



HAL
open science

Violences gynécologiques et obstétricales : vers un éveil des consciences des professionnels de santé ?

Amélie Pons

► **To cite this version:**

Amélie Pons. Violences gynécologiques et obstétricales : vers un éveil des consciences des professionnels de santé?. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04219751

HAL Id: dumas-04219751

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04219751v1>

Submitted on 27 Sep 2023

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ de MONTPELLIER
UFR de MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

DEPARTEMENT de MAÏEUTIQUE
SITE d'enseignement de NÎMES

VIOLENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES :
VERS UN ÉVEIL DES CONSCIENCES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ?

Soutenu par Amélie PONS

Née le 27 octobre 1999

Sous la direction de DEPOORTER Anne

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

Année de fin d'études 2023



UNIVERSITÉ de MONTPELLIER
UFR de MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

DEPARTEMENT de MAÏEUTIQUE
SITE d'enseignement de NÎMES

VIOLENCES GYNECOLOGIQUES ET OBSTETRIQUES :
VERS UN ÉVEIL DES CONSCIENCES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ?

Soutenu par Amélie PONS

Née le 27 octobre 1999

Sous la direction de DEPOORTER Anne

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

Année de fin d'études 2023



Remerciements

Je souhaite en premier lieu remercier tout le personnel de l'école de Maïeutique de Nîmes et particulièrement mes professeurs, Madame BOUCHOT mon enseignante guidant pour ce mémoire, Madame MEIFFRE, Madame LAURENT, Madame INIDRY et Monsieur FERRER, pour leur pédagogie et leur bienveillance.

Je remercie également Anne DEPOORTER, mon maître de mémoire, pour ses multiples relectures et son aide si précieuse pour la réalisation de ce travail de fin d'études.

Je remercie toutes les sages-femmes que j'ai pu rencontrer lors de mes différents stages et qui ont participé à faire de moi la sage-femme en devenir que je suis aujourd'hui.

Je remercie aussi toutes les femmes et couples que j'ai pu rencontrer et accompagner au cours de mes études pour leurs mots et leur confiance.

Je remercie mes parents, Ben et Christelle, Jean-Mathis et Lilou, et tous mes proches de près ou de loin, qui ont toujours cru en moi et qui m'ont apporté un immense soutien.

Je remercie bien évidemment mes amies, Emma, Line, Lou, Marie et Mélanie pour leur amitié sans faille. Elles ont rempli ces quatre années de partage, d'entre-aide et de rire.

Sommaire

Introduction	6
Partie 1	7
1. La violence, un terme aux multiples facettes	7
1.1. L'origine du mot « violence » et sa définition	7
1.2. La violence physique	8
1.3. La violence verbale	9
1.4. La violence psychologique.....	9
1.5. La violence auto-infligée	11
1.6. La violence culturelle.....	12
1.7. La violence sexuelle.....	13
1.8. La violence conjugale	15
1.9. Les violences gynécologiques et obstétricales	16
1.10. La violence institutionnelle	18
2. L'histoire des violences gynécologiques et obstétricales	19
2.1. Libération de la parole et émergence d'une revendication féminine et féministe.....	19
2.2. Qu'en dit la loi ?	21
2.3. Cas de jurisprudence : quelles conséquences pour les professionnels accusés de maltraitance ?.....	25
Partie 2	28
1. Méthodologie de l'étude.....	28
1.1. Objectifs de l'étude	28
1.2. Population étudiée.....	28
1.3. Méthode d'investigation	29
1.4. Diffusion du questionnaire.....	29
1.5. Limites de l'étude	30
2. Résultats et analyse	31
2.1 Description de la population	31
2.2 La violence et ses pratiques	33
2.3 La violence, un acte multidirectionnel.....	35
2.4 Formations des sages-femmes	37
2.5 Les gynécologues-obstétriciens	38

3. Discussion.....	40
3.1 Sages-femmes, une nécessité de s'exprimer	40
3.2 La violence, une prise de conscience au sein des pratiques gynécologiques et obstétricales.....	41
3.3 Hiérarchisation de la violence.....	42
3.3.1 Classification de la violence dans le soin.....	43
3.3.2 Une violence à double sens.....	44
3.4 Du côté des gynécologues-obstétriciens	45
3.5 Les perspectives de formations.....	46
 Conclusion.....	 48
 Bibliographie	 49
Annexes	52

Introduction

En intégrant des études de maïeutique, le terme de « violence obstétricale » se répétait régulièrement, de la part des patientes comme des soignants.

Choisissant un métier de bienveillance, j'ai été surprise d'être « percutée » par ce mot si souvent. J'en ai ainsi dédié mon travail de fin d'études.

Ayant toujours été particulièrement sensibilisée aux sujets des violences et m'étant renseignée sur les multiples revendications des patientes, je me demande donc si une prise de conscience de la part des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens sur les violences gynécologiques et obstétricales pourrait amener à une remise en question de certaines pratiques ?

Ainsi, l'hypothèse peut être émise qu'une meilleure formation et information de ce que sont les différentes formes de violences participerait à l'évolution d'une pratique plus bienveillante.

Ce mémoire détaillera dans un premier temps la violence sous ses différentes formes. Puis il reprendra l'historique et l'évolution des violences gynécologiques et obstétricales en France pour faire aujourd'hui l'état des lieux mais cette fois-ci, du point de vue des soignants.

Partie 1

1. La violence, un terme aux multiples facettes

NB : Les exemples des différents types de violence seront appuyés sur des études analysant la violence faites aux femmes dans le monde et leurs conséquences.

1.1. L'origