricales possibles et de toutes les moqueries possibles. Là, je me dis non quand même. […] Je pense que du coup, elles majorisent un peu le truc, parce que via les pages comme celles-ci, il y a un peu… pas d'abus parce que je sais que ça existe… Mais j'ai regardé encore la page toute à l'heure, c'est un peu abusé. Enfin ça fait peur, quand tu vois ça tu te dis "Mon dieu, j'accouche jamais, j'irai jamais chez le gynéco et je verrai jamais une sage-femme et ils vont tous me torturer et ils vont tous me violer" (rire).»*

Benoît (interne) dit *« Mais autant ces trucs, je trouve que ça donne une vision vachement biaisée de la réalité, parce que tu lis que des trucs qui vont mal. Jamais ils ne disent « Ah bah mon gynéco, il est trop bien. » Parce que celles qui sont très contentes de leur accouchement et de leur grossesse, elles ne vont pas aller le dire, donc c'est ultra biaisé. »*

Ces différents discours vont tous dans le même sens et semblent montrer que les internes particulièrement, futurs gynécologues-obstétriciens sont impactés par ces témoignages. Se sentent-ils visés ?

Y. PATTE évoque que la médiatisation implique plusieurs acteurs et que chacun trouvera un sens à cette médiatisation [24]. Pour lui, la médiatisation peut aussi bien avoir un effet de « victimisation » négative qu'un effet positif de revendication et de reconnaissance. Dans notre cas, il semblerait que les internes relaient plutôt la première position, car pour eux les témoignages des patientes paraissent parfois exagérés, placent tous les soignants dans le même cas de figure et indirectement les font passer tous pour responsables.

M. COULOMB-GULLY [25], quant à elle, souligne à quel point les médias jouent un rôle dans les représentations que nous pouvons nous faire de la réalité, mais influent également sur elles : selon elle, ils « *renforcent la réalité de ce qu'ils montrent et occultent davantage encore celle qu'ils minorent.* » Concernant les violences obstétricales, parmi les étudiants interrogés, certains vont trouver une part d'abus alors que d'autres seront pour cette forte « médiatisation » car témoin de la réalité et en faveur d'une libération de la parole des femmes.

Julia (étudiante sage-femme) dit : *« C'est bien, la parole se libère, des choses qui étaient taboues, il y a quinze ans, commencent à ne plus trop l'être. Il y a pleins de hashtag, d'événements libérateurs, mêmes des manifestions aujourd'hui, les manifestations pour les droits des femmes c'est bien, c'est que ça progresse. ».*

1.4 Un rapport plus ou moins engagé des étudiants pour la cause féminine

Traiter ce sujet des violences obstétricales nous a aussi permis de distinguer les différents intérêts pour la cause féminine portés par ces étudiants, futurs acteurs dans le domaine de la santé des femmes.

Parmi nos entretiens, Matthieu (étudiant sage-femme) a le discours le plus fort à ce sujet : *« Ah bah bien sûr, de toute façon, on ne peut pas être dans ce métier sans être féministe. »* Dans ce cas-là, l'étudiant, se place lui et l'ensemble de la profession dans le même cas mais nous pouvons nous poser la question de la généralisation qu'il a fait de son cas et de ce que représente pour lui le féminisme. Néanmoins, nous percevons son engagement et son intérêt pour la cause féminine.

A l'opposé, deux étudiants ne portent pas grand intérêt à la cause féminine. La première, Louise, une interne en gynécologie-obstétrique, n'a pas eu l'air d'éprouver un intérêt

particulier à ce sujet, l'entretien a été court : *« Non, j'avoue que je ne suis pas ça. (Rire)»*. Le deuxième, un étudiant sage-femme, Arthur, déclare que cela n'a pas vraiment d'intérêt de s'intéresser seulement à distance sur ce sujet s'il ne peut rien faire de plus. *« Non, je ne vois pas trop l'intérêt entre guillemets si au final, je ne peux pas y changer grand-chose, enfin si c'est des trucs qui se passe alors que je ne peux rien y faire, je ne vois pas trop l'intérêt, suivre sur un réseau social ok, peut-être faire un peu de pub mais je ne vois pas trop l'intérêt si je ne peux pas agir directement dessus. Voilà. »*.

Les huit autres étudiants, portent tous en globalité un intérêt pour la cause féminine, en participant à des formations, en suivant des groupes sur les réseaux sociaux, en adhérant à des associations. Ceux-ci semblent relativement engagés pour la cause féminine, ils sont principalement pour que la parole des femmes se libère.

Linda (étudiante sage-femme) : *« Enfin ! (rire), il fallait que ça arrive, je pense que c'est très bien en fait que la parole des femmes sur tout ce que l'on subit au quotidien, ça se libère en fin. C'est quelque chose qui est banal, en fin c'est triste à dire mais... que ça explose comme ça aujourd'hui c'est bien. Après en soit, juste en parler, c'est très bien, parler de son vécu, c'est très bien. Après je pense que derrière il faut qu'il y ait quelque chose qui soit fait quoi, que la justice suive. […] Je trouve que c'est très bien, parce que c'est peut-être le point de départ de quelque chose maintenant. On ne se tait plus, on ne garde plus les choses pour nous, avec cette honte, alors que c'est nous les victimes. »*

Léa (interne), dans la même idée est pour que les choses ne restent pas cachées, encourage la diffusion d'informations sur les réseaux sociaux et notamment d'informations abordant la gynécologie, l'obstétrique et d'autres thèmes touchant à la femme. *« Moi je trouve que c'est hyper bien, a part je te dis des fois c'est juste une sélection de témoignages à travers la France et du coup ça concentre des trucs vraiment affreux. […] Mais par contre sinon toutes*

les autres pages, c'est hyper bien. C'est cool, il commence même à avoir des pages, sur Instagram, les filles se mobilisent pas mal la dessus, qui parlent de gynéco au sens large, c'est cool, […] Parce que du coup ça répond a quand même pleins de questions, qu'elles n'osent pas poser à leur gynéco ou à leur sage-femme, parce que je ne sais pas, parce qu'elles n'osent pas. ». Une autre interne, Clara, partage cet avis.

Certains enquêtés hommes portent aussi ce point de vue. Benoît (interne) dit : *« Ah oui, bien sûre, comment on peut ne trouver ça pas bien ? Euh...après c'est une discussion qui peut prendre toute la nuit, mais ... moi qu'on défende les droits et la santé de la femme évidemment. Moi j'adhère à "Gynéco sans frontières", j'ai participé à des campagnes de prévention sur les violences faites aux femmes, j'ai fait des formations sur les violences faites aux femmes, donc tu vois je suis un peu, je me sens concerné en tout cas.»*.

La majorité des étudiants interrogés sont ainsi intéressés par la cause féminine, de différentes manières et à différents degrés. Cela reflète que de nos jours, il y aurait un rapport particulier qui s'est créé autour des femmes. Nous sommes dans une génération ou de plus en plus d'hommes et de femmes se battent pour défendre ces dernières.

Nous allons donc voir par la suite, comment ces étudiants, futurs acteurs dans le domaine de la santé des femmes, majoritairement impliqués et investis pour la cause féminine définissent les violences obstétricales.

2. Poser des mots sur les violences obstétricales

2.1 Les violences obstétricales selon les institutions

A l'heure actuelle, plusieurs définitions des violences obstétricales ont vu le jour. Des points de convergences mais également de divergences existent entres elles. Nous allons citer quelques définitions, de sources et d'auteurs différents.

Les violences obstétricales ont d'abord été définies par les féministes et notamment par M.H LAHAYE en 2016, juriste et engagée dans la cause féminine, qui s'appuie sur la Loi Kouchner de 2002 pour aborder la notion de respect du consentement [26]. Selon elle, les violences obstétricales sont : *« 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. ».* D'après elle, les violences obstétricales regroupent les violences institutionnelles (produites par les institutions de soins) et les violences de genre (qui *« touchent les femmes parce qu'elles sont femmes »*). En plus d'actes violents, il peut s'agir *« de l'attitude du personnel soignant, les mots déplacés qu'il utilise, le manque de respect, l'infantilisation de la femme, la violence psychologique en général »*. Elle ajoute aussi l'omission et l'abstention, c'est-à-dire *« l'absence de réaction ou d'acte face à une demande de la parturiente, la négation de son ressenti, la non prise en compte de sa douleur ou de ses besoins ou souhaits particuliers. »*. Elle place tous le personnel de santé comme acteurs de violences obstétricales, sans distinctions particulières. Dans sa définition, l'auteure fait référence à *« l'Evidence Based Medecine (EBM), la médecine basée sur des preuves scientifiques, c'est à dire l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. »*.

A une autre échelle, le CIANE, collectif qui a vu le jour en 2003, regroupant une trentaine d'associations, agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé et ayant pour but de faire entendre et comprendre les droits des femmes et des couples en ce qui concerne la naissance et la maternité. En 2017, le CIANE aborde les violences obstétricales en écrivant que , *« La maltraitance en obstétrique peut s'exercer durant un parcours d'assistance médicale à la procréation, la grossesse (y compris IVG), l'accouchement et le post-partum, dans des consultations en cabinet libéral ou en établissement de santé.[…] Le manque d'explications, la non recherche du consentement, l'absence de prise en compte de la douleur, la brutalité des gestes etc. peuvent transformer un acte technique comme la pose de forceps en violence obstétricale. La maltraitance est donc caractérisée par des faits, isolés ou cumulés, plus ou moins graves et délétères : Violence verbale (dénigrement, propos infantilisants, sexistes, homophobes, humiliants, menaces, intimidations, ...) ; déni de la douleur exprimée et mauvaise prise en charge de la douleur (césarienne à vif, minimisation du ressenti de la patiente, ...) ; absence d'information et de recherche du consentement et non-respect du refus de soins ; absence d'accompagnement ou de bienveillance ; Absence de respect de l'intimité et de la pudeur ; brutalité des gestes et des comportements ; etc. »*

Selon le CIANE, les violences obstétricales doivent *« être considérées comme une perturbation de la relation de soins comprise dans sa globalité. »* [9].

Ensuite, en 2018, le rapport HCE dresse six types d'actes sexistes dont certains relèvent de la violence [7] : *« Non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation ; propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant, qui renvoient à des injonctions sexistes* ; *injures sexistes* ; *actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans*

respecter le choix ou la parole de la patiente ; actes ou refus d'acte non justifiés médicalement ; violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol. »

Par la suite, nous pouvons lire : *« Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un 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. »*

A ces types d'actes sexistes, s'ajoute dans ce rapport une liste de vingt-six recommandations articulées autour de trois axes :

- *«AXE1 : Reconnaître l'existence et l'ampleur des actes sexistes, dont certains relèvent des violences, dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical*
- *AXE2 : Prévenir les actes sexistes relatifs au suivi gynécologique et obstétrical*
- *AXE3 : Améliorer et faciliter les procédures de signalements et condamner les pratiques sanctionnées par la loi »*

Pour finir, l'Académie de Médecine en 2018 se positionne en écrivant : *« Le vocable de « Violences obstétricales » regroupe tout acte médical, posture, intervention non approprié ou non consenti. Il recouvre donc, non seulement des actes non conformes aux recommandations pour la pratique clinique (RPC) mais aussi des actes médicalement justifiés réalisés sans information préalable et/ou sans le consentement de la patiente ou avec une apparente brutalité. Enfin, les attitudes, comportements, commentaires ne respectant pas la dignité, la pudeur et l'intimité des femmes sont également cités sous ce terme et rapprochés de la non-*

prise en compte de la douleur pendant et après l'accouchement. ». Dans ce rapport, les auteurs, médecins pour la plupart évoquent des axes d'amélioration : « *Meilleure formation des soignants, meilleure information des femmes et leur famille, harmonisation des pratiques, modification du fonctionnement des maternités, en insistant sur la nécessaire implication des usagers dans l'élaboration des projets de service.* » [27].

D'autres définitions, à l'internationale et notamment en Amérique Latine ont été émises, toutefois, à notre échelle nous resterons concentrées sur celles citées précédemment.

Nous avons cherché dans un premier temps à comparer ces définitions et nous nous sommes demandés si il n'y avait pas entres-elles, des différences liées à la source et notamment aux auteurs ?

Nous avons dressé un tableau comparatif de ces différentes définitions (Annexe IV). Il semble que le rapport HCE (construit à partir du recueil des avis de 25 professionnel(le)s de santé, représentant(e)s des ordres professionnels et de sociétés savantes, patient(e)s et associations, représentant(e)s de l'État, ainsi que de la ministre des Solidarités et de la Santé, Mme A. BUZYN en 2018) soit majoritairement axé sur les actes sexistes alors que le CIANE englobe un nombre d'attributs plus vaste et moins axés sur le sexisme. En revanche, le CIANE n'aborde pas la justification médicale des actes de soins comme le cite M.H LAHAYE et le rapport HCE. Ainsi, le CIANE semble plutôt axé sur le bien être des usagers et sur la bienveillance. L'origine et les auteurs différents de ces définitions sont certainement responsables de ces divergences. Un médecin aura plutôt tendance à aborder la justification médicale des actes, mais aura plus de mal à admettre que ces violences sont présentent au sein des institutions médicales et que les professionnels ne sont pas toujours bienveillants. En revanche un usager dénoncera plus facilement l'institution, toutefois, il aura probablement moins de connaissance sur la justification médicale d'un soin. Ces divergences de définition,

si elles ne sont pas radicales, montrent malgré tout que les institutions ont encore du mal à s'accorder sur le périmètre et le contenu des violences obstétricales.

Que ce soit M.H LAHAYE, le CIANE, le rapport HCE, tous évoquent le consentement et l'information. En effet, la Loi Kouchner du 04 mars 2002 [28], relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé rend obligatoire: *« Le droit du patient à être informé sur son état de santé, c'est-à-dire sur les traitements et actes proposés, leur utilité, leur degré d'urgence, les risques qu'ils peuvent engendrer et les alternatives possibles ; la nécessité du consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés. »*. Selon cette Loi, l'information dans le milieu médical : *« Doit être donnée individuellement par le médecin lors d'un entretien personnel avec la personne malade […] Aucun acte médical, ni aucun traitement, ne peuvent être pratiqués sans le consentement libre et éclairé de la personne, qui peut être retiré à tout moment. »* Le manquement à l'obligation d'information du patient engage la responsabilité du médecin. Cependant, cette responsabilité peut être écartée « *S'il résulte de l'instruction, compte tenu de ce qu'était l'état de santé du patient et son évolution prévisible en l'absence de réalisation de l'acte, des alternatives thérapeutiques qui pouvaient lui être proposées ainsi que de tous autres éléments de nature à révéler le choix qu'il aurait fait, qu'informé de la nature et de l'importance de ce risque, [le patient a] consenti à l'acte en question* ».

Nous avons donc interrogé les étudiants sur leur définition personnelle des violences obstétricales, le but était de les comparer avec celles citées précédemment.

2.2 Et selon les étudiants en santé : des définitions plus ou moins proches des définitions rendues par les institutions

Nous venons de voir comment les violences obstétricales sont définies dans l'espace public. Maintenant nous allons voir comment les étudiants les définissent.

Parmi les onze étudiants interrogés, tous ont pu donner des attributs qu'ils apparentent aux violences obstétricales. Trois étudiants ont éprouvé de la difficulté à répondre à cette question et se sont fait la réflexion qu'ils n'y avaient jamais réfléchi.

Par exemple, Julia (étudiante sage-femme) dit : *« Ah c'est dure tes questions (rire), comme ça dès le début (rire). Euh... Je dirai, quelque chose qui n'est pas consenti, qui est perçu par une violence par la personne qui la reçoit… ».*

Arthur (étudiant sage-femme) pour sa part dit : *« Oh c'est super dure comme question (rire). Euh... je dirai toutes situations où la personne ne se sent pas à l'aise avec ce qu'on fait ou avec notre façon d'être avec elle. A partir du moment où on est trop intrusif, où on perturbe un peu ses moments d'intimité. Je pense qu'à partir du moment où on ne sent pas à l'aise avec notre présence et avec ce qu'on est en train de faire, c'est qu'on est un peu dans la violence, mine de rien. ».*

Benoît (interne) montre sa difficulté à donner une définition en expliquant : *« Une définition... euh...ça c'est une excellente question que je me suis jamais posé. Je dirai que c'est un mauvais vécu de l'accouchement, euh... par une mauvaise pratique du praticien, soit l'obstétricien soit la sage-femme. ».*

Ces étudiants ont probablement déjà entendu ce terme de violences obstétricales mais ne se sont jamais vraiment interrogés sur sa signification. Ils citent le non-respect du consentement, le manque d'explication et d'information, le manque de respect, et la négligence de la douleur. Les étudiants évoquent aussi des formes verbales ou physiques. De plus, ils donnent différents exemple d'actes qui peuvent être perçus comme violents (césarienne, extractions instrumentales, délivrance artificielle, révision utérine).

Linda (étudiante sage-femme) dit : *« Ce serait de la négligence vis à vis de la patiente. Ce serait pratiquer un soin sans son consentement ou... sans lui avoir demandé ou alors qu'elle*

ne soit pas d'accord. […] Voilà ça serait lui manquer de respect, ne pas parler correctement à la patiente, être un peu dure ou … comment dire, nier sa douleur ou ce qu'elle ressent, ce genre de chose. »

Léa (interne) dit : *« Alors les violences obstétricales, je pense qu'il y a pas mal de chose, il y a les violences un peu passives donc ne pas prendre en considération leurs plaintes… Comment dire, le fait de négliger la douleur tout ça, le fait de mal expliquer, juste le fait de mal expliquer les choses, je pense que déjà ça peut être ressenti par les patientes comme des violences. Et après, les violences physique au sens large ... le fait de ne pas demander le consentement avant de faire un geste évidemment, avant de faire un examen. Le fait d'être violent dans ses actes, que ce soit pour mettre un spéculum, faire un prélèvement, un accouchement encore plus. Ouais, violences que ce soit verbales ou physiques. »*

Pour Clara (interne) : *« (Rire) Je pense que c'est euh ... une définition des violences obstétricales... c'est un non-respect ... de l'intimité, un non-respect du consentement et oui une absence de communication. »*

Concernant le manque de respect, Julia (étudiante sage-femme) dit : *« Je dirai toutes les paroles qui sont irrespectueuses, insultantes, humiliantes, discriminantes, de la grossophobie, du racisme, de l'homophobie... ».*

Finalement, bien que tous les étudiants n'aient pas donné les mêmes termes, chacune de leurs idées sont présentes dans les définitions précédemment citées (CIANE, rapport HCE). Cependant, parmi les étudiants interrogés, aucun n'avait la connaissance de textes évoquant une définition des violences obstétricales, aucun n'avait eu à l'heure actuelle un cours ou une formation à ce sujet. C'est instinctivement et grâce à leurs expériences qu'ils ont pu donner des attributs proches de ceux donnés par les plus hautes institutions. Cela montre qu'ils en ont une idée générale, mais sans doute pas suffisamment précise pour être en mesure de réagir.

Nous avons dressé et analysé un tableau résumant les thèmes abordés dans la définition des violences obstétricales selon chaque étudiant. (Annexe IV). Il semblerait qu'il existe une nuance entre ce que disent les étudiants sages-femmes et ce que disent les internes. En effet, seuls des étudiants sages-femmes ont évoqué le non-respect du refus de soin. Aucun interne ne l'a abordé à l'image du rapport HCE et de l'Académie de Médecine. Serait-ce moins abordé ou moins considéré du côté des médecins ? De plus, les étudiants sages-femmes évoquent principalement les violences verbales et physiques pour parler de violences obstétricales alors que les internes évoquent majoritairement l'absence de consentement et d'information. Nous avons pensé que les internes voient une faille dans une étape précédent la prise en charge, et non pendant le soin. Pour les étudiants sages-femmes, il semblerait que la faille existe plutôt pendant le soin, pendant un acte.

Une autre différence tient au périmètre de discussion de ce thème. Alors que les internes y voient plutôt un débat professionnel, à tenir entre soignants, les étudiants sages-femmes sont plus nombreux à souhaiter un débat impliquant le grand public.

Afin de mieux comprendre d'où viennent ces attributs donnés par les étudiants, nous les avons interrogés sur leurs expériences depuis leur arrivée dans le milieu de la gynécologie et de l'obstétrique.

2.3 Une place pour les témoignages des étudiants : des situations qu'ils vivent comme perturbantes

Nous allons revenir sur des situations décrites dans les entretiens comme perturbantes ou choquantes par les étudiants en santé. Il s'agit de situations dont ils ont été témoins, de situations dont ils ont entendu parler ou de situations dans lesquelles eux-mêmes se seraient sentis intrusifs ou mal à l'aise vis-à-vis de la patiente.

Parmi les onze étudiants interrogés, neuf ont été témoins de situations qu'ils ont jugées perturbantes ou choquantes. Les trois autres étudiants ont tous entendu des histoires s'apparentant aux violences obstétricales sans en avoir été témoins. Parmi eux, une interne explique qu'elle n'arrive pas à poser des mots sur ces propres expériences mais a déjà abordé ces sujets avec ses camarades internes.

Arthur (étudiant sage-femme) : *« Alors, perturbé, oui, choqué, non jamais, enfin j'ai jamais vu de trop grosses situations on va dire qui m'ont choqué mais perturbé oui. »*

Les neuf autres décrivent des situations diverses. Nous allons ici présenter une série de témoignages sélectionnés dans les entretiens :

Linda (étudiante sage-femme) : *« En fait la patiente elle était très très stressée, elle avait mal et la sage-femme elle a complétement négligé ça. Elle lui disait mais non vous n'avez pas mal. Et ça se voyait dans son attitude elle était très antipathique envers la dame, en fait je pense que… elle avait une attitude blasée alors qu'il y avait vraiment quelque chose, c'était la péridurale qui était mal posée. »*

Léa (interne) : *« Une ventouse, alors la première qui s'était vraiment extrêmement mal passée. Enfin voilà le gynéco, il hurlait sur la patiente parce qu'elle ne poussait pas, alors oui elle ne poussait pas mais bon en fait il ne fallait peut être pas mettre une ventouse du coup, a lui hurler dessus, a lui dire que c'était de sa faute si le bébé ne sortait pas parce qu'elle ne poussait pas assez. Je pense qu'il a un peu paniqué hein, sans vouloir du tout le défendre mais je pense qu'il a un peu paniqué et ça s'est fini a je te fais une épisio sans te prévenir donc ça horrible. »*

Julia (étudiante sage-femme) : *« C'était une patiente qui ne parlait pas français et qui faisait du vaginisme, elle avait des contractions, c'était fin de garde et il y avait du monde. En fait c'était une sage-femme un peu âgée et ... bon déjà elle ne me parlait pas trop, mais bon elle*

est rentrée dans la chambre, "Bon madame il faut que je vous examine", la dame elle ne comprenait pas qu'il fallait qu'on l'examine. […] La sage-femme n'arrivait même pas à rentrer un doigt et elle a forcé. Elle a forcé, mais elle n'a pas réussi à l'examiner du coup elle est reparti et elle a dit "Mais ça va pas être possible madame, on ne va pas y arriver comme ça, il faut qu'on sache où vous en êtes sinon...". Et ouais, en fin la dame elle été traumatisée et moi aussi au passage (rire). »

Clara (interne) : *« Oui, alors… mon premier semestre, une patiente qu'on a installé pour une césarienne en urgence et qui avait très mal. On a fait la césarienne, elle hurlait… les anesthésistes poussaient les produits mais la dame hurlait toujours et effectivement personne n'a pris au sérieux cette patiente qui hurlait et en fait quand on l'a remise au propre et qu'on la mise de côté on s'est aperçu que le cathéter de péridurale n'était plus en place, donc on a quand même fait une césarienne euh… chez une patiente qui n'avait pas d'analgésie. […] Et après dans la vie un peu plus courante de l'internat d'obstétrique, j'ai déjà vu des co-internes prendre en position gynéco, prendre les genoux des dames et les écarter sur les côtés sur les barres, pour examiner la dame et ça c'est assez, je trouve que c'est assez…. ça ne se fait pas.»*

Théo (interne) *: « Alors oui, oui-oui je pense, où des fois tu appelles pour des avis, ils ne disent à peine bonjour à la patiente, ils l'examinent « Je vous examine ». Ou alors, pour des extractions, ils ne se présentent à peine, les patientes ne comprennent carrément pas ce qu'il se passe. »*

Parmi les expériences vécues par les étudiants, un sujet semble les impacter davantage. Il s'agit de l'épisiotomie ; une intervention chirurgicale qui consiste à sectionner la muqueuse vaginale et les muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve et de faciliter l'expulsion du fœtus lors de l'accouchement. [30] Cet acte pratiqué lors de certains

accouchements ne fait pas consensus au niveau des praticiens de l'accouchement, au niveau des étudiants mais aussi au niveau des patientes. De nombreux témoignages concernant l'épisiotomie voient le jour actuellement sur les réseaux sociaux. Les usagères, les groupes féministes revendiquent la recherche de l'information et du consentement avant sa réalisation. Parmi nos enquêtés, cinq étudiants sur onze ont abordé l'épisiotomie au cours de la discussion, sans que celle-ci ne soit directement envisagée par les questions de l'entretien. L'épisiotomie apparaît donc pour les enquêtés comme un cas-type du problème de définition des violences obstétricales, c'est pourquoi nous détaillerons ce point.

Léa (interne) en parle quand elle raconte les situations perturbantes pour elle : « *Je te fais une épisio sans te prévenir donc ça horrible. […] Et sinon, après là pour le coup c'était les sages-femmes, deux épisio sans prévenir, que j'ai trouvé vraiment pas...justifiées, mais surtout qu'elles ne soient pas justifiées c'est une chose mais qu'elles ne soient pas prévenues, j'ai trouvé ça vraiment chier... Je pensais que ça ne se faisait plus avec tout ce qu'on entend maintenant, mais voilà.* »

Dans la même idée, Clara (interne) dit : *« Même l'épisiotomie, je pense que, les générations d'avant n'ont jamais demandé pour faire une épisiotomie, moi j'en ai vu que très peu, vraiment très rares fois mais les rares fois où j'en ai vu, c'était "Bon voilà, on va couper, parce que...", donc c'était pas des situations très urgentes donc on a bien dit "Vous êtes d'accord ? "* […] *Je pense que ça vraiment, c'est nouveau, dans les 5 dernières années, ça s'est beaucoup plus démocratisé.* »

Pour ces deux internes, prévenir avant de faire une épisiotomie semble faire partie de leur pratique et le cas contraire les met plutôt mal à l'aise. Pour deux autres étudiants, le geste est bien souvent fait dans un contexte qui ne permet pas de prendre le temps de donner l'information et de recueillir le consentement, ce qui est fait trop succinctement ou une fois le

geste réalisé. Théo (interne), reconnait que cela puisse être considéré comme une violence par la patiente : « *Les épisio, dans l'urgence, quasiment à chaque fois, c'est après qu'on dit « Ah bah j'ai dû couper », et ça c'est considéré comme des violences à posteriori.* » C'est pourquoi, quatre étudiants ont l'air approximativement du même avis et ont en tête qu'une information devrait être donnée et que le consentement devrait être recherché avant de réaliser une épisiotomie.

En revanche un interne, n'est pas du même avis et trouve ça exagéré de faire rentrer l'épisiotomie non annoncée dans les violences obstétricales. Benoît (interne): *« Il y a beaucoup de gens qui font rentrer, l'épisio dans les violences obstétricales, je trouve que c'est un peu exagéré parce qu'on ne fait pas ça par plaisir parce qu'on veut faire du mal à la dame quoi ... même si ok, les reco, en ce moment, elles sont plutôt contre mais de base ceux qui font ça, c'est en pensant le faire dans l'intérêt de la dame.* » Il ajoute que le contexte d'urgence lors de la réalisation d'une épisiotomie ne permet pas de donner une information claire et appropriée et de recherche le consentement. *« Typiquement ce qu'on demande en ce moment, c'est demander aux dames leur consentement pour une épisiotomie. Mais ça je trouve que c'est complètement débile. […] Bah non, ce n'est pas ça le délire, soit il y a besoin d'une épisiotomie, tu la fais, soit il n'y a pas besoin, tu ne la fais pas.* »

D'après une étude réalisée en 2018 auprès de 389 membres du CNGOF, « *69% déclaraient réaliser une épisiotomie dans moins de 10% des cas en cas d'accouchement spontané en présentation céphalique. […] La moitié (46%) déclarait informer les femmes et recueillir leur consentement avant le geste.* » [31]. Comme nous pouvons le voir, ce que les étudiants observent durant leurs stages est confirmé par les praticiens. De plus, de nouvelles recommandations pour la pratique clinique ont été rédigées par le CNGOF en 2018. Dans celles-ci nous pouvons retrouver : *« L'indication de l'épisiotomie au cours d'un*

accouchement est fonction des facteurs de risques individuels et des conditions obstétricales (accord professionnel). Il est recommandé d'expliquer l'indication et de recueillir l'accord de la femme avant de pratiquer une épisiotomie.» [32]. L'information des patientes est donc recommandée mais pas obligatoire. Toutefois, d'après un rapport complet sur l'épisiotomie réalisé par le CIANE en 2013, les femmes considèrent être mieux informées qu'auparavant. En 2013, 56% d'entre elles estimaient avoir reçu suffisamment d'informations à ce sujet, contre 33% avant 2005. Il y a tendance à une amélioration, en ce qui concerne le nombre d'épisiotomies mais aussi en ce qui concerne l'information donnée. En revanche, l'enquête révèle que 85% des épisiotomies sont pratiquées sans demande de consentement de la part des professionnels de l'accouchement. Ce chiffre ne semble pas évoluer depuis 2005. On remarque donc une amélioration de l'information donnée mais peu d'amélioration concernant la recherche du consentement [33]. Nous verrons ultérieurement la confusion qu'il semble pourvoir exister entre donner l'information et rechercher le consentement. Toutefois, des chiffres plus récents seraient plus pertinents.

2.4 Les acteurs des violences obstétricales selon les étudiants

Les étudiants évoquent spontanément dans la discussion les différents acteurs qu'ils perçoivent comme impliqués dans les violences obstétricales.

Selon M.H LAHAYE, les acteurs des violences obstétricales regroupent : *« pas seulement les obstétriciens, mais également les sages-femmes, médecins, infirmiers, pédiatres, anesthésistes, aides-soignants, etc. ». [26]* Cela concerne donc tous les métiers du soin.

Selon Matthieu (étudiant sage-femme) : *«Les violences nous on les voit des gynécos. Il y a aussi des violences par les sages-femmes, je ne dis pas le contraire, des plus petites, souvent moins graves, enfin c'est ce que je disais, il n'y a pas de gravité, mais c'est souvent des petites*

choses, qu'on ne remarque pas forcément mais si on s'y attarde, c'est vrai qu'il y en a beaucoup. ».

Julia (étudiante sage-femme) élargit en disant : *« Il y avait une anesth qui était affreuse (rire), je me disais mais "Oh, Oh" (rire), là en terme d'information on y est pas du tout. ».*

De plus, certains étudiants se placent eux-mêmes comme acteurs de plus ou moins grande ampleur de violences obstétricales.

Matthieu (étudiant sage-femme) dit : *« Les petites remarques déjà qu'on se fait quand on est en train de faire l'expulsion, qu'on est à la vulve et qu'on discute à voix basse. Là il y a beaucoup de chose qui se disent qui ne sont pas forcément bien. ».*

Clara (interne) dit : *« Ben pour moi, ça ce n'est pas faire bien mon travail, malgré moi hein, après c'est le rôle d'interne aussi, c'est comme ça. »*

Karine (étudiante sage-femme), en parlant d'une situation dit : *« Je me suis dit « Je suis en train de faire quelque chose qu'elle n'apprécie pas du tout ».»*

Pour finir Léa (interne) se remet également en question en disant : *« Parce que tu vois je pense que même en un an, j'ai déjà été même un peu maltraitante, pas physiquement mais un peu dans les mots […]. J'ose espérer que je ne deviendrai jamais violente parce que ... parce que j'y pense et surtout en tant que femme on y est beaucoup plus sensibles. »*

Nous avons ici un groupe d'étudiants qui se remettent en question, qui reconnaissent les violences obstétricales, même au travers de gestes du quotidien. Ils reconnaissent les contextes qui peuvent les pousser à être violents eux-mêmes et sauront percevoir à quel moment leur prise en charge pourrait devenir négligente pour la patiente. Bien évidemment ces profils et ces représentations ne sont pas figés et peuvent varier.

2.5 Violence du terme « violences obstétricales », définir cela autrement, trouver des limites

Suite à la réalisation des entretiens, nous avons perçu, surtout chez les internes, que le terme de « violences obstétricales » était violent par lui-même. Ainsi, un autre terme pourrait dans bien des cas être plus adapté à la situation.

Charlotte (étudiante sage-femme) explique par exemple : *« Quand il y a urgence, il y a urgence, pour eux ça parait démesurer d'appeler ça comme ça. »*

Matthieu (étudiant sage-femme) doute également : *« Je ne sais pas si ça rentre dans le cadre de ces violences.»*

Arthur (étudiant sage-femme) propose : *« Plutôt une ignorance entre guillemets, une absence de réaction… »*

Clara (interne) dit pour sa part : *« Je ne sais pas si on peut dire violence mais en tout cas, peut-être pour la césarienne oui, c'était violent. […] Après s'il y a violence ou en tout cas, non prise en charge optimale, c'est un peu malgré nous... on a bien conscience qu'il faut faire progresser les choses mais que des fois on n'a pas le temps et pas les moyens de faire bien les choses ».*

Benoît (interne) : *« Je trouve que c'est un peu exagéré parce que on ne fait pas ça par plaisir parce qu'on veut faire du mal à la dame quoi. […] Moi je trouve que c'est un terme qui est assez extrême ».*

Ainsi, certains perçoivent ce terme comme exagéré. Nous avons donc cherché à recueillir d'autres termes qui pourraient remplacer celui de violences obstétricales et qui selon ces étudiants seraient plus adaptés. Nous pouvons définir ici un type d'étudiant qui reconnait les violences obstétricales, ne les nie pas mais aimerait pouvoir les qualifier par un attribut moins

fort. Les termes qui sont revenus sont : *« ignorance », « absence de réaction », « non prise en charge optimale », « maladresse », « négligence »*.

L'enquête montre que, si les étudiants interrogés n'ont pas en tête les définitions officielles des violences obstétricales, ils ont conscience de leur existence. Toutefois, pour eux, les violences ne semblent désigner que le cas extrême d'un ensemble de situation qu'ils observent et qu'ils sentent être apparentées aux violences mais qu'ils décrivent comme étant à la frontière. Nous allons chercher à montrer dans les deux parties suivantes, d'où viennent les violences obstétricales selon ces étudiants, comment ils se les représentent et comment elles sont appréhendées durant leur formation.

3. Les violences obstétricales : des représentations divergentes

3.1 Médecins, étudiants, patients : Des places différentes, des visions différentes

Très souvent revenu dans les entretiens, les violences obstétricales représentent quelque chose de subjectif, très dépendant de l'interprétation de chacun, soignant, étudiants, patientes. Les étudiants sont témoins de violences obstétricales, possiblement acteurs mais surtout futurs professionnels de santé des femmes. Connaître leurs représentations est donc primordiale.

Arthur (étudiant sage-femme) dit : *« Finalement c'est subjectif la violence, ça dépend de la personne qu'on a en face et de comment elle ressent les choses, comment elle accepte les choses, ce qui est violent pour quelqu'un ne l'est pas forcément pour quelqu'un d'autre. »*

Le mot subjectif signifie *« Qui relève du sujet défini comme être pensant, comme conscience individuelle, par opposition à objectif. Se dit de ce qui est individuel et susceptible de varier en fonction de la personnalité de chacun »* [34]. Ainsi, chaque individu aurait sa propre représentation de la violence. Dans le livre *les 100 mots de la sociologie* [35], les représentations sont définies comme *« Des construits intellectuels par lesquels les acteurs rendent intelligible le monde qui les entoure […] De fait, les représentations renvoient souvent à une vision subjectivée de la réalité sociale, ne serait-ce qu'à cause des valeurs et des normes de ceux qui les portes. Reste que les représentations ont un impact sur la vie des individus et les interactions qu'ils peuvent avoir »*. Ainsi, chaque acteur dans la relation de soin pourra avoir sa propre représentation d'une situation et de son caractère violent ou non, ceci en fonction de son histoire et de ses valeurs. Par exemple, en entretien, Charlotte (étudiante sage-femme) raconte le cas d'une patiente qui lui confie avoir vécu un accouchement très difficile avec notamment des sangles de monitoring trop serrées durant toute la durée du travail. L'étudiante admet que cela peut être plus ou moins bien vécu selon les patientes, toutefois, elle ne l'aurait pas forcément perçu comme quelque chose de violent

en salle d'accouchement. C'est avec du recul qu'elle se pose la question. Confirmant cette notion de représentations différentes, Matthieu (étudiant sage-femme), évoque avoir été repris parfois sur l'interprétation que peuvent avoir certaines personnes face à ses propos *: « « Fais attention à ce que tu dis, ça ou ça c'était maladroit », donc faut faire gaffe à que de maladroit ça ne passe pas à violent, parce que la limite est assez étroite pour certaines personnes. Des gens très sensibles peuvent être facilement choqués de toutes petites choses, que tu as glissé sans arrière-pensée. »*

Finalement, 9 étudiants sur les onze interrogés évoquent la notion d'interprétation, de subjectivité, de représentations différentes et de points de vue différents. Une interne, Léa parle d'une situation dont elle a été témoin. Selon elle, pour le soignant la situation n'était pas violente mais plutôt nécessaire. A l'inverse, l'étudiante l'a qualifie d' « *horrible* » *: « Je pense que lui il n'a pas du tout vu le côté violent, il a complétement négligé le truc quoi. »* Nous comprenons donc que le soignant n'a pas eu la même interprétation que l'étudiante qui était présente. Alors qu'en est-il de l'interprétation de la patiente ? Certainement différente de celle du médecin et de celle de l'étudiante.

Ainsi selon les étudiants, les soignants ont tendance à apaiser la situation. Pour eux, celle-ci semble adaptée, ils ne voient pas forcément de la violence ou ne la reconnaissent pas forcément.

Nous nous sommes demandés pourquoi, les soignants semblaient avoir un avis plutôt divergents de celui des patientes. En réalité, ce concept de violences obstétricales d'après les étudiants, heurte les soignants qui sont très souvent persuadés de bien faire. Ils se retrouvent donc impactés par les plaintes des patientes. Les représentations qu'ils ont de leur prise en charge semblent être plutôt positives alors que parfois, un témoin ou la patiente n'aura pas eu cette même représentation.

6 étudiants parmi nos enquêtés évoquent ce sentiment d'accusation et l'idée que le soignant est souvent persuadé de bien faire.

Linda (étudiante sage-femme) dit : *« Je pense que ça leur a fait du mal parce que ça remettait en cause leur professionnalisme quoi. »*

Julia (étudiante sage-femme) : *« Il y a pleins de sages-femmes que ça énerve, parce qu'elles ne se sentent pas concernées ou que justement elles se sentent un peu visées, peut-être un peu les deux. »*

Pour ces étudiantes sages-femmes les professionnels se sont sentis attaqués par la montée en visibilité des violences obstétricales. En revanche, les internes ont plutôt tendance à se placer eux-mêmes dans ce groupe de soignants, qui soit se sont remis en question, soit au contraire sont persuadés de bien faire et heurtés par ces témoignages de violences obstétricales. Louise (interne) confirme en disant : *« Après pour nous ça ne représente pas des violences obstétricales dans le sens où ce sont des choses qu'on a l'habitude de faire et on leur explique aux patientes, on y va doucement. ».*

Benoit (interne) également touché par ce débat autour des violences obstétricales dit : *«Je pense que c'est une minorité de praticien mais voilà, les patientes, elles montent au créneau pour dire : « les obstétriciens c'est des connards, ils font ça, ça, ça ». Alors que bon voilà, il y en a 1/1000 qui fait ça quoi. […] Moi en tout cas, l'expérience que j'en ai, les gens qui font ça, tu vois, ceux dont je t'ai raconté des trucs, ils sont persuadés de bien faire, ils sont persuadés de soit de rendre service à la dame, pas toujours, soit de rendre service genre à la société, à la sécu.[…] Ils ont quand même une justification rationnelle au truc et c'est un prétexte pour dire "Ah bah non je ne suis pas concerné par les violences obstétricales, je fais ça dans l'intérêt de... la patiente, la sécu, qui tu veux, l'hôpital" et c'est un peu une excuse. ».* Théo (interne) confirme en disant : *« Ah bah chacun est persuadé de ne pas être concerné*

(rire), non mais c'est vrai. (rire). Si tu vas voir quelqu'un, tu lui dis "Qu'est-ce que tu en penses ? Il ne va pas te dire à bah moi je suis violent" (rire).».

En revanche, Clara (interne) témoigne de la remise en question possible chez les soignants : *« Et en fait quand on est rentré du congrès, ça nous avait tous heurté parce qu'on a l'impression de faire bien notre travail. Donc on s'est quand même posé en se disant "Est-ce qu'on demande vraiment aux patientes avant de les examiner, est-ce qu'elles sont d'accords, est-ce qu'on leur demande avant de mettre la sonde endo-vaginale... ?" Et en fait on s'est rendu compte qu'on ne le faisait pas systématiquement et depuis ce moment-là, à chaque fois que j'examine une dame :"C'est ok pour vous le spéculum, c'est ok pour vous le toucher vaginal, c'est ok pour vous l'échographie endo-vaginales ?" et peut être qu'avant on ne le faisait pas systématiquement et que maintenant c'est devenu une habitude. […]Mais le terme violence obstétricale, c'est tellement violent en fait aussi pour les praticiens, on n'a pas envie non plus qu'on dise ça de nous... parce qu'on a l'impression encore une fois qu'on fait bien notre boulot donc je pense que quand il y a une patiente qui dit ça, on se dit ben "Ah bon ? " (rire), on n'a pas l'impression de faire mal en fait et que si on le fait c'est sans faire exprès. ».* Clara parle d'un congrès du Collège National des Gynécologues Obstétriciens à Lille en 2017 durant lequel des affiches *« Non aux violences obstétricales »* avaient été placées sur les lieux. Elle évoque une remise en question de l'ensemble des professionnels présents à ce congrès, notamment sur la demande du consentement. Depuis, en tout cas, pour elle, le consentement est toujours demandé, ce qui n'était pas le cas avant. Ainsi, une remise en cause des pratiques a eu lieu, ce qui représente pour elle quelque chose de positif. Toutefois, elle avoue la souffrance pour les praticiens de subir aussi ces accusations de violences obstétricales, étant donné leur impression de bien faire.

Les entretiens suggèrent que les internes ont plus tendance à se remettre en question que les étudiants sages-femmes, probablement car ils sont plus rapidement confrontés seuls face aux

patientes. Ainsi, il est probable qu'ils subissent cette polémique des violences obstétricales différemment que ces derniers.

Une étude de 2011, présentée dans la bibliographie du CIANE sur les violences obstétricales [36], a cherché à discerner dans quelle mesure les soignants ont conscience des maltraitances liées aux soins. L'analyse des entretiens effectués, a abouti à quatre catégories de discours du plus conscient au plus dénégateur. Toutefois, il ne s'agit pas d'un système binaire et : *« tous les participants ont fait preuve à la fois de grande sensibilité et de faible sensibilité selon le contexte. »*. Les quatre catégories retrouvées sont les suivantes :

« 1. L'IMAGINATION MORALE (le plus conscient) : Les soignants expriment de l'empathie et se mettent à la place du patient.

2. LA RELATIVISATION: Exprime l'idée que les soignants sont aussi maltraités par les patients ou d'autres membres du personnel.

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.

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.»

Les étudiants interrogés dans notre étude rentrent en fonction de leur discours dans ces différentes catégories, il serait intéressant de créer des types d'étudiants pour essayer de montrer comment ils se placent face aux violences obstétricales.

Et c'est en continuité de ceci que nous pouvons aborder les théories du care, socle théorique sur lequel est basé ce travail.

C. AVRIL, sociologue, dans son article « Les aides à domiciles pour personnes âgées face aux normes de sollicitude » [37] écrit ceci à propos du care : *« cette notion reste difficile à définir, comme le suggèrent tous les travaux qui lui sont consacrés. Cresson et Gadrey écrivent ainsi : « Il n'existe pas de définition complète, exhaustive et satisfaisante du care, il concerne d'abord la prise en compte des soins aux personnes âgées, malades, dépendantes, mais beaucoup plus largement aux enfants et aux personnes qui partagent notre vie quotidienne. Mais le care renvoie aussi à un certain nombre d'activités à la limite du domestique, du sanitaire et du social, dans lesquelles des femmes accueillent et aident les personnes en perte ou en insuffisance d'autonomie ; il s'agit à la fois du souci pour l'autre et des activités de prise en charge du soin d'entretien de la vie (par opposition avec le soin de réparation, professionnalisé) » ».* Ainsi, il y a d'un côté le care qui représente un ensemble d'activité axées sur l'attention, l'accompagnement, la bienveillance (care : le souci de l'autre ; registre de l'affliction, de la douleur, de l'inquiétude, mais aussi de l'attention, de l'accompagnement. Dimension relationnelle et émotionnelle essentielle). De l'autre côté, le cure (cure : le soin au sens médical, sanitaire, qui vise à améliorer l'état de santé, voir à guérir. Plus technique, ne comporte pas nécessairement de dimension relationnelle.) [38]. Finalement dans son article, C. AVRIL dit *« le care est aussi une norme de comportement à laquelle sont soumises les femmes qui travaillent auprès de personnes âgées »*. Le care ne serait-ce pas aussi une norme de comportement auquel sont soumis aujourd'hui tous les soignants. Notamment dans le domaine de la santé des femmes ?

D'après les témoignages des étudiants, il y aurait des groupes de soignants qui se positionnent plutôt dans le cure avec comme objectifs principal le soin, il s'agirait plutôt des anciennes générations, chez lesquelles des situations de violences obstétricales ont déjà été vues et qui ne se remettent pas forcement en question. Le soin semble passer avant, l'empathie et le relationnel après. A l'inverse, les nouvelles générations et notamment, le cœur de notre sujet,

les étudiants dans le domaine de la santé des femmes semblent vouloir travailler de plus en plus autour du care. Le care semble être une norme auquel vont être soumis les nouveaux acteurs. C. AVRIL parle également de la norme de sollicitude : *« Manifester une éthique de la sollicitude à l'égard de ces personnes âgées suppose par conséquent de savoir s'ajuster à leurs besoins spécifiques, d'être à même d'évaluer ces besoins, autrement dit d'éprouver une certaine empathie pour leur dépendance. »* [37]. Nous pouvons penser qu'il existe également des normes dans les soins apportés aux femmes, afin de s'ajuster au mieux à leurs besoins et à leur état. En effet, il est vrai qu'une femme enceinte est un être vulnérable au même titre qu'une personne âgée (Code pénal, art. 434-3) [39]. En général, *« Par définition, avoir une éthique signifie être convaincu du bien-fondé de ce qu'on fait, de la légitimité du service rendu, de son intérêt moral et social. On pourrait ainsi s'attendre à ce que toutes les femmes qui sont aides à domicile valorisent ce qu'elles font pour les personnes âgées. »* [37]. Pourquoi ne pas se dire alors que tous les soignants vont tout faire pour valoriser leur travail, faire le bien, être légitime, travailler autour de l'éthique ? Mais l'auteure conclut en disant *« Plus précisément, une partie des aides à domicile enquêtées ne semble pas percevoir les personnes âgées comme un public fragile envers lequel elles doivent adopter une conduite d'aide spécifique. »* [37]. Il semble que ceci soit à l'image de certains soignants cités par les étudiants que nous avons interrogés, qui ne reconnaissent pas devoir parfois adopter une conduite particulière auprès des femmes. C'est ainsi que des situations peuvent être mal vécues et interprétées.

Il semblerait donc que pour une bonne relation de soin le cure et le care doivent être complémentaires. Ainsi, il faudrait que le soignant dans la relation arrive à mettre en place une approche relationnelle en plus de l'approche purement médicale. La relation soignant-soigné est une relation décrite comme : *« Un lien bilatéral asymétrique entre le soignant et la personne soignée. »*. [40] Bilatéral signifie un rapport mutuel entre le soignant et le soigné. Le

soignant a pour rôle de délivrer des soins préventifs, curatifs ou palliatifs. Le soigné est la personne qui bénéficie de ces soins. Asymétrique signifie que le soignant est celui qui a les connaissances et peut aider. Le patient est celui qui n'a pas les connaissances et a besoin d'aide et c'est de part cette asymétrie que peut apparaitre des dérives dans la relation et notamment dans notre sujet, l'apparition de maltraitances. Selon M. FORMARIER [41], *« les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques, [...] chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures. […] Chaque patient est unique, chaque infirmière est différente, chaque rencontre est donc singulière.»*. Ainsi, nous comprenons que les enjeux ne seront pas les mêmes dans chaque relation et que le rôle du soignant semble être de devoir rendre la plus minime possible l'asymétrie présente entre lui et son patient.

Nous allons voir que selon les étudiants interrogés, l'asymétrie qu'il existe au sein de cette relation ainsi que d'autres faille présente aujourd'hui dans le système de soins, peuvent être des points de départ de comportements maltraitants de la part des soignants envers les soignés.

3.2 Les violences obstétricales : une question de caractéristiques sociales : milieu social et génération

Le milieu social joue un rôle dans l'interprétation et dans les représentations que peut avoir une personne sur une situation.

Les étudiants l'évoquent dans les entretiens en abordant notamment la barrière de la langue. Lorsque celle-ci est présente, la prise en charge par le soignant ne serait pas la plus optimale, les explications et informations données ainsi que la patience accordée semblent

approximatives. Dans le cas où la patiente ne se sentirait pas rassurée ou ne comprendrait pas la situation, la barrière de la langue sera un frein.

Deux étudiantes l'évoquent. Charlotte (étudiante sage-femme) dit ***: «*** *C'est compliqué quand il y une barrière de la langue ou que les patientes ne savent pas du tout à quoi s'attendre, ou qui ne savent pas ce qu'est un toucher vaginal ou un examen gynéco, qu'on ne leur explique pas... »*

Clara (interne) tient un discours similaire et reconnait que lorsqu'il y a une barrière de la langue, cela peut nuire à la prise en charge : *« Mais après c'était une patiente qui ne parlait pas très bien français, donc tu vois ça rajoute la complication et le fait aussi qu'elle n'a pas été prise au sérieux. C'est vrai que pendant l'internat on remarque bien qu'on est peut-être un peu moins attentifs avec les patientes qui ne parlent pas français. […] On donne moins d'explications et ce n'est pas de la violence obstétricale mais… enfin c'est quand même pas une prise en charge optimale quoi. »*

Benoît (interne), a constaté des différences en fonction des établissements de santé dans lesquels il a déjà pu exercer. En effet, dans une ville où la population est moins importante, dans un hôpital qui regroupe moins de patients, où le niveau de vie est plus élevé et où les gens appartiennent à une classe sociale supérieure, les rapports ne sont pas les mêmes, ainsi les prises en charge ne sont pas les mêmes : *« Je pense que les populations ne sont pas du tout les mêmes, au-delà, évidemment les équipes ne sont pas les mêmes, mais globalement faut être honnête il y a des gens sympas partout, il y a des connards partout. Par contre, c'est sûr que les populations que tu es amenés à prendre en charge, ce n'est pas du tout les mêmes. Ici c'est l'hôpital public de ville, où on draine beaucoup de gens qui sont en précarité sociale. Quand tu es à A*** où c'est quand même une population qui est quand même assez privilégiée, c'est pas du tout les mêmes rapports aux gens…C'est pas du tout les mêmes*

*attentes non plus. […] Ici, on a plein de gens à qui il faut trouver des logements, des gens qui sont SFD et ces gens-là, tu n'as pas du tout les mêmes contacts. Parce que là aujourd'hui dans le service, il y en a une sur deux qui ne parlent pas français. Donc déjà pour tout ce qui est consentement, explication c'est plus compliqué. Et les équipes, elles sont, comment dire, en réaction à ça quoi. Tu vois, les sages-femmes qui bossent dans ce contexte là depuis 15ans par rapport aux sages-femmes d'A***, qui sont depuis 15 ans avec la population d'A****, ce n'est pas les mêmes clairement.»* Selon cet interne les prises en charge peuvent être différentes en fonction de la population de patients qui se présente à l'équipe soignante. Nous pouvons nous demander si les soignants qui exercent dans un établissement où la population est plus défavorisée, auraient tendance à développer un travail plutôt autour du cure où le but est de soigner le patient, au risque parfois de s'éloigner de l'accompagnement dont il a besoin. A l'inverse, les soignants prenant en charge des classes supérieures, où les moyens sont plus importants, où la compréhension est meilleure, seront plus amenés à travailler autour du care. Il s'agit d'une hypothèse, bien sûr cela ne peut pas être une généralité pour tous les soignants.

De plus, en fonction du milieu social, les patientes auront un rapport avec les soignants différents. Par exemple, une patiente venant d'un milieu plutôt aisé, ayant un niveau intellectuel plus important se sentira plus légitime devant un professionnel de santé et aura plus facilement tendance à faire entendre ses droits et à ouvrir la discussion avec ce dernier. A l'inverse, dans les milieux plus défavorisés, les patientes seront moins en capacité d'échanger, de donner leur avis, de refuser un acte, etc.

En effet, dans le chapitre V « Le pouvoir des malades et de leurs proches » du livre *Introduction à la sociologie de la santé* [42], les auteurs, citent le sociologue L. BOLTANSKI qui montre que *« plus on descend dans l'échelle sociale, plus le déséquilibre de la relation s'accentue »*. Et ceci principalement par les « compétences médicales » socialement différenciées des malades. Il y aura donc plus de malentendus entre les professionnels et les

patients issus de classes populaires, ainsi ceux-ci pourront se sentir moins écoutés et les soignants incompris. De ce fait les hiérarchies sociales et la distance sociale entre différents acteurs peuvent impacter la communication entres eux. Pour finir, comme le dit S. FAINZANG [43] : *« les comportements des médecins sont donc modulés non pas seulement en fonction des dispositions psychologiques du patient, mais aussi très largement en fonction de ses caractéristiques sociales. »* En fonction du niveau social et intellectuel du patient, le degré d'information et d'explication donné par le soignant pourra varier. De plus, des malentendus pourront apparaître du fait de niveaux de compréhension différents.

Dans un deuxième temps, en ce qui concerne l'aspect générationnel, six étudiants sur onze ont évoqué que les violences obstétricales sont associées à une question de génération et très souvent associées aux générations précédentes.

Les étudiants relèvent qu'en fonction de la génération certains soignants ont l'air persuadés de bien faire et ne semblent pas reconnaitre l'existence des violences obstétricales. Il s'agit ici de la génération plus ancienne. En revanche, nous avons pu voir que la génération actuelle était aussi une génération plutôt persuadée de bien faire. Ainsi, dire que cela concerne uniquement les plus vielles générations n'est pas juste. Probablement aujourd'hui, la jeune génération est plus ouverte à reconnaître ces violences obstétricales et à s'améliorer. Toutefois, dire qu'il s'agit uniquement de génération pourrait faire penser que la nouvelle génération cherche une réassurance à travers cela, afin de finalement fermer les yeux sur le contexte actuel.

Pour illustrer cela, nous pouvons nous intéresser aux deux internes les plus âgés, ceux ayant la plus longue expérience parmi les onze étudiants interrogés, Clara et Benoît. En effet, eux, ont vu un changement dans les pratiques par rapport à leur début. L'un voit quelque chose d'extrême dans la demande croissante du consentement, l'autre, Clara, voit du positif dans ce changement de pratique. Cela confirme donc que la notion de génération fait partie de ce

concept des violences obstétricales car avant, et il n'y a pas si longtemps, le consentement était moins demandé. Toutefois, pour eux, aujourd'hui, il s'agit de concepts ancrés pour les nouvelles générations et ce sont plutôt les anciennes qui auraient besoin de prendre conscience de certains aspects. Ceci est confirmé par les discours des autres étudiants :

Matthieu (étudiant sage-femme) : *« On sent qu'il y a plus de laxité avec les professionnels qui sont plus âgés, j'ai l'impression qu'ils se relâchent un petit peu plus, ils font moins attention à ce qu'ils disent, à ce qu'ils font […] La génération du dessus souvent, le consentement il est un peu fluctuant quoi, il est un peu lâche quoi, on ne demande pas forcement son avis à la patiente sur tout, je trouve qu'on a une meilleure sensibilisation avec les jeunes sages-femmes, notamment les nouvelles diplômées. »*

Benoît (interne) : *« Nous on a fait nos études en baignant dans le médico-légal, le relationnel aussi. Ce n'est pas la même approche qu'avant et que la génération qu'avant. […] Et du coup nous, on est un peu plus sensibilisés à ça. »*

D'autre part, Matthieu (étudiant sage-femme) évoque que lorsqu'il parle de violences obstétricales chez lui, avec son entourage, son père ne l'entend pas de la même façon : *« Mon père ça ne le choque pas forcément. Ça c'est un truc qui me frappe un peu aussi. »*. Alors même en dehors du milieu médical, les avis sur le sujet sont divergents d'une génération à une autre. Des choses qui sont considérées comme normales par les générations précédentes, ne le sont plus aujourd'hui. Ces choses normales que nous évoquons, sont reprises par Clara (interne), pour elle des principes se sont ancrés dans les pratiques depuis quelques années. Elle parle de l'examen gynécologique et de la demande du consentement : *« Je pense que des habitudes ce sont ancrées enfin, c'était normal d'aller chez le gynéco et que c'est normal de ne pas demander parce qu'en fait c'était logique, d'aller chez le gynéco et d'avoir, spéculum, TV, écho. Il y a pleins de patientes qui ne savent pas en fait comment ça se passe un examen. »*

L'arrivée de la nouvelle génération et ainsi de nouvelles pratiques, de nouvelles normes interpelle et entre en compte dans cette réflexion autour des violences obstétricales.

3.3 Les violences obstétricales autour du genre

Le genre est défini par F. OMER-HOUSEAUX [44] comme : *« L'ensemble des discours qui produisent la différence des sexes, et plus généralement la construction sociale de la différence sexuelle en tant qu'elle s'inscrit dans l'économie des rapports sociaux de sexe, rapports structurés par une domination du « masculin » sur le « féminin », évolutifs dans l'histoire et dans l'espace social. »*

Le genre et notamment le genre féminin n'est pas un point qui a fait consensus, il est revenu d'une manière indirecte dans les entretiens. Nous aurions pu penser percevoir un discours différent entre les étudiants de sexe masculin et de sexe féminin quant à l'approche envers la femme. En effet, nous savons que par leur genre, les femmes sont dans les normes amenées à aider les autres dès leur plus jeune âge, cela fait partie de leur socialisation, ce qui correspond à une socialisation genrée. Ainsi les femmes pourraient plus instinctivement se positionner dans le care à l'inverse des hommes qui recherchent le résultat, l'efficacité, la pratique et qui se placeraient plus naturellement dans le cure.

Selon Léa (interne), ce seraient majoritairement des hommes qui sont acteurs de violences obstétricales***: «*** *Donc ça c'est vraiment le pire truc que j'ai vu sur mon semestre d'avant et là sur le semestre, un peu la même situation, pareil un gynéco... homme et une ventouse, une dame qui ne poussait pas et il a fait ce qu'il pouvait, il a changé trois fois de ventouse mais elle ne poussait pas, il n'a pas fait d'épisio mais tu sais il a essayé d'aller crocheter le menton, mais il est allé lui cherchait le menton hyper loin et la dame elle hurlait, en fin c'était pas cool, il y avait une péridurale mais voilà...Ça s'est vraiment les deux belles situations qui m'ont... qui étaient hyper violentes. »* Cette étudiante, insiste sur le fait que ce soit un homme

qui soit l'acteur de cette situation, à l'image de la précédente situation qu'elle nous a confiée. Toutefois, elle n'en fait pas une généralité et évoque des sages-femmes réalisant des épisiotomies sans consentement. Le genre tient tout de même une place dans son discours. De plus quand nous l'interrogeons sur quel type de personne dans son entourage a déjà abordé ce sujet des violences obstétricales avec elle, elle répond *« C'est jamais les hommes bizarrement. Ils commencent à se poser la question qu'on se fait harceler dans la rue, alors on ne va peut-être pas trop leur en demander d'un coup (rire) »*. Selon elle, il y a quelque chose qui distingue l'homme de la femme à ce niveau-là.

Dans la même idée, Clara (interne), dit que lorsqu'elle a eu besoin de corriger des externes ou des co-internes notamment lors de la réalisation d'examens gynécologiques, il s'agissait le plus souvent d'étudiants de sexe masculin : *« J'ai déjà vu des co-internes... prendre en position gynéco, prendre les genoux des dames et les écarter sur les côtés sur les barres, pour examiner la dame et ça c'est assez, je trouve que c'est assez.... ça ne se fait pas. Voilà. […] J'étais gênée mais après du coup à chaque fois, j'ai quand même débriefé... C'est vrai que le plus souvent c'était les garçons et ils étaient là "mais non mais..." mais bon ils l'ont plutôt bien pris en fait. »*. Nous pouvons penser qu'il existe en tant que femme une sensibilité supérieure, probablement par le fait d'une projection. Nous pouvons parler d'une socialisation genrée au départ, qui attribue des qualités différentes aux hommes et aux femmes notamment par tous les stéréotypes de genre qu'il existe. Ces stéréotypes ne sont pas biologiquement déterminés mais dus à la société, qui enseigne des manières d'être différentes aux hommes et aux femmes. Ainsi, il s'agit d'un apprentissage inconscient qui fait qu'à l'âge adulte, les hommes et les femmes auront des comportements différents. C'est ce qui est constaté ici, cette interne, femme ne semble pas avoir la même manière de faire que ses collègues hommes. Toutefois, ces hommes entendent et peuvent être amenés à changer leur manière de faire. Leur socialisation professionnelle pourra donc évoluer.

Le genre féminin a également été évoqué dans les entretiens d'une manière indirecte par les étudiants. Selon eux, les violences obstétricales prennent une place plus importante par rapport aux autres formes de maltraitances hospitalières car elles touchent à la femme.

Théo (interne) dit : *« Non mais c'est vrai que dans le milieu obstétrical, je ne sais pas pourquoi c'est plus médiatisé qu'ailleurs, c'est parce que ça touche à l'intimité de la femme. »*

D'autre part, nous avons les étudiants masculins qui abordent le genre en évoquant leur difficulté dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique à prendre place parfois auprès des patientes. Celles-ci souhaiteraient être examinées par une gynécologue femme et non homme. Pour Benoît (interne) cela va à l'encontre de ce que recherchent les femmes, l'équité homme-femme : *« Et ça je peux te le dire, moi je le ressens vachement parce que quand t'es gynéco et que t'es un mec, les dames, elles te le rappellent. (Rire) […] J'en ai facilement une sur trois qui me dit "Ah bon, mais je ne pourrais pas être examinée par une femme ? " […] Et il y en a qui sous couvert de société patriarcale, machisme et compagnie, qui te disent, "ben non, une femme doit avoir le droit d'être vu par un praticien femme si elle a envie", mais non au contraire, c'est un peu là où se creuse le sexisme, parce que si tu te dis ça, c'est bien qu'il y a une différence entre les deux, tu vois ? […] C'est un peu la poursuite de l'émancipation de la femme des années 60-70, mais voilà au bout d'un moment, elles deviennent un peu extrêmes dans certains trucs. »*

En conclusion, à l'inverse de ce que nous aurions pu imaginer, le genre n'est pas abordé directement de la part des étudiants en santé. Selon eux, le sujet est plus médiatisé que d'autre car il touche à la femme et à son intimité. Le genre est finalement abordé principalement par le biais de la libération de la parole des femmes. De plus, un interne évoque la difficulté qu'il rencontre avec certaines patientes de par la différence de genre qu'il existe entre eux.

Théo (interne) dit : *« C'est pas facile. On peut espérer que dans la prochaine génération ça peut changer mais le sexisme ambiant ancré dans la société va être difficile a… puis je pense qu'il n'y a pas que les professionnels, il peut y avoir les maris et l'entourage qui peuvent être violents, des fois tu vois des trucs par rapport aux maris, enfin tu te dis, la pauvre dame quoi… et ça si c'est encore ancré dans la société… Enfin ça ne passe pas forcément que par nous, c'est aussi par la société quoi, c'est un tout qui va être difficile à changer. »*. Nous nous servirons de cette citation pour conclure cette partie sur le genre.

3.4 Les violences obstétricales placées dans un contexte particulier : urgence, ambiance et conditions de travail

Très souvent les étudiants ont évoqué que les violences obstétricales n'étant pas délibérées apparaissaient dans des contextes particuliers qui en quelques sortes les provoquaient.

Quatre étudiants évoquent que des conditions de travail particulières pour le soignant, une période de stress, de fatigue, de tensions peuvent amener le soignant à devenir violent malgré lui.

Linda (étudiante sage-femme) dit : *« Je pense que tout soignant en fait au bout d'un moment peu devenir violent. Dans un contexte particulier, un jour particulier, un moment particulier de sa vie. C'est pas que ce n'est pas de sa faute, parce que c'est sa responsabilité tout de même mais en fait on peut le devenir à tout moment et faut être vigilant là-dessus. Ce n'est pas forcément parce que nous on avait envie d'être violent mais voilà c'est une accumulation de choses qui a mené à ça »*

Léa (interne) partage cet avis en évoquant des situations de stress et de fatigue : *« Ça dépend du professionnel, il y en a qui n'en font jamais et d'autres, enfin non pas tout le temps, non je ne dirai pas tout le temps mais en situation de stress de tension et de fatigue, qui en font facilement. »*.

Dans l'Avis de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDH) rédigé en 2018 [45], les auteurs écrivent *« la maltraitance est omniprésente dans le quotidien des soignants. Le constat est lourd. Aujourd'hui, « 100% de soignants ressentent un épuisement, qu'il soit moral (22%), physique (13%), ou pire, des deux (64%) tandis que 47% d'entre eux font ou ont déjà fait l'expérience d'un burn out. Dans certaines régions (...), le nombre d'appels de soignants (visant à obtenir un accompagnement téléphonique) a ainsi été multiplié par 13 entre 2010 et 2017 ». Ces problèmes d'épuisement et de surmenage s'accompagnent de problèmes physiques et psychologiques chez le personnel soignant qui peuvent aller jusqu'au suicide. »*. Ainsi, l'épuisement des soignants du fait d'une surcharge de travail, de soucis organisationnels, de stress lié aux responsabilités est bien présent actuellement et pourra être un élément déclencheur à une mauvaise prise en charge du patient, aux maltraitances ou aux erreurs médicales. *« Ceci entraîne un épuisement dû à un système de santé dont les ressources humaines sont pensées en fonction de critères de « rentabilité » au détriment des besoins des patients et des soignants. »* [45]. Le soignant peut devenir maltraitant malgré lui du fait de la pénibilité mentale et émotionnelle que le métier de soignant peut présenter. [42] En effet, cinq étudiants parlent aussi de la charge de travail, des tensions et du manque de personnel.

Clara (interne) dit : *«Après, des fois, on a vraiment beaucoup de travail et quand tu enchaines les accouchements, les urgences, les services, tu n'as pas le temps de faire bien en fait c'est pas toi qui es mauvais, c'est juste que, c'est comme ça. Pendant la garde, tu prends une charge de travail qui est quand même conséquente et du coup, tu n'as pas forcément le temps de te poser avec les patientes. C'est assez rapide et même si tu demandes l'autorisation, tu n'as peut être pas l'empathie qu'il faudrait... »*

Arthur (étudiant sage-femme) : *« J'ai trouvé que les sages-femmes n'étaient pas méchantes mais je trouvais qu'elles avaient énormément de pression sur elles. »*

Linda (étudiante sage-femme) dit : *« Il pourrait y avoir toutes les salles de naissance pleines et les pré-travails mais s'il y a avait plus de sages-femmes. »*

Les violences obstétricales sont en réalité une forme de maltraitances hospitalières parmi d'autres. Les étudiants interrogés nous en font part. Léa (interne) définit les violences obstétricales au croisement entre les violences faites aux femmes et les violences à l'hôpital : *«C'est complètement tabou mais en même temps, il faut en parler, je trouve que les violences obstétricales c'est vraiment la réunion entre les violences à l'hôpital qui existent à fond et les violences faites aux femmes. Alors là tu mets les deux ensembles et c'est le festival. Je pense qu'il a du boulot. ».* Trois autres internes évoquent d'autres disciplines dans lesquelles nous pouvons probablement rencontrer des formes de maltraitance : la gériatrie, la réanimation néonatale et le handicap. Ce sont des spécialités qui touchent des personnes vulnérables (personnes âgées, nouveau-nés, personnes handicapées). Il existe également d'autres spécialités qui peuvent être concernées (neurologie, etc.). Finalement, les violences obstétricales ne représentent pas un problème isolé, pour le résoudre, il faudrait probablement prendre les maltraitances hospitalières dans leur globalité. Ceci est confirmé dans l'avis de la CNCDH de 2018 [45], il faudrait traiter ensemble toutes les formes de maltraitances du système de soins, afin d'avoir une meilleure efficacité et un meilleur impact. Il est vrai qu'actuellement l'hôpital et le système de soins connaissent des contraintes organisationnelles qui peuvent déteindre sur la prise en charge des patients, (manque d'effectif de personnel, charge de travail trop importante, etc.), et ce dans toutes les spécialités. Les soignants vont donc mettre la priorité sur le cure au dépend du care. Dans l'avis cité précédemment [45], les auteurs écrivent : *« la maltraitance est avant tout le fait d'un système et non pas d'un individu. Il ne s'agit donc pas d'opposer les patients aux médecins et autres personnels de santé, mais plutôt de mettre en évidence les souffrances subies par l'ensemble des acteurs du système médical, qu'ils soient soignants, patients ou aidants ».* Cet avis se termine par un

ensemble de recommandations dans le but de : *« Repenser le système de santé avec et pour les usagers et les professionnels afin de généraliser la bientraitance »*. Ainsi nous pouvons en conclure que les choses sont faites pour tendre vers le mieux, des dispositifs, des études, des rapports, des avis sont émis pour que les choses s'améliorent. Toutefois, de plus en plus de décisions politiques et économiques amènent le système de soin à toujours plus d'exigence de rentabilité et de restrictions budgétaires, ce qui rend ces recommandations parfois difficiles à appliquer. Malheureusement, les intentions sont bonnes et c'est essentiel, mais les décideurs ne donnent pas toujours aux acteurs de terrain les moyens concrets de les mettre en œuvre.

Trois étudiants évoquent les situations d'urgence. Il semblerait que le soignant par peur de perdre ses moyens, et que la situation lui échappe, devient violent notamment dans ses paroles. Nous pouvons penser que c'est un moyen de rejeter sa peur sur quelqu'un d'autre, parfois pour ne pas se sentir responsable d'un échec. Dans ce cas-là, le cure passe devant le care. Le ressenti et l'aspect psychologique du soin peuvent passer au second plan.

Léa (interne) dit **:** *« Je pense à chaque fois, c'est un peu quand ils haussent le ton, hurler sur les patientes quand ils perdent leurs moyens et à se faire peur en fait donc à chaque fois les dames elles ne comprennent pas, donc ça hausse le ton et c'est un peu horrible pour tout le monde. […]Enfin à chaque fois que j'ai vu des violences, j'ai l'impression que c'est parce que ça ne se passait pas aussi bien que le professionnel l'espérait. Et que du coup, avec le stress… […] Ouais tu n'as pas envie de te dire que tu es incompétent donc tu rejettes un peu le truc sur quelqu'un d'autre et tu t'énerves quoi. »*

Comme nous l'avons déjà vu, pour Benoît (interne) en situation d'urgence, la priorité est à l'action au détriment d'une bonne information. Cela n'amène pas à de la violence obstétricale car nécessaire mais non volontaire, non pour le plaisir du praticien mais pour l'intérêt de la patiente. *« Là tu es dans une situation où il est en train de faire une brady, tu fais ton forceps,*

t'es en galère, tu ne vas pas t'arrêter et dire " En, fait, l'épisiotomie, comme si, comme ça...". T'es censé, information loyale, claire et éclairé, t'es censé lui sortir, "Oui, parce que les études elles ont montré que pour les indications gnagna c'est plutôt bien, il y a une morbidité de tant...". Ben on n'a pas que ça à foutre.». Dans l'urgence pour cet interne le cure, c'est-à-dire la résolution de situation médicale urgente passe avant le care.

Pour finir une étudiante sage-femme, Karine évoque l'environnement anxiogène qu'il peut exister à l'hôpital et notamment dans les salles de césariennes : *« Les salles de césariennes elles pourraient être un peu moins anxiogènes on va dire mais c'est le côté médical qui veut ça quoi. »*

C'est donc malgré lui que le soignant peut devenir violent ou que la situation peut être interprétée comme violente.

Une étude datant de 2013 présente dans la bibliographie du CIANE sur les violences obstétricales [46], a montré que les maltraitances subies par les patientes étaient liées à quatre catégories de facteurs : la vulnérabilité de la patiente, les compétences de la patiente, l'utilisation de techniques de dominations par le personnel, et les limites structurelles. Ainsi, les violences obstétricales peuvent être liées à un contexte particulier et des conditions structurelles qui en réalité se surajoutent à la situation et à la position dans laquelle se trouve la patiente (différence hiérarchique et sociale, situation de grossesse, position gynécologique, etc.). Le but serait que tous les soignants prennent conscience de ces facteurs afin d'installer un climat de confiance lors de ces situations qui peuvent être particulières.

Plus largement, dans un court article cité par le CIANE [17], les auteurs définissent les violences obstétricales comme : d'un côté des *« violences intentionnelles »* de la part des soignants telles que des violences physiques, verbales ainsi que des négligences. D'un autre côté, ils parlent de *« violences structurelles »* avec notamment *« déviation des standards*

d'infrastructures, équipements, personnels, interventions non nécessaires, demandes de paiements illégaux ». Selon eux, elles ne peuvent pas être définies comme totalement délibérées ou comme totalement non délibérées. C'est ce que les étudiants ont cherché à faire passer comme message. Soit elles proviennent de problèmes organisationnels, structurels, environnementaux ou parfois, il n'y a aucune de ces raisons et il s'agit uniquement du soignant qui intentionnellement n'agira pas conformément aux bonnes pratiques.

En conclusion, de cette troisième partie nous avons pu voir comment les étudiants se représentent les violences obstétricales. Grâce à leur discours, nous avons pu créer trois types différents. Toutefois, ce statut n'est pas figé et chaque étudiant peut passer d'un groupe à l'autre en fonction du contexte :

1) Les étudiants qui reconnaissent les violences obstétricales, en sont témoins, ne les nient pas et les qualifient à proprement parler de violences obstétricales, même s'il s'agit de petites choses.
2) Les étudiants qui reconnaissent les violences obstétricales mais qui considèrent qu'elles sont à replacer dans un contexte, qu'elles existent mais parfois inévitables.
3) Les étudiants qui ont plus de mal à les reconnaitre soit parce qu'ils les trouvent exagérées, soit parce qu'ils n'en éprouvent pas un grand intérêt.

Finalement, d'après les étudiants que nous avons pu interroger, l'ambiance et les conditions de travail, la pression, mais aussi la divergence des milieux sociaux, la génération, le contexte particulier notamment le contexte d'urgence ainsi que l'intégralité des maltraitances hospitalières sont des éléments à prendre en considération dans le débat autour des violences obstétricales. Nous allons voir par la suite comment elles sont abordées dans la formation et qu'envisagent ces étudiants pour mieux les appréhender.

4. Les violences obstétricales dans la formation des étudiants en santé

4.1 L'abord du consentement : une notion qui semble faire partie de la définition des violences obstétricales selon les étudiants

Nous l'avons vu, d'après la Loi Kouchner du 04 mars 2002 [28], le patient, avant tout acte de soin, doit bénéficier d'une information claire, loyale et appropriée afin de pouvoir donner son consentement ou le cas échéant refuser l'acte de soin. Cette notion de consentement libre et éclairé est abordée par de la juriste M-H LAHAYE, par le CIANE, dans le rapport du HCE ainsi que par l'Académie de Médecine. Le consentement a sa place à part entière dans la question des violences obstétricales.

Comme nous l'avons vu, les étudiants l'évoquent aussi lorsque nous leur demandons de nous donner une définition des violences obstétricales. Avant de voir sa place dans la formation, nous allons approfondir ici ce point. Parmi nos enquêtés, sept étudiants sur onze évoquent que l'absence du consentement représente une forme de violence obstétricale. Trois étudiants évoquent que le non-respect du refus de soin peut aussi être une forme de violence obstétricale.

Linda (étudiante sage-femme) dit : *« Ce serait faire quelque chose, pratiquer un soin sans son consentement. »*

Léa (interne) dit *: « Et après, les violences physiques au sens large ... le fait de pas demander le consentement avant de faire un geste évidemment, avant de faire un examen... »*

Même si le mot « consentement », n'est pas revenu dans chaque entretien, la majorité des étudiants, sept sur onze, évoquent aussi un manque de communication principalement associé à un manque d'information.

Clara (interne) à propos de cela déclare : *« Demander avant de faire une délivrance artificielle, en tout cas, informer avant de faire une délivrance, informer avant de faire un instrument, informer avant de faire un examen et du coup dans ce cas-là demander l'autorisation. En fait, communiquer et tout se passe bien quand on communique et que la dame sait ce qu'il va lui arriver et comment on va s'y prendre. »*

N'y aurait-il pas une confusion entre donner l'information et demander le consentement ? Il semblerait que pour certains, avoir donné une information est une façon de remplacer la demande de consentement, une façon de se dire que le travail est bien fait. Le soignant se sent protégé légalement car il a donné l'information, toutefois, il omet de demander clairement le consentement. D'un point de vue juridique, existe-t-il une différence entre donner l'information et demander le consentement ? Nous pouvons citer à nouveau la Loi Kouchner de 2002 [28], qui reprend distinctement d'une part l'information claire, loyale et appropriée qui doit être donnée avant de recueillir le consentement d'autre part. Ainsi, il semblerait que cela soient deux choses distinctes, certes l'un ne va pas sans l'autre mais l'un ne peut pas remplacer l'autre. L'information et le consentement sont des droits des patients qui doivent être respectés indépendamment.

Toutefois, 3 étudiants sages-femmes relèvent que le consentement n'est pas toujours demandé en pratique :

Charlotte (étudiant sage-femme) dit : *« Après c'est vrai qu'il y a plein de choses où on ne demande pas forcément le consentement dans la pratique quotidienne […] En pratique dans l'urgence, c'est pas fait. »*

Matthieu (étudiant sage-femme) dit : *« On en parle bien du consentement, dans les faits, c'est quand même très aléatoire. »*. C'est de cette façon que les étudiants se représentent le consentement, quelque chose qu'on doit toujours demander, mais qui n'est pas

systématiquement fait. Les représentations des étudiants sont le reflet de ce dont ils sont témoins en pratique.

En ce qui concerne le non-respect du refus de soin, Charlotte (étudiante sage-femme) dit : *« Si d'elle-même une femme sans qu'on lui demande nous dit "Non, non je ne veux pas", et qu'on le fait quand même, pour moi c'est une violence. […], Mais en fait je pense que les femmes, elles n'ont pas l'impression d'avoir le choix non plus. Et nous on se dit que ça serait vraiment embêtant si elle nous disait non. On fait quoi ? Parce que du coup on sort complètement du cadre et des protocoles, donc je pense que c'est pour ça qu'on n'ose pas trop, toujours demander parce que si on a un refus, on ne sait pas trop ce qu'on fait après quoi.»*

Karine (étudiante sage-femme), partage cette idée. Pour elle : les patientes ne savent pas si elles ont le droit de dire non, alors le consentement dans le domaine médical lui semble légèrement approximatif : *« Après c'est vrai que dans le domaine médical, le consentement il est un peu, enfin c'est un consentement mais elles ne savent même pas si elles ont le droit de dire non en fait. »*

Linda (étudiante sage-femme) déclare *: « Il faut tout expliquer pour obtenir le consentement et si on n'a pas le consentement faut continuer d'expliquer et si on ne l'a toujours pas on le respecte. »*

Deux aspects sont à prendre en compte : d'un côté nous avons la patiente qui ne sait pas si elle a le droit de refuser l'acte de soin et de l'autre, nous avons le soignant qui n'est pas préparé à réagir face à ce refus de soin. Le soignant par la manière dont il va poser la question, va mettre la patiente dans une position dans laquelle elle va se sentir comme obligée de dire oui. En effet, n'étant pas préparé à un refus du soin, le soignant cherche alors à éviter de se retrouver dans une situation qui sort des protocoles qu'il a l'habitude d'appliquer. Les soignants devraient être formés à percevoir le « non », à l'accepter comme un droit du patient

et non comme une remise en cause des pratiques professionnelles. Ainsi, il existerait moins d'ambiguïté dans les relations. L'hypothèse serait que les soignants ne sont pas formés au refus de soin, ils n'ont pas de cadre pour réagir à de telles situations, ainsi ils font tout pour les éviter. Nous avons conscience que prévoir une alternative dans les protocoles en cas de refus de soins serait compliqué à mettre en place mais il s'agit d'une piste de réflexion intéressante.

D'autre part, aujourd'hui, pour Benoît (interne), les patientes n'ont plus confiance, il faut leur demander leur consentement sur tout et pour lui cela semble exagéré : *«Plus ça va, plus…, moi ça fait 5ans que je suis interne, ça fait 10 ans que je suis en médecine. Mais plus ça va, plus il faut le demander aux gens alors qu'avant on estimait que les gens nous faisaient confiance. Je pense que c'est ça qui a vraiment changé, avec la médiatisation des affaires médico légales, avec les scandales médicaux, les gens ils ont perdu la confiance absolue qu'ils avaient avec la médecine. […]Et donc en réaction, pour se mettre à l'abri des plaintes et des procès, les médecins se sont mis de plus en plus à demander des consentements, voir des consentements écris mais en fait c'est pour se couvrir, ça n'a pas du tout changé la façon de voir les choses. J'ai pas l'impression que ce soit parce qu'ils sont plus attentionnés avec les gens, c'est plus pour se couvrir.».* Pour cet étudiant, le soin semble demander comme une remise de soi au professionnel de santé qui se porte garant de prendre en charge le patient et de le traiter de la meilleure des façons. On demande à la personne qui ne maitrise pas, de ne pas chercher à tout savoir et de faire entièrement confiance au soignant qui est légitime et qui maitrise la situation. Ceci revient à la question de l'asymétrie médecin-patient qu'il existe au sein de la relation de soin. Selon cet interne, soit le patient à une confiance totale envers le soignant (comme à l'époque, où la toute-puissance du médecin qui a toutes les connaissances était de principe) soit le patient est dans la suspicion totale et remet tout en cause, de ce fait, souhaite pouvoir donner son consentement sur tout. Benoit à l'air un peu plus proche du pôle

médecin tout puissant, alors que les autres étudiants interrogés sont plus près d'un consentement total. Attention, à nouveau aucun étudiant n'est à un pôle extrême, des nuances sont propres à chacun et le positionnement peut évoluer en fonction des situations.

Le consentement fait partie de la définition des violences obstétricales pour une majorité des étudiants enquêtés. Toutefois, il existe quelques divergences sur les avis. Des étudiants constatent que celui-ci n'est pas demandé systématiquement, d'autres pensent que dans certains cas, c'est un peu extrême et qu'on en vient à trop le demander ce qui pousse le soignant à être confronté à un refus de soins, d'autres semblent faire la confusion entre demander le consentement et le respecter ou juste donner l'information et l'utiliser comme une demande de consentement. L. QUERE dans son article « Les formes ordinaires du consentement. Consciences du droit dans la consultation gynécologique » [47] distingue les différents rapports que peuvent avoir les patientes à la demande du consentement lors de la consultation en gynécologie. Elle crée trois cadres d'interprétation : conformiste (faire confiance au soignant), contractualiste (considérer que les deux parties ont un contrat à respecter) et féministe (ne pas faire confiance d'office et revendiquer ses droits). Il semblerait que les étudiants involontairement puissent se répartir dans ces différents types d'approche en fonction de leur rapport au consentement dans la prise en charge médicale.

Nous venons de voir comment les étudiants voient le consentement dans la pratique, mais comment est-il abordé durant leur formation ?

Pour trois étudiants sages-femmes sur six le consentement est très bien abordé durant leurs études.

Julia (étudiante sage-femme) dit : *« Après, oui, moi j'ai toujours eu quand même le souvenir qu'ils nous ont toujours dit de demander avant de faire. ».*

Charlotte (étudiante sage-femme) dit *: « Alors le consentement, on a dû nous en parler en 2ème année, mais c'est surtout dans les cours de droit en fin de 3ème année. On nous a vraiment dit qu'à chaque fois qu'on faisait un geste théoriquement, il faut demander le consentement ou même en tout cas bien expliquer avant ce qu'on fait et voilà demander juste si elle est d'accord, mais c'est vrai en pratique dans l'urgence, c'est pas fait. »*

Pour trois étudiants de l'ensemble du corpus, c'est bien abordé mais c'est suffisant car « logique », à l'image du comportement qu'ils doivent adopter face aux patientes. En effet, Justin (interne) dit : *« Après, c'est un truc qui me semble logique. Mais oui c'est pendant l'externat dans l'ensemble par les internes souvent. »*. Léa, une autre interne partage cet avis.

Arthur (étudiant sage-femme) dit : *« Alors, pour moi j'avoue que c'est suffisant, je ne me vois pas faire quelque chose sans demander la permission, dans tous les cas. Surtout dans des situations qui sont intimes comme celles que l'on peut voir à chaque garde. Après, est-ce que c'est un automatisme pour tout le monde ? Je ne sais pas mais moi en tout cas j'ai été assez sensibilisé là-dessus. […] Ben peut-être qu'il y a déjà de mon éducation de base, je viens d'une famille nombreuse donc pour moi, ça a toujours était important de respecter l'intimité, la vie privée des gens avec qui je suis. Et après avec les cours, on nous a toujours dis de demander son avis à la personne à qui tu vas faire un soin ou à qui tu vas parler, d'autant plus quand tu ne les connais pas.»*

Pour finir, d'autres paraissent plus sceptiques sur l'abord du consentement, durant leurs études : par exemple, Léa (interne) semble perplexe. En effet, pour elle, le consentement est abordé en début de formation, notamment dans les cours de sémiologie mais ce n'est pas assez. Il n'est pas assez abordé sur le terrain, par les professionnels, il n'est pas assez abordé non plus dans toutes les spécialités : *« Ouais pas mal en sémiologie mais ça va être assez tôt, genre en 2° et 3° année. Après quand on parle de patho, qu'on est tous à bosser les collèges, a*

bossé l'ECN, beaucoup moins. Un peu des fois en stage, fin même tu vois en tant qu'externe, on n'est pas toujours très inclus en stage. Même si on est dans un CHU, je pense que les gens ont oublié la partie pédagogique. Il y a des médecins qui sont hyper biens, qui vont nous apprendre plein de trucs, mais d'autres beaucoup moins. Après voilà, ils ont le service à gérer, ils ont leur bloc, ils ont leurs consults et tout. Donc globalement on ne nous en parle pas souvent, juste un peu en sémio. Si en médecine légale aussi, évidemment, en médecine légale. En psychiatrie on nous en parle beaucoup aussi mais voilà à part ces deux spécialités là où ils sont très axés sur la psychopathologie, où ils connaissent les répercussions, là ils vont nous en parler mais sinon les autres spé... pas assez. ». Une autre étudiante semble exaspérée car on ne lui a jamais dit qu'il fallait demander le consentement durant ces études, il s'agit de Clara (interne) qui dit : *« Pfff, moi on ne m'a jamais dit qu'il fallait, bien sûr que ça parait logique mais je te dis, c'était vraiment le CNGOF, à partir du moment où on a dit « violences obstétricales », là tu te dis, "ah ouais ouais, il faut vraiment que le consentement soit demandé à chaque fois" ».* Aujourd'hui, pour elle le consentement est demandé spontanément, toutefois, il a fallu qu'il y ait un élément déclencheur pour qu'elle en prenne conscience. Cette étudiante, fait partie des plus âgés du corpus, nous pouvons donc remarquer une différence avec les autres étudiants plus jeunes, il semblerait que l'abord du consentement se fasse davantage de nos jours et moins il y a quelques années, au début de la formation de cette interne.

Finalement, les réactions quant à l'abord du consentement durant la formation sont divergentes :

- Pour certains et notamment pour les étudiants sages-femmes, le consentement fait partie de la formation mais est bien abordé.
- Pour d'autres, le consentement semble plus « logique » et est suffisamment abordé en formation. Ainsi, pour revenir à notre cadre théorique, ces étudiants-là seraient plus

instinctivement, dans une démarche de care lors de leur prise en charge. Toutefois, nous ne pouvons pas dire que les étudiants qui n'ont pas utilisé ce terme de « logique » ne sont pas aussi dans le care, mais peut-être moins spontanément.

- Par ailleurs pour deux internes féminines, le consentement est peu abordé durant leurs études. Pour l'une, ceci est fait en début de formation mais plus forcément fait ensuite dans toutes les spécialités et cela représente un manque. Toutefois, pour elle demander le consentement et adopter une position du care semble être dans ses valeurs. Pour la deuxième, on ne lui a jamais dit qu'il fallait demander le consentement, il a fallu un élément déclencheur pour qu'elle en prenne conscience personnellement. Peut-être que cette remise en question a fait passer des soignants qui étaient majoritairement dans le cure vers une démarche de plus en plus tournée vers le care.
- Enfin pour un étudiant, le consentement est aujourd'hui trop demandé car les patients ont perdu la confiance qu'ils avaient envers les soignants. D'un point de vue médicolégal, ils sont dans l'obligation aujourd'hui de se protéger. Pour cet étudiant, ce n'est pas une façon de dire que les soignants sont plus humains et qu'ils sont plus dans une démarche de care, certains restent dans le cure mais en assurant leur propre protection par la demande du consentement.

Finalement, nous pouvons dire qu'il existe une légère différence entre la formation des étudiants sages-femmes et des internes, le consentement semble plus abordé durant la formation des premiers, notamment dans les cours de droit et par les sages-femmes en stage à moindre mesure. Pour les internes le consentement est abordé notamment durant l'externat par les internes mais rarement par les médecins. Il est abordé en cours de sémiologie en début de cursus mais pas assez pour certains.

4.2 L'aspect relationnel, le comportement du soignant : de quelle manière est-il appréhendé durant la formation des étudiants en santé ?

L'évitement des violences par l'information et la recherche du consentement, comme nous l'avons vu, passe nécessairement par la relation soignant/patient. Comment cela est-il pris en compte dans la formation ? C'est maintenant cet aspect relationnel que nous approfondirons, puisque nous avons aussi interrogé les étudiants sur ce point

Huit étudiants sur onze, déclarent avoir reçu durant leur formation des conseils sur la communication et l'accompagnement. La plupart du temps, il s'agit de conseils donnés sur le terrain par la personne qui encadre l'étudiant. De plus, il semblerait que les étudiants sages-femmes, aient eu des cours de communication thérapeutique axés sur la bienveillance. En revanche, les internes déclarent ne jamais avoir eu de cours de ce genre, pour eux tout s'apprend sur le terrain. Cela témoigne d'une différence entre ces deux cursus.

Linda (étudiante sage-femme) quant à l'abord de l'aspect relationnel pendant la formation dit : *« Nos professeurs nous en touchent deux mots, il faut être dans une attitude de bienveillance, de douceur et d'écoute. »*

Julia (étudiante sage-femme) confirme en disant : *« On a eu un cours sur la communication thérapeutique qui était vachement bien et qui aurait dû arriver vraiment plus tôt. C'était des trucs comme, ne pas utiliser le terme "piquer" quand on va faire une prise de sang, ne pas dire "je vais essayer de vous poser un cathéter" mais dire "je vais le faire" (rire), parce que juste ça, ça fait peur, mais on ne s'en rend pas compte. »*

Louise (interne) dit : *« En stage, pas en cours mais en stage on a déjà eu des sortes de topo ou effectivement on nous expliquait ce qu'il faut faire, ce qu'il ne faut pas faire, ce qui peut être mal vécu, voilà. »*

L'aspect relationnel n'est pas abordé de la même manière chez les étudiants sages-femmes et les internes. Toutefois, lorsqu'il est abordé, c'est souvent d'une manière positive probablement afin de rendre cela moins effrayant. Le but étant d'inviter les étudiants à être empathiques, bienveillants, utiliser les mots justes. L. LECHEVALIER HURARD [48], évoque dans un article que la bientraitance est abordée en priorité plutôt que la maltraitance afin d'approcher les pratiques professionnelles sous un angle positif. C'est ce qui peut être perçu dans les entretiens, les étudiants évoquent à plusieurs reprises qu'on leur a expliqué comment se comporter, comment parler, quels mots utiliser, comment être bienveillants, en revanche très rarement on leur a parlé directement de violence ou de maltraitance. Ceci sans doute pour ne pas donner un aspect négatif au travail de soignant. C'est pourquoi les violences obstétricales n'ont pour l'ensemble des étudiants quasiment jamais été abordées au cours de leur formation.

Léa (interne) dit : *« Ils ne vont pas nous parler forcément de violences obstétricales mais juste de bienveillance, tu fais ça, c'est mieux de dire ça que ça, évidemment tu demandes la permission, en fin ça coule de source. […] Ouais, mais pas en cours, non autant on parle des violences faites aux femmes, ils ont fait un DU tu sais maintenant, mais violences obstétricales vraiment pas. Un peu plus, je dirai les jeunes assistants peut-être. »*

Julia (étudiante sage-femme) dit : *« Alors en stage, le terme n'a jamais vraiment été évoqué. Par contre, il y a eu des conseils qui relevaient un peu de comment mettre en confiance pour que ça soit violent le moins possible. Enfin non, pour que ça ne soit pas violent. […]. Après en cours, je ne me souviens pas qu'on ait eu un cours sur ça. Après peut être que ça a été abordé rapidement, mais j'en ai pas le souvenir. Non on n'est pas formé sur ça, ça craint !! »*

Louise (interne) dit : *« Je n'ai pas eu de vrai cours ou de vrai topo sur les violences obstétricales. »*

Justin (interne) renforce l'idée de Louise : *« J'ai fait une formation Gynéco sans frontières, c'était bien. Après je pense que c'est les seules…si après au CNGOF tu as des petites présentations mais ce n'est pas non plus le truc prédominant quoi. […] Après je pense que dans notre formation normale, je ne suis même pas sûr que sur la plateforme de la fac il y a des cours sur ça. C'est dommage hein, mais bon ça c'est tout le cursus qui est focalisé sur le somatique on va dire.»*

Finalement, nous comprenons que l'apprentissage de l'aspect relationnel se fait très souvent par reproduction et non par le biais de cours. Huit étudiants l'ont évoqué. Les internes ont parlé de « compagnonnage ». Par exemple, Clara (interne) dit : *« Mais après l'internat c'est quand même un accompagnement, donc toi tu grandis, tu accompagnes les autres internes et du coup, en fait tu leur transmets ça. Ils te voient demander, donc j'espère que les petits, enfin les futurs internes vont et même les externes qu'on a à côté, ils nous voient demander donc ils demandent. […] On reproduit ce qu'on apprend. Donc j'espère que les jeunes générations ne commettront pas les erreurs du passé, s'il y en a eu. »*. Clara explique qu'elle a déjà repris des externes ou des internes plus jeunes sur des manières de faire, des comportements ou des paroles, dans le but de les accompagner vers une meilleure prise en charge. Léa (interne) explique la même chose : *« Enfin moi, ça m'est déjà arrivé avec des externes par exemple qui ne disaient pas les bons mots ou qui se positionnaient pas très bien. Tu vois c'est le truc tout bête mais faire un toucher vaginal entre les jambes de la patiente, je trouve ça hyper gênant, tu te mets sur le côté et tu le fais. En fin tu vois, tu re corriges les gens. »*.

Finalement, l'approche relationnelle, les mots utilisés sont une copie de ce que l'étudiant a déjà pu voir faire. Toutefois, selon les enquêtés, si malheureusement l'étudiant reproduit tout ce qu'il voit, instinctivement il va peut-être reproduire des situations qui ne sont pas les plus optimales. Le but dans la reproduction sera aussi pour les étudiants de pouvoir développer un esprit critique, en choisissant quel type de professionnel ils veulent ou au contraire ne veulent

pas devenir. L'étudiant doit aussi être en capacité de sélectionner ce qui lui semble bon ou pas. Par exemple, Julia (étudiante sage-femme) dit : *« Parce qu'en plus on est formé en stage par des professionnels qui sont pas forcément formés à la pédagogie et du coup si eux, ils pratiquent des violences au quotidien, quelque part on va les reproduire, même sans le faire exprès, parce que si on voit que ça, on pense que c'est la seule manière de faire. A moins d'avoir une grosse capacité de remise en question, je pense que c'est un peu inévitable. »*. Matthieu (étudiant sage-femme) confirme en disant : *« Quand je regarde tout ça, je me dis je sais ce que je ne veux pas devenir. »*. Dans sa thèse, G. BOURGEOIS [49] déclare que les pratiques d'un étudiant, futur professionnel, se construisent durant sa formation et notamment sur le terrain en reproduisant ce qu'il voit des personnes qui l'encadre. Ainsi, *« l'orientation thérapeutique et l'idéologie »* sera similaire pour l'étudiant à celle de son supérieur. C'est pourquoi, si l'étudiant se forme auprès d'un soignant dont l'humanisme est réduit, cela peut nuire à l'apprentissage et au développement des compétences de l'étudiant.

Toutefois, cinq étudiants sur les onze interrogés déclarent que le comportement et l'approche relationnelle devraient être instinctifs, « naturels » et ne devraient pas nécessiter de formation particulière. Ainsi, ce sont ces étudiants-là, qui seront plus instinctivement dans une démarche de care. Toutefois, ils reconnaissent que certains auraient besoin de rappels, en effet, cela peut parfois être moins instinctif pour d'autres.

Léa (interne) dit : *« Parce que je pense qu'il y a plein d'internes et d'étudiants chez qui ça parait logique mais je pense qu'il y en a d'autres à qui ça serait bien de le rappeler. […]Mais après pareil, ça devrait être instinctif, ça va de soit normalement, ça serait bizarre qu'ils nous disent "alors tu lui dis ça plutôt que ça", ça sera plutôt des reprises quand on fait mal je pense, plutôt que de faire vraiment un monologue au début. Je sais pas, ça pour le coup, ça serait peut être difficile à mettre en place, enfin ça serait bizarre quoi. »*

Dans un article « L'humanité comme compétences ? Une zone d'ombre dans la professionnalisation aux métiers de l'interaction avec autrui », P. HEBRARD [50], déclare que les capacités relationnelles d'un étudiant infirmier peuvent difficilement faire partie de la formation : *« dans la conception des dispositifs de formation, il n'est pas facile de définir comme objets d'apprentissage ce qui est généralement conçu comme des qualités humaines »*. En effet, il évoque que pour les formateurs des infirmiers il est difficile de faire rentrer les compétences humaines comme objet d'apprentissage, des compétences humaines qui sont perçues comme devant normalement être innées. Il évoque aussi une sorte d'évitement ou de difficulté à aborder tout ce qui touche à la relation humaine au cours des formations. Il semblerait que c'est ce qui se produit également dans la formations des étudiants sages-femmes et des futurs médecins qui n'abordent que très peu ce côté relationnel et humain. En effet, la grande majorité des internes partagent l'idée que les étudiants n'ont pas à se former au relationnel car il s'agit d'un comportement « logique ». Toutefois, cette idée ne peut pas nous satisfaire en sciences sociales. Les étudiants se faisant cette réflexion ont probablement acquis au cours de leur enfance, de leur éducation, des normes et des valeurs qui ont fait d'eux les personnes qu'ils sont aujourd'hui et les soignants qu'ils vont devenir. On parle ainsi de socialisation primaire qui permet plus tard au soignant une socialisation professionnelle. Ainsi il ne s'agit pas d'un comportement logique mais plutôt d'un comportement qui se construit par des normes et des valeurs que le sujet a acquis au cours de sa vie. Certains, par une personnalité et une éducation différente n'auront pas les mêmes automatismes et auront peut-être besoin de rappels. C'est ce qu'évoquent les étudiants dans les entretiens, ainsi, nous ne pouvons pas parler de logique.

Pour finir sur la formation, une interne, Clara dit : *« C'est compliqué mais les médecins on est trié sur un concours où on apprend par cœur, c'est des QCM. Donc ça ne veut pas dire que si t'étais bon à l'école, tu seras un bon médecin et c'est pareil pour les sages-femmes. Il n'y a*

pas forcément d'oral, donc ça ne préjuge pas du caractère, de la gentillesse et de l'empathie des personnes. On peut avoir du caractère mais faut quand même bien se comporter avec les gens qui sont en situations de faiblesse de l'autre côté du bureau ou sur la table d'examen. Je pense qu'il n'y a pas vraiment d'école pour apprendre à se comporter mais c'est sûr que c'est bien de travailler avec des gens qui se comportent bien. (Rire) ». En effet, que ce soit d'un côté pour rentrer à l'école de sage-femme ou de l'autre côté pour continuer les études de médecine, les étudiants sont sélectionnés sur concours comprenant uniquement des QCM. Ceci ne rend effectivement pas compte de l'aspect relationnel que peut avoir un étudiant et ne préjuge pas de la manière dont il pourra se comporter quand il se retrouvera face à des patients. L'étudiant pourra être très compétent sur le somatique et très opérationnel sur le cure sans forcément travailler autour du care. Cet aspect est en fait difficilement visible au moment par de la sélection pas QCM. L'Académie de Médecine en 2011 [51], parle de quatre problèmes dans la formation des soignants : un problème dans la formation antérieure où il existe une lacune dans le domaine de l'humanité, un problème de motivation car finalement certains étudiants arrivent en médecine par défaut, un problème de contenu des enseignements et un problème de sélection qui ne permet pas de préjuger de l'humanité des étudiants. Ce rapport propose des recommandations et parle de refonder l'humanisme médical *« sur les valeurs intangibles d'une relation médecin-malade de haute qualité, privilégiant la démarche humaniste du soin par rapport à l'acte technique. »*.

Actuellement, le cursus pour intégrer les études médicales est en train de changer. Le but étant d'éviter cette sélection uniquement sur QCM qui élimine beaucoup d'étudiants mais surtout qui ne permet pas de juger des critères relatifs à la motivation des étudiants et à leurs qualités humaines [52].

4.3 Une lacune dans la formation

Finalement, cinq étudiants sur onze évoquent une lacune dans leur formation, quant au faible abord des violences obstétricales durant leurs études. Ils aimeraient avoir plus de pistes pour savoir comment les appréhender et comment les éviter.

Linda (étudiante sage-femme) dit : *« Je pense qu'il faut qu'on soit beaucoup plus sensibilisé, qu'on ait des cours là-dessus, qu'on sache ce que c'est, etc. et qu'on sache du coup comment les éviter et pouvoir en parler, ce genre de chose. C'est surtout au niveau de l'école parce que sur les terrains de stage, on peut en parler avec les sages-femmes. »*

Léa (interne) dit : *« C'est un manque clairement, je pense que ça serait bien, parce que je pense qu'il y a plein d'internes et d'étudiants chez qui ça parait logique mais je pense qu'il y en a d'autres à qui ça serait bien de le rappeler […]. Même pour que du coup si on le fait en stage, que ça fasse un peu tiquer les autres médecins ou les autres membres de l'équipe qui seraient là sur place. »*

Julia (étudiante sage-femme) dit : *« Je trouve que ça craint. Surtout qu'on en parle dans les médias, on parle des violences chez le gynéco et tout, c'est bien qu'il y a un problème et on ne règle pas un problème en fermant les yeux quoi. »*

Les six autres étudiants évoquent une lacune d'un point de vue relationnel, en général.

Clara (interne): *« Au début de ton internat, on est censé t'apprendre la base de l'examen gynéco, on est censé t'apprendre la base de l'échographie, on est censé t'apprendre la base de l'accouchement, je pense qu'on est censé t'apprendre la base…des choses à éviter peut être pour les femmes. Enfin... tu vois écarter les cuisses pour mettre un spéculum, je pense que non. Donc, je ne sais pas peut être faire ça de manière didactique avec des témoignages de patientes et faire un débat, juste pour une petite prise de conscience. Comme on a des cours*

sur l'IVG chez les toutes jeunes, des sujets qui font un peu polémique et en fait ça fait partie de nos pratiques mais juste pour être informés. ».

Parmi ces six étudiants, deux semble penser toutefois qu'il ne s'agit pas d'une lacune à part entière car il devrait s'agir de quelque chose de « logique ». Nous avons déjà abordé cet aspect précédemment. Toutefois, parmi eux, Benoît (interne), pensent qu'il serait intéressant que les étudiants en médecine puissent avoir des cours de psychologie. En revanche, il reconnait que les programmes sont déjà très denses et qu'ajouter cet enseignement demanderait sans doute d'arbitrer avec d'autres, ce qui n'est pas simple. Ainsi, il semble que les futurs médecins soient principalement formés sur le somatique au détriment du psychologique. Ils sont ainsi formés au cure plutôt qu'au care. Un care, qu'ils doivent donc apprendre à développer seul, sur le terrain. Benoit (interne) dit : *« C'est marrant, parce qu'on a eu cette discussion ce matin, avec une copine, tu vois faire de la psycho, des trucs comme ça, ça serait intéressant mais on a déjà tellement de choses à voir, nous en particulier en médecine, on a déjà 12 ans de formation où il n'y a pas tout qui tient et on ne sait pas tout à la fin. Il y a plein de trucs qui seraient utiles mais tu ne peux pas tout savoir quoi donc je pense que c'est des trucs qui s'apprennent un peu sur le terrain. »*

Les étudiants ont pour la majorité un souhait de développer leur approche relationnelle ainsi que développer leur aptitude du care. De plus, nous savons qu'un certain nombre d'étudiants participent de leur plein gré à des formations apparentées à ce sujet, plus particulièrement des formations touchant à la santé des femmes ou aux femmes en général, ce qui témoigne de leur implication.

Dans sa thèse, G.BOURGEOIS [49] revient sur les lacunes qu'ils existent au sein de la formation des futurs médecins mais également dans la formation des étudiants en santé et principalement sur l'abord de la relation soignant-soigné. Selon lui, bien que l'apprentissage

de l'humanité et du relationnel soit dans les objectifs des étudiants en médecine, cet apprentissage reste très inégal entre les différentes facultés mais surtout très pauvre. Parfois, il s'agira de cours obligatoires, parfois il s'agira de cours optionnels (dans la plupart des cas) et bien souvent il s'agira de diplômes universitaire ou interuniversitaires optionnels et payants. Ainsi, il évoque des inégalités de formation en compétences relationnelles et de communication impactant indirectement les patients.

Nous pouvons dire que la formation des soignants met l'accent principalement sur la pratique clinique, la mise en place des apprentissages théoriques afin de soigner le patient. Malgré une attention croissante aux problématiques de care, la formation des soignants s'axe encore aujourd'hui principalement sur le cure, autrement dit les apprentissages théoriques et la pratique clinique afin de soigner le patient. La prise en compte dans la formation de la relation humaine qui doit exister dans une relation de soin peut donc encore progresser dans la formation. On voit ici que, partant de la question des violences obstétricales, notre étude soulève donc des questions bien plus larges, transversales aux différentes professions soignantes.

4.4 Ebauches d'axes d'amélioration pour la formation et pour la pratique professionnelle proposées par les étudiants

Les étudiants témoignent d'une lacune, ils ont donc proposé durant les entretiens des axes d'amélioration. En effet, ils proposent d'intégrer la question des violences obstétricales autant dans leur formation initiale que dans les pratiques professionnelles.

Axes d'amélioration pour la formation

Sept étudiants sur onze (internes et étudiants sages-femmes) évoquent qu'il devrait y avoir un ou plusieurs cours portant sur les violences obstétricales durant la formation et dans la mesure du possible dès le début de leur formation. Dans certaines écoles de sage-femme une

intervention du CIANE est mise en place au cours du cursus, mais nous pouvons nous demander si celle-ci ne devrait pas être systématique et en début de formation. Par ailleurs, nous pouvons nous demander s'il serait possible que les internes bénéficient aussi de ce type d'intervention. Parmi ces sept étudiants, deux sont des internes qui aimeraient que cela fasse partie de leur formation initiale, sans avoir à le faire de leur propre initiative. Pour eux, ce serait un plus sur le terrain. Cela permettrait d'en discuter avec les soignants exerçant depuis déjà plusieurs années.

Léa (interne) : *« Des cours à la fac, avec des intervenants. Moi je viens de ***, et en médecine légale on avait des intervenants, c'était plus souvent pour nous parler de handicap ou de violences physiques. Mais je pense que mettre en place quelque chose avec des témoignages avec des gens qui n'ont pas été formés comme nous, des gens qui sont plus extérieurs, je pense que ça pourrait être pas mal. Mais je ne sais pas la solution idéale. »*

Justin (interne) : *« C'est insuffisant, il faudrait qu'il y ait plus de formation, il faudrait qu'il y ait des cours qui ne soient pas dans les DU mais dans notre formation normale, il faudrait qu'on ait des cours, dans notre formation en tant qu'internes.»*

Matthieu (étudiant sage-femme) : *« Pour en parler, je pense qu'il faudrait quelqu'un de compétant et qu'il s'y connaisse, quelqu'un de bienveillant (Rire). Faire un cours, deux heures, ne serait-ce que deux heures, pour que nous on ait les mots pour parler. Même quand on sera professionnel pour être bien dans nos bottes et puis le jour où on a des étudiantes leur apprendre à être droites dans leurs bottes. Je pense que ça, ça peut être vachement important, que quelques heures sur le relationnel, sur ces violences, sur ces préventions de violences, sur qu'est-ce qu'on peut faire. Et ça manque un peu. Après je ne sais pas si on en a en quatrième année ou cinquième année.»*

Un étudiant sage-femme propose aussi de mettre en place des jeux de rôle sur le thème des violences obstétricales, afin de se préparer à réagir dans des situations qui peuvent être vécues comme perturbantes autant pour le patient que pour le soignant. Arthur (étudiant sage-femme) : *« Peut être mettre un peu plus de mise en situation, parce que du coup, ça permettrait de s'identifier et de vraiment se poser la question, là comment je réagirai, qu'est-ce que je ferai là-dessus quoi ? »*

Par ailleurs, deux internes évoquent qu'ils sont laissés seuls face aux patients dès le début de leur internat. Elles déclarent qu'on ne leur explique peu voir jamais comment bien s'adresser à un patient, comment bien se positionner dans la relation soignant-soigné et finalement comment ne pas être violent. Les internes se retrouvent par exemple seuls aux urgences spécialisées à devoir réaliser pour la première fois un examen gynécologique. Cela peut être très anxiogène pour ce nouveau soignant et ainsi l'être pour la patiente. Louise (interne) : *« C'est pas évident de savoir comment se comporter avec une patiente, parce que c'est quand même un examen intime qu'on fait, c'est quand même la vie privée d'une patiente, je pense que ça serait bien d'avoir, je ne sais pas si c'est possible mais d'être doublé, quelques consultations quand on commence, pour voir comment la personne qui a un peu d'expérience se comporte avec la patiente et prendre des idées. C'est vrai qu'on est toujours un peu maladroit au départ, on ne sait pas trop comment faire, déjà on est nul parce qu'on a jamais fait ça et je pense que c'est important de voir comment quelqu'un se comporte avec la patiente. […] Là par exemple, celle qui commence aujourd'hui aux urgences, c'est son premier jour aux urgences, elle ne sait pas faire un examen gynéco, elle ne sait pas faire une écho... c'est vrai que c'est déjà pas facile pour elle mais pour les patientes aussi. ».* Selon cette étudiante, il faudrait un encadrement plus important des internes en début de formation. Ceci est une différence avec les étudiants sages-femmes qui sont durant toute leur formation, bien encadrés. Toutefois nous pouvons comprendre que l'organisation au sein des hôpitaux,

notamment universitaires, la charge de travail et les autres contraintes ne permettent pas que les internes soient toujours bien accompagnés. C'est donc au niveau structurel qu'on pourrait penser des améliorations.

Nous pouvons donc dire que tous les étudiants ont pour souhait que la notion de violences obstétricales soit abordée assez précocement durant la formation initiale. Ceci dans le but de travailler autour du care et d'accompagner au mieux les patientes. Nous comprenons les axes d'améliorations que les étudiants proposent, ils nous semblent fondés et pertinents, bien qu'il puisse exister des freins à leur mise en place.

Axes d'amélioration pour la pratique professionnelle

Les étudiants ont aussi proposé des axes d'amélioration qui peuvent s'appliquer à la pratique professionnelle en générale et à l'ensemble des professionnels.

Trois étudiants proposent que les professionnels de santé déjà sur le terrain puissent bénéficier de formations sur les violences obstétricales.

Julia (étudiante sage-femme) : *« On reproduit ce qu'on voit. Il faudrait qu'il y ait une formation peut être même auprès des professionnels pour qu'ils nous transmettent les bonnes choses. »*

Trois étudiants interrogés, pensent également à faire des sortes de réunions, à l'image des réunions d'éthiques qui existent déjà et qui aborderaient ces problématiques. En effet, parmi ces trois étudiants, deux sont des internes qui proposent de faire des Revue de Morbidité et de Mortalité (RMM) sur les violences obstétricales en prenant pour point de départ, des témoignages de patientes. Toutefois, nous savons qu'organiser des RMM pour traiter d'une plainte d'une patiente se rattachant à des violences obstétricales pourrait paraitre être compliqué pour les équipes. C'est pourquoi, penser plutôt à des réunions d'éthique, intégrant

plusieurs témoignages de patientes pourraient être pertinent. Un étudiant sage-femme propose de faire des réunions de services interdisciplinaires abordant ce sujet, en invitant également les étudiants, afin que l'ensemble des acteurs puissent prendre la parole sans crainte de conséquences.

Léa (interne) : *« Bonne question (rire.) Je sais pas, il faudrait qu'on fasse des RMM ou alors des espèces d'assemblées, enfin ça serait difficile à mettre en place mais ça serait bien qu'il y ait des témoignages, des femmes qui viennent. Mais bon déjà je pense qu'il faudrait être plus à l'aise avec le corps médical et c'est compliqué parce que tu te sens toujours un peu en dessous des médecins, des sages-femmes et de l'équipe obstétricale. Il faudrait qu'il y ait des témoignages, des femmes qui arrivent à parler facilement de leurs situations, faire des espèces de colloques ou de réunions où elles s'adressent directement à nous, je pense que ça marquerait un peu plus. "Ben voilà, vous m'avez fait ça, ça m'a traumatisé, ça m'a induit ça…". Je pense que ça ne ferait pas de mal mais c'est dur à mettre en place. »*

Arthur (étudiant sage-femme) : *« Peut-être faire des petites réunions vraiment sur ce sujet. Moi je n'en ai jamais vu, peut-être que ça se fait déjà mais si j'en ai jamais vu, c'est que ça ne doit pas se faire souvent. Faire des réunions qui seraient interdisciplinaires, mélanger sages-femmes, gynéco-obstétriciens et en même temps pouvoir aussi accueillir les internes et parfois les étudiants et que vraiment la parole soit ouverte sans qu'il y ait possiblement des répercussions et des choses comme ça. »*

N. LECHOPIER, citant J. ZACK [53] indique que la participation des patients dans la formation des soignants couvre trois aspects : contribuer (apporter son expérience de patient à la connaissance, malgré la subjectivité que cela contient), prendre part et bénéficier (permettre aux soignants de devenir plus compétents, et ainsi obtenir une meilleure prise en charge). Cette participation des patients pourrait rendre plus égalitaire la relation soignant-soigné.

Les étudiants interrogés sont pour la participation des patientes pour faire évoluer les pratiques. Parmi eux, deux étudiants pensent qu'il faudrait en parler plus facilement avec les patientes afin de ne pas rester sur des non-dits. Une interne propose d'en parler durant l'interrogatoire à l'image de la question des violences conjugales qui y occupent actuellement une place croissante. Aborder les violences obstétricales durant les entretiens lors de consultation de gynécologies ou d'obstétriques représente un axe d'amélioration envisageable plus facile à mettre en place chez les jeunes soignants sensibilisés à cette problématique et ayant un souhait de travailler autour du care. Introduire les violences obstétricales dans l'interrogatoire d'un soignant plus âgé, pratiquant depuis des années peut sembler plus difficile et pourrait se faire sur la base du volontariat. Louise (interne) propose : *« Je pense que c'est important d'en parler avec les patientes, parce que j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de non-dits, quand les patientes vivent très mal l'examen ou la naissance, vivent beaucoup de choses qu'elles ne tolèrent pas sans nous en parler donc nous on ne s'en rend pas forcément compte et on a l'impression que tout s'est bien passé. Ça ressort après, par exemple dans des témoignages ou sur les réseaux sociaux. Je pense que c'est important, à mon avis, il y ait une place dans l'interrogatoire tout simplement, soit quand on les voit pour la première fois en consultation, pour la première fois c'est un peu difficile mais déjà dans les antécédents, demander si elles ont vécu des choses difficiles. Même dans le suivi gynéco, leur demander, pour elle comment se passe un examen, comment les précédentes consultations se sont passées, comment les accouchements se sont passés. A mon avis, beaucoup n'en parlent pas mais par contre ça cogite derrière et ça remonte. »* Se rapprochant de la proposition de Louise (interne), une étudiante sage-femme propose d'ajouter aux questionnaires de sortie que proposent certaines maternités, une rubrique sur le vécu de l'accouchement et de la prise en charge. Elle propose que les patientes puissent donner des axes d'amélioration pour les soignants. Charlotte (étudiante sage-femme) : *« Parfois ils ont des questionnaires de sortie,*

bon il n'y a pas de question sur les violences obstétricales mais ça pourrait être une idée, sans forcément dire les noms des professionnels, demander comment elles ont vécu l'accouchement, s'il y a des choses qui ne leur ont pas plu, comment on pourrait s'améliorer. ». Il ne s'agit là uniquement de propositions d'étudiants et de nombreux facteurs sont à prendre en compte sur leur possible réalisation ou pas. En effet, un questionnaire de sortie avec une rubrique sur le vécu, représente quelque chose de pertinent et déjà utilisé par certains services, toutefois, il faut s'intéresser à l'usage qui en est fait par la suite. Par qui sont-ils lus ? Que faire de ces questionnaires ensuite ?

Pour finir, Linda (étudiante sage-femme), déclare que pour soulager cette problématique, ce n'est pas uniquement des changements individuels qui doivent se mettre en place mais surtout des changements et des moyens collectifs. Notamment, selon elle, plus de soignants sur le terrain permettrait d'assurer une meilleure prise en charge : *« Après globalement pour améliorer les choses je pense qu'il faut rémunérer l'hôpital public (rire) pour qu'il y ait plus de moyens, plus de sages-femmes, plus de soignants, que ça se passe mieux. […] Je pense que c'est bien de se former individuellement mais des fois les chosent elles se font contre nous dans la situation et voilà je pense qu'on pourrait limiter énormément ces cas de violences s'il y avait plus de budget, plus de sages-femmes donc plus de temps pour s'occuper de la patiente. Moins de stress, etc. […] C'est une autre partie de la solution, il y a la solution collective et la solution individuelle. ».* Nous comprenons bien que les choses ne sont pas si simples et même s'il semble évident qu'avec plus de personnel, les patientes auraient sans doute plus d'attention, il n'est pas facile d'augmenter les moyens de l'hôpital.

Les étudiants semblent avoir des discours qui se complètent. Leurs idées convergent afin de mettre en place une prise en charge plus proche du ressenti des patientes, en les intégrant dans le débat et en prenant en compte leur témoignages.

IV- FORCES ET LIMITES

Notre étude présente quelques biais ou limites que nous devons évoquer et prendre en compte.

BIAIS DE SELECTION :

Tout d'abord, nous pouvons citer un **biais de sélection**, en effet nous avons interrogé un public restreint, choisi sur des critères particuliers. Concernant les étudiants sages-femmes, il s'agissait uniquement d'étudiants de quatrième année d'une seule école, qui de surcroît n'avaient pas terminé leur formation. Nous aurions pu nous demander si finalement nous n'aurions pas dû interroger plutôt des étudiants en fin de cinquième année, juste après l'obtention de leur diplôme par exemple. D'un point de vue organisationnel, il a été plus simple d'interroger ces étudiants de quatrième année et nous pouvons aussi estimer que leur discours est personnel et ne représente pas une redite de ce qu'ils auraient pu entendre lors d'une intervention à ce sujet lors de la formation. Interroger également des étudiants d'autres écoles de sages-femmes aurait pu être intéressant. Concernant les internes, nous nous sommes concentrés sur un CHU. En élargissant nous aurions pu interroger des internes exerçants dans d'autres maternités de niveaux différents, ainsi les avis auraient pu être plus divers et donc la réflexion plus pertinente.

BIAIS DE REPRESENTATIVITE :

Nous avons interrogé seulement un nombre restreint d'internes de gynécologie-obstétrique et d'étudiants sages-femmes, au biais de sélection s'ajoute donc un **biais de représentativité** par le faible nombre de personnes interrogées, ce qui rend notre travail peu significatif. Rappelons toutefois que nous avons choisi une méthodologie qualitative par entretiens, le but n'était donc pas la représentativité au même titre que ce que l'on attend d'une étude

statistique. De plus, les personnes interrogées ont été recrutées sur la base du volontariat, il s'agit donc de personnes intéressées pour la plupart par ce sujet.

BIAIS DE DESIRABILITE SOCIALE :

Ensuite, nous pouvons penser à un **biais de désirabilité sociale**, c'est-à-dire que face à ce sujet particulier des violences obstétricales, les personnes interrogées peuvent avoir tendance à montrer le meilleur d'elles-mêmes. Ainsi, elles peuvent avoir tendance à ne pas évoquer leur propre représentation mais plutôt une image qu'elles voient comme la meilleure du point de vue de la société.

BIAIS D'ANALYSE :

Un **biais d'analyse** est aussi à prendre en compte. En effet, la grille d'entretien est fondée en partie sur une revue de la littérature, ce qui implique que l'entretien sera légèrement influencé par la littérature. Nous avons donc été vigilantes à ne pas tomber dans un **biais de confirmation d'hypothèse**, en voulant faire dire ce que nous avions envie d'entendre dire au départ lors de l'élaboration de notre projet de recherche.

BIAIS DE SIMILARITE :

Du fait de la position quasiment similaire entre les enquêtés (étudiants sages-femmes) et l'enquêtrice (étudiante sage-femme également), il peut exister ce qu'on appelle un **biais de similarité**. L'enquêteur aura tendance à considérer plus favorablement les enquêtés qui lui ressemblent. Ainsi, involontairement, des différences d'analyse entre les discours des internes de gynécologie-obstétrique et ceux des étudiants sages-femmes ont pu apparaître dans ce travail même si nous avons cherché à les éviter.

BIAIS DE DEPERDITION :

Très souvent, après l'arrêt de l'enregistrement, la discussion entre l'enquêteur et l'enquêté continue. Ainsi, des informations importantes sont souvent données à ce moment-là. Des notes rapides ont été prises dans l'immédiat dans le but de perdre le moins d'information possible. Nous parlons de **biais de déperdition** lorsque des informations sont perdues de cette manière.

FORCES :

Concernant les forces de notre travail, tout d'abord nous avons pu interroger des étudiants, c'est-à-dire des personnes dont l'âge et la qualification était proche de l'enquêteur ce qui a pu faciliter la discussion sur ce sujet. Nous avons pu faire varier les profils des étudiants interrogés (internes, étudiants sages-femmes, hommes, femmes, âges variés, etc.). Pour finir, ce sujet des violences a pu être abordé avec, certes, une minorité d'étudiants mais cette minorité d'étudiants a semblé être impacté et marqué par ce sujet.

V- CONCLUSION

Les violences obstétricales, constituent aujourd'hui une véritable préoccupation sociale.

Les étudiants sages-femmes et les internes de gynécologie-obstétrique représentent les futurs acteurs principaux dans le domaine de la santé des femmes. Les interroger nous a permis de percevoir leur positionnement face aux violences obstétricales et de définir leur représentation, en les questionnant sur la façon dont elles sont abordées dans leur formation. Ils nous ont proposé des axes d'amélioration autant pour la formation initiale que pour la pratique professionnelle.

En premier lieu, nos entretiens nous ont montré que les étudiants en santé semblaient avoir des avis divergents sur la médiatisation des violences obstétricales. En effet, certains se sentent comme attaqués par ce genre de médiatisation et préfèrent fermer les yeux ou ne pas en tenir compte. D'autres, la majorité, sont plutôt pour la libération actuelle de la parole des femmes et sont donc pour que ce genre de sujet ne reste plus tabou. Nous avons pu comprendre que chacun pouvait avoir des représentations différentes d'un même sujet. Les étudiants, à l'image des soignants mais aussi des patientes auront des représentations différentes les uns des autres des violences obstétricales. Plusieurs fois les étudiants ont interprétés différemment une même situation selon la place et le point de vue. Ils ont abordé des notions qu'ils assimilent aux violences obstétricales. La question des caractéristiques sociales est revenue à plusieurs reprises, le milieu social et la génération jouent sur les représentations que peut avoir un individu des violences obstétricales. Pour les étudiants, être confronté à des milieux sociaux plus défavorisés peut accroitre l'asymétrie qui existe dans la relation soignant-soigné et ainsi provoquer des malentendus qui peuvent prendre le nom de violences obstétricales pour certains. Concernant la question de la génération, il semblerait qu'actuellement les choses s'améliorent avec des nouveaux soignants plus orientés sur

l'accompagnement et la bienveillance (le care). La notion de contexte est également revenue dans les entretiens. En effet, les situations d'urgences, l'ambiance de travail influent sur le déroulement et l'interprétation d'une situation. Selon les étudiants, les violences obstétricales auraient tendance à survenir lorsque le soignant est confronté à une situation d'urgence, la situation devient angoissante et soigner, passe avant l'aspect relationnel que peut demander un soin. D'après le cadre théorique de ce mémoire, cela ferait passer les soignants sur une approche plutôt cure en laissant de côté le care. Malgré tout, les étudiants ont très souvent fait remarquer que dans tous les cas le soignant était persuadé de bien faire.

Dans un second temps, nous avons interrogés les étudiants sur leur formation. Sur la question du consentement et sur la question de la formation à l'aspect relationnel du soin, les avis ont été divergents. La majorité des étudiants sages-femmes ont déclaré être bien formés sur la demande du consentement, à l'inverse les internes semblent être moins préparés par leur formation, toutefois le demander fait partie de leur pratique quotidienne. Concernant l'abord de l'aspect relationnel dans la formation, certains pensent que c'est suffisant car cela leur semble « logique », d'autres pensent que ça pourrait être abordé d'avantage, d'autres le trouve nécessaire et sont plutôt satisfaits, principalement les étudiants sages-femmes. Leurs avis sur leurs formations ne sont donc pas uniformes. Toutefois, pour la majorité des étudiants il existe une vraie lacune quant à l'abord des violences obstétricales.

Finalement, nous avons pu comprendre que ces représentations des violences obstétricales pouvaient être différentes pour chacun des étudiants. En effet, elles dépendent de plusieurs facteurs et notamment des caractéristiques propres à la personne, de l'éducation de base ainsi que de la formation et de l'expérience dans le milieu. Toutefois, bien que les avis puissent être divergents, nous avons pu percevoir que la majorité des étudiants a à cœur de travailler autour du care. En effet, malgré des futures professions aux compétences quelques peu différentes, les étudiants sages-femmes ou les internes de gynécologie-obstétrique semblent tous vouloir

s'impliquer de la meilleure des façons dans la relation qu'ils créent avec les patientes et sont forces de propositions pour faire évoluer les choses.

Par exemple, certains étudiants ont suggéré d'inclure les patientes dans la réflexion des professionnels de santé sur leur pratique en leur proposant de témoigner, de s'exprimer, d'échanger. Intégrer les patientes d'une meilleure façon dans le parcours semble être intéressant toutefois nous sommes conscients des freins qu'il peut exister. Il serait donc intéressant d'interroger les professionnels concernés ainsi que les patientes elles-mêmes pour proposer des perspectives d'évolution.

Ce travail n'a été réalisé qu'à une très faible échelle mais il aura permis tout de même à ces quelques étudiants d'aborder les violences obstétricales. En espérant que leur réflexion à ce sujet puisse continuer à s'ouvrir, que les connaissances puissent s'enrichir et que le mouvement actuel de bienveillance s'ancre dans les pratiques.

En tant que future professionnelle de santé des femmes, nous questionner sur les violences obstétricales et gynécologiques lors de notre formation de sage-femme permet en partie d'ouvrir le regard porté sur la relation soignant-soigné et de développer des connaissances autour du travail sur le care dans cette relation dans laquelle la bienveillance et le respect devraient être des priorités.

VI- BIBLIOGRAPHIE

[1] World Hearth Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. [Internet]. 2015. Disponible sur : https://www.who.int/fr/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth

[2] Debeir M. La difficile émergence d'un problème public : les violences obstétricales et gynécologiques dans les médias. [Mémoire master sciences politiques et sociales, mention information et communication, parcours médias, langages et société]. Université Paris II ; 2018-2019. Disponible sur : https://docassas.uparis2.fr/nuxeo/site/esupversions/8a55c77d-9555-4aa9-ab32-6b79012e9c33?inline

[3] Conseil de l'Europe. Violences Obstétricales et gynécologiques. [Internet]. 2019. Disponible sur : http://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/commission/affaires_europeennes/APCE/ODJ_2019/Avis_rapports/2019_10_Rapport_Mme_Blondin_Violences_obstetricales_et_gynecologiques.pdf

[4] Alonso I. Le « point du mari » [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.isabelle-alonso.com/le-point-du-mari/

[5] Le journal du dimanche. #PayeTonUterus : quand un hashtag initie un rapport sur les violences obstétricales [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.lejdd.fr/Societe/Sante/payetonuterus-quand-un-hashtag-initie-un-rapport-sur-les-violences-obstetricales-3697292

[6] LCI. Touchers vaginaux sur patientes endormies : un tabou à l'hôpital ? [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.lci.fr/societe/touchers-vaginaux-sur-patientes-endormies-un-tabou-a-lhopital-1518908.html

[7] Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaitre, prévenir et condamner le sexisme. [Internet]. 2018. Disponible sur: http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf

[8] Enquête nationale périnatale - Rapport 2016. Octobre 2017. [Internet] Disponible sur : http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

[9] Collectif Inter-associatif autour de la Naissance. Violences Obstétricales : Comprendre, prévenir, réparer. [Internet] 2017. Disponible sur : https://ciane.net/2017/10/violences-obstetricales-comprendre-prevenir-reparer/#

[10] Boufferet P. Collectif Inter-associatif autour de la Naissance. Violences obstétricales : contexte et généralités. [Internet] Avril 2018. Disponible sur : https://ciane.net/wordpress/wpcontent/uploads/2018/07/colloque-Marseille.odp.pdf

[11] Zielinski A. L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin. Etudes. 2010 ; Vol(413) : 631-641. Disponible sur : L'éthique du care | Cairn.info

[12] Rothier Bautzer E. Caring, Care. Les théories politiques du Care. Care, Care/Caring et autonomies/ Caring en soins infirmiers. Dictionnaire des concepts en sciences infirmières. Noisy le Grand : Setes éditions ; 2018

[13] Morvillers J-M. Le care, le caring, le cure et le soignant. Recherche en soins infirmiers. 2015 ; Vol(122) : 77-81. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-77.htm

[14] Le Robert. Définition tabou. [Internet] Disponible sur : https://dictionnaire.lerobert.com/definition/tabou

[15] Meadel C et Couloum-gully M. Enquête de l'observatoire mondial des médias. « Plombières ou jardinières ». Journals Open Edition. 2011 ; Vol(83) : 14-35.

[16] Brüggemann et A. Jelme. Toward an Understanding of Abuse in Health Care : A Female Patient Perspect. [Thèse de doctorat] 2012. Disponible sur : https://afar.info/biblio/detail.php?lang=pt&id=2658

[17] Bibiliographie du CIANE. [Internet] 2016. Disponible sur : https://ciane.net/wordpress/wpcontent/uploads/2016/04/Bibliographie-violenceobs-2016.pdf

[18] Wise women way of birth. Cruelty in Maternity Wards. [Internet] Disponible sur : http://wisewomanwayofbirth.com/cruelty-in-maternity-wards/

[19] Marty J. Réponse de J. Marty sur le « point du mari » ». [Internet]. Avril 2014. Disponible sur : https://syngof.fr/communiques-presse/j-marty-point-du-mari/

[20] Demande de rapport au HCE sur les violences obstétricales. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. [Internet]. Juillet 2017. Disponible sur : https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/demande-de-rapport-au-hce-sur-les-violences-obstetricales/

[21] Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Lettre ouverte à Madame Marlène Schiappa, Secrétaire d'Etat chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.cngof.fr/actualites/533-lettre-ouverte-a-mme-marlene-schiappa-secretaire-d-etat-chargee-de-l-egalite-entre-les-femmes-et-les-hommes

[22] Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Rapport sur les violences obstétricales : une nécessité [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/rapport-sur-les-violences-obstetricales-une-necessite/

[23] Lahaye M-H. Blog Marie accouche là. L'été historique où les violences obstétricales se sont imposées dans les médias. Août 2017. Disponible sur : http://marieaccouchela.net/index.php/2016/03/09/quest-ce-que-la-violence-obstetricale/

[24] Patte Y. Débat public et logiques de médiatisation. Le cas du débat sur la prostitution en Belgique francophone. [Internet]. 2003 Disponible sur : https://sharepoint.uclouvain.be/sites/rsa/Articles/2003-XXXIV-1_09.pdf

[25] Coulomb-Gully M. Genre et médias : vers un état des lieux. Journals Open Edition. 2011 ; Vol(83) : 3-13. Disponible sur : https://journals.openedition.org/sds/2113

[26] Lahaye M-H. Blog Marie accouche là. Qu'est-ce que la violence obstétricale ? [Internet]. Mars 2016. Disponible sur : http://marieaccouchela.net/index.php/2016/03/09/quest-ce-que-la-violence-obstetricale/

[27] Académie de Médecine. De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités. [Internet]. Septembre 2018. Disponible sur : http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2018/09/Rapport-Acad%C3%A9mie-de-m%C3%A9decine.pdf

[28] Loi Kouchner. [Internet]. Disponible sur : https://justice.ooreka.fr/astuce/voir/493193/loi-kouchner

[29] Carricaburu D, Menoret M. Sociologie de la santé. Armand Colin : 2004

[30] Dictionnaire Larousse. Episiotomie. [Internet] ; Disponible sur : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9pisiotomie/30507

[31] Collège national des gynécologues obstétriciens français. Pratiques de l'épisiotomie: enquête auprès des membres du collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. 2018. [Internet]. Disponible sur : https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468718919302053

[32] Collège national des gynécologues obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention et protection périnéale en obstétrique. [Internet]. 2018. Disponible sur : https://ansfl.org/document/cngof-2018-prevention-et-protection-perineale-en-obstetrique/

[33] CIANE. Episiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes. [Internet]. Novembre 2013. Disponible sur : https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enqu%c3%aate-%c3%a9pisiotomie-Ciane-2013.pdf

[34] Dictionnaire Larousse. Subjectif. [Internet]. Disponible sur : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/subjectif/75038

[35] Les 100 mots de la sociologie. [Internet]. Disponible sur : http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2016/03/Les-100-mots-de-la-sociologie-Cairn.info_.pdf

[36] 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. 2011. [Internet]. Disponible dans la bibliographie du CIANE : https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2016/04/Bibliographie-violenceobs-2016.pdf

[37] Avril C. Les aides à domiciles pour personnes âgées face aux normes de sollicitude. La Documentation française. Retraite et société. 2008 ; Vol(53) : 49 à 65.

[38] Billaud S. Cours Care.

[39] Legifrance. Code pénal. Art. 434-3. [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289453/

[40] Khammar L. Relation soignants-soigné. Cours 1ère année de Médecine. Faculté de Médecine de Constantine 3. [Internet]. 2018-2019. Disponible sur : http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/ssh1an-relation_soignat_soigne2019khammar.pdf

[41] Formilier M. La relation de soin, concept et finalité. Recherche en soins infirmier. 2007 ; Vol(89) : 33-42. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm

[42] Vassy C, Debrez B. Introduction à la sociologie de la santé. Malakoff : Armand Colin ; 2019

[43] Fainzang S. L'information du patient est-elle un leurre ? Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences. 2015 ; Vol(26) ; Chapitre 1: 15-20

[44] Omer-houseaux F. Le genre, une notion féconde pour les sciences sociales. Idées économiques et sociales. 2008 ; Vol(153) : 4-5 [Internet]. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2008-3-page-4.htm

[45] CNCDH. Agir contre les maltraitances dans le système de santé : une nécessite pour respecter les droits fondamentaux. [Internet]. Mai 2018. Disponible sur : https://www.cncdh.fr/sites/default/files/180522_avis_maltraitances_systeme_de_sante.pdf

[46] Jelmer brüggemann A, Swahnberg S. What contributes to abuse in health care? A grounded theory of female patients stories. International Journal of Nursing Studie. Vol(50) : 404-412. Disponible dans la bibliographie du CIANE : https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2016/04/Bibliographie-violenceobs-2016.pdf

[47] Quere L. Les formes ordinaires du consentement. Consciences du droit dans la consultation gynécologique. Droit et société. 2019 ; Vol(102) : 413-432. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-droit-et-societe-2019-2-page-413.htm

[48] Lechevalier hurard L. Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique. Open Edition Journal. 2013 ; Vol (55) : 279-301. Disponible sur : https://journals.openedition.org/sdt/11466

[49] Bourgeois G. La formation des étudiants en médecine à la psychologie médicale : une expérience nancéienne utilisant la stimulation. [Thèse de diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Loraine. Faculté de médecine de Nancy ; 2017. Disponible sur : https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932317/document

[50] Hebrard P. L'humanité comme compétence ? Une zone d'ombre dans la professionnalisation aux métiers de l'interaction avec autrui. Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle ; 2011 ; Vol. (44) : 103-121. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2011-2-page-103.htm

[51] Académie Nationale de Médecine. Un humanisme médical pour notre temps. [Internet]. 2011. Disponible sur : https://www.academie-medecine.fr/11-07-un-humanisme-medical-pour-notre-temps/

[52] Sénat. Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. [Internet]. 2019. Disponible sur : https://www.senat.fr/rap/l18-524/l18-52411.html

[53] Nicolas LECHOPIER. Participation des patients à la formation médicale. 2015. [Internet]. Disponible sur : https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01521823/document

VII- ANNEXES

Annexe I : Questionnaire entretiens exploratoires

- Pour toi, qu'est-ce que c'est que les violences obstétricales ? Peux-tu me donner une définition avec tes propres mots ?
- Est- ce que tu as déjà rencontré de près ou de loin une situation qui en relève ?
- ⇨ Si oui, Est-ce que tu peux me raconter ?
- ⇨ Si non, est-ce que tu as déjà entendu parler d'une situation qui en relève ? Est-ce que tu peux m'en parler ?
- En tant que futur professionnel de la santé (sf/interne) est-ce que c'est une question/un sujet qui t'interpelle ? Comment ? Pourquoi ?

Après réalisation de ces entretiens exploratoires des grands thèmes sont ressortis dans les échanges et ceci nous a donc permit de construire notre grille d'entretien en la divisant en plusieurs parties : Représentations des violences obstétricales, expériences vécues, pédagogie / formation, rapport entre soignants et manière d'en parler, interprétations / subjectivité, axes d'amélioration et projection en tant que futur professionnel de santé. *Une partie a été rajoutée à la grille d'entretien, en lien avec notre revue de la littérature et traitera du rapport militant que l'étudiant tient par rapport à ce sujet.*

Annexe II : GRILLE D'ENTRETIEN : Représentation des violences obstétricales par les étudiants en santé, étudiants sages-femmes et internes en gynécologie-obstétrique.

Présentation de l'étudiant

Age :

Sexe :

Professions des parents :

Etudiant(e) sage-femme / interne en gynécologie-obstétrique

Lieux et niveaux de maternités déjà fréquentées :

Date de l'entretien :

Durée de l'entretien :

Ressentis de l'enquêteur sur le déroulement de l'entretien :

THEMES	QUESTIONS PRINCIPALES	POINTS ABORDES + QUESTIONS DE RELANCE
	* As-tu déjà rencontré des situations qui t'ont perturbé/choqué/misent mal à l'aise en stage ? - Si oui, peux-tu me raconter ? - Appelles-tu ça des violences ? - Sinon, comment pourrais-tu appeler ça ?	
Expériences vécues	* As-tu déjà rencontré des situations qui s'apparentent aux violences obstétricales ? - Si oui, peux-tu me raconter ? - Si non, en as-tu déjà entendu parler et de quoi s'agissait-il ?	L'étudiant a déjà rencontré des situations qui s'apparentent aux violences obstétricales. Il décrit ce qu'il s'est passé -Peux-tu me raconter ce qu'il s'est passé ? L'étudiant n'a jamais rencontré de situation s'apparentant aux violences obstétricales mais il décrit ce qu'il a déjà entendu à ce sujet. -Où ? -Quand ? -Par qui ? -Qu'est-ce que cela disait ?
Rapport entre soignants et manière d'en parler	* Peux-tu me raconter les différents stages que tu as effectués ? Dans quels services est tu déjà allé(e) ? * Pendant tes stages, comment ça se passe ? Quelle est l'ambiance ?	L'étudiant résume ses différents stages effectués L'étudiant parle de l'ambiance des services -Quelle est l'ambiance dans les services où tu es déjà allé(e) ? -Même fonctionnement/ambiance dans tous les services ? -Si non, peux-tu m'expliquer ce que tu aurais remarqué comme changement en fonction des services où tu as été ?

	* Comment ça se passe quand tu donnes ton avis en stage ? Quand tu dis ce que tu as envie de dire ? (Est-ce que tu penses pouvoir dire ce que tu as envie de dire pendant tes stages ?) Peux-tu m'expliquer ?	L'étudiant parle de son impression de pouvoir ou au contraire de ne pas pouvoir dire ce qu'il a envie de dire -En tant qu'étudiant(e) as-tu l'impression qu'on prend en compte ton avis ? Comment ça se passe quand tu le donnes ? -Est-ce que tu peux me raconter une anecdote, en stage, où tu as eu du mal à dire ce que tu pensais ?
	* Et précisément sur les situations qui t'ont perturbé (le thème des violences), comment ça se passerait selon toi, si tu avais envie de dire quelque chose ?	Sur le sujet des violences obstétricales -Peux-tu dire ce que tu as envie de dire ? -Oses-tu en parler ?
	* Dans le cas où tu as été témoin de ce genre de situation perturbantes (violences obstétricales, comment t'es-tu senti ? * Est-ce que dans les services où tu as été, il y des moments dédiés à la réflexion sur les pratiques professionnelles ? -Si oui, qu'est-ce qu'il se dit ? -Si non, qu'est-ce que tu en penses ?	Ressenti lorsque l'étudiant a été témoin de violences obstétricales -De quoi d'agissait-il ? Qu'as-tu fait ? En as-tu parlé ? A qui ? Qu'as-tu dit ? Qu'aurais-tu aimé pouvoir dire ou faire ? Qu'est-ce qu'on t'a répondu ?
	* Est-ce que tu as déjà entendu des discussions informelles, dans les services entres professionnels à ce sujet ? Qu'est-ce que tu as entendu ?	
	* Avec qui, selon toi, tu peux en parler plus facilement ? Avec qui il t'est déjà arrivé d'en parler ? Peux-tu me raconter vos échanges à ce	-Est-ce que tu en parles avec d'autres étudiant(e)s ? Est-ce que vous échangez sur des situations qui vous ont interpelées ?

	sujet ?	
Interprétations	* Est-ce que ça t'es déjà arrivé de ne pas avoir la même opinion que quelqu'un d'autre sur une situation (en stage) ? Si oui, peux-tu me raconter plus en détails ? * Dans ton entourage : est-ce que c'est un thème qui interpelle ? En parles-tu avec ton entourage ? -Si oui, peux-tu me raconter ce qu'il se dit et comment ? -Si non, aimerait tu en parler avec eux ? Que voudrais-tu leur dire ?	Impression d'avoir été en désaccord avec quelqu'un sur une situation en stage -Avec qui ? -Pourquoi ? -Que s'est-il dit ? Quel était son avis, le sien ? Violences obstétricales abordées avec l'entourage -De quelle manière ? -Avec qui ? (Parents, frères/sœurs, autres…) -Que dites-vous ? - <u>Si la personne est étrangère (étudiant d'origine étrangère):</u> Et dans ton pays d'origine comment ce thème est abordé ? En as-tu une idée ?
Pédagogie	* Est-ce que l'on t'a déjà parlé des violences obstétricales au cours de ta formation ? En cours ? En stage ? -Si oui, de quelle manière ? Que t'a-t-on dit ? -Si non, qu'en pensez-vous ? * Quand et de quelle manière t'a-t-on parlé du consentement lors de tes études ? * Est-ce que la manière dont tout ça est abordé pour le moment te semble suffisante ? Pourquoi ? * Que proposes-tu pour améliorer la formation sur cet aspect ?	Les violences obstétricales sont abordées au cours de la formation, l'étudiant explique comment. Les violences obstétricales ne sont pas abordées, l'étudiant décrit ce qu'il en pense. Le consentement est abordé pendant les études. L'étudiant décrit la manière dont-il est abordé. L'étudiant explique comment on lui a appris à se comporter avec une patiente, à communiquer avec une patiente. -De quelle manière vous parle-t-on du comportement à avoir avec une patiente ? -Comment vous apprend-t-on à communiquer avec les patientes ?
Représentations et définitions des violences	- Pour toi, qu'est-ce que les violences obstétricales ?	Définitions avec ses propres mots Actes Paroles

obstétricales		Consentement Information -Peux-tu me donner une définition avec tes propres mots ? -Au niveau des actes, qu'est-ce qui pour toi s'apparente à de la violence obstétricale ? -Au niveau des paroles ? -Au niveau du consentement et de l'information ?
	- As-tu entendu parler de ce terme avant le début de ta pratique dans le milieu hospitalier ? Peux-tu me raconter ce que tu avais entendu et de quelle manière ?	L'étudiant a déjà entendu parler de ce terme avant le début de sa pratique hospitalière -Dans quel contexte ? -Par quel moyen ? -Par qui ? -Que retiens-tu de ce discours ? Que t'a-t-on dit ?
	- Que dit la loi à propos des violences obstétricales ? Le conseil de l'ordre des sages-femmes ? L'académie de médecine ? …	Ce que dit la loi Le conseil de l'ordre des sages-femmes L'académie de médecine -Que dit la loi à propos de la prise en charge des patients en général ? -Quelles sont pour toi les règles déontologiques à respecter qui pourraient s'apparenter à ce sujet des violences obstétricales ?
Rapport militant par rapport au sujet	* D'un point de vue, d'actualité : Est-ce que tu as déjà entendu parler du «#paye ton utérus» ? -Si oui, qu'en penses-tu ? Quelles ont été tes réactions ? As-tu participé ?	Connaissance du #paye ton utérus
	* En 2015, une révélation a été faite sur la façon dont les étudiants en médecine d'une certaine faculté de médecine apprenaient à faire des touchers vaginaux : Ils apprenaient sur patientes endormies au bloc	Réactions vis-à-vis de la révélation sur l'apprentissage de touchers vaginaux dans une faculté de médecine

	opératoire sous anesthésie générales ? Qu'en penses-tu ? Quelles sont tes réactions vis-à-vis de ça ? * Plus globalement, les mouvements sur les réseaux sociaux sur les reconnaissances de la femme, tu en penses quoi ?	Réactions sur les mouvements sur les réseaux sociaux sur les reconnaissances de la femme
Axes d'amélioration et projection en tant que futur professionnel de santé	* Que proposes-tu en général comme piste d'amélioration à ce sujet pour la pratique professionnelle ? * Est-ce que tu as d'autres choses à me dire sur ce sujet qui te sembleraient importantes ?	L'étudiant propose des pistes d'amélioration pour la pratique professionnelle

Annexe III : Présentation des personnes interrogées

		Date et durée de l'entretien	SEXE	AGE
Linda	ESF1	02.09 41min	F	22ans
Charlotte	ESF2	14 .09 33min	F	21ans
Julia	ESF3	15.09 43min	F	21ans
Matthieu	ESF4	06.10 44min	M	22ans
Karine	ESF5	14.10 31min	F	37ans
Arthur	ESF6	16.10 56min	M	22ans
Léa	Interne1	08.09 28min	F	26ans
Théo	Interne2	08.09 41min	M	27ans
Benoît	Interne3	08.09 34min	M	29ans
Clara	Interne4	27.10 25min	F	31ans
Louise	Interne5	02.11 17min	F	27ans

Annexe IV : Tableau comparatif des définitions émises par différentes institutions

	Marie-Hélène LAHAYE	Rapport HCE	CIANE	Académie de Médecine
Violences institutionnelles	x		x	
Par le personnel de santé	x	x		
Violences de genre	x	x	x	
Injures sexistes		x	x	
Violences sexuelles		x		
Omission, abstention d'acte	x	x		
Non prise en compte de la douleur	x		X	x
Comportement, acte (brutalité)	x	x	x	x
Violences verbales, violence psychologiques	x	x	x	x
Pas justifié médicalement	x	x		x
Sans le consentement libre et éclairé	x	x	x	x
Respect du refus de soins	x		x	
Absence d'information	x	x	x	x
Absence d'accompagnement et de bienveillance			x	
Absence de respect de l'intimité et de la pudeur		x	x	x

Annexe V : Tableau comparatif des définitions données par les étudiants interrogés

	ESF 1 F	ESF 2 F	ESF 3 F	ESF 4 M	ESF 4 F	ESF 4 M	Interne 1 F	Interne 2 M	Interne 3 M	Interne 4 F	Interne5 F
Négligence	x						x				
Absence de consentement	x	x	x				x		x	x	x
Non-respect du refus soins	x	x									
Non-respect des règles d'hygiènes	x										
Manque de respect	x		x								
Brutalité (paroles)/ violences verbales	x	x	x	x			x				
Nier sa douleur, nier le ressentit	x					x	x				
Actes mal vécus psychologiquement ou physiquement		x	x	x	x	x	x				
Gynécologie ou obstétrique		x									
Absence d'explication/ mauvaise explication		x	x				x	x	x	x	x
Humiliation, intimidation, déshumanisation			x								x
Uniquement propos en rapport avec l'obstétrique					x						
Non prise en compte du caractère intime de la situation/ intrusion						x				x	x
Manque de communication								x			
Contre l'intérêt de la patiente									x		

RESUME :

Objectifs : Connaître les représentations des étudiants sages-femmes et des internes de gynécologie-obstétrique concernant les violences obstétricales ; repérer de quelle manière elles sont abordées durant leur formation ; définir quels seraient les axes d'amélioration les plus pertinents afin de mieux appréhender cette problématique en tant que professionnel.

Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par entretiens semi-directifs auprès d'étudiants sages-femmes de quatrième année et d'internes de gynécologie-obstétrique d'une université du Sud Est de la France. Les participants ont été recrutés sur la base du volontariat. Chaque entretien a été mené grâce à une grille d'entretien construite préalablement. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et analysés précisément.

Résultats : Les étudiants interrogés ont des avis divergents quant à la médiatisation des violences obstétricales. Les définitions données sont similaires à celles émises par les plus hautes instances, bien qu'ils n'en aient que rarement entendu parler au cours de leur formation. Il s'agirait pour eux d'une notion très subjective, dont chacun peut avoir des représentations différentes en fonction du contexte, de l'urgence, du genre, des caractéristiques sociales, de la génération, etc. Finalement, les violences obstétricales sont peu abordées au cours de leur formation, cela passe principalement par l'abord du consentement et de l'aspect relationnel dans la relation soignant-soigné. Une différence peut se sentir entre la formation des internes et celles des étudiants sages-femmes. Les étudiants proposent de nombreux axes d'amélioration, qui à leur échelle, leur semblent pertinents à mettre en place afin d'améliorer les prises en charge.

Conclusion : Les étudiants en obstétrique portent des représentations variées des violences obstétricales. Cette approche à petite échelle pourrait être approfondie en termes d'analyse sociologique et complétée par une étude en population plus large.

Mots clés : Violences obstétricales, représentations, étudiants sages-femmes, internes en gynécologie-obstétrique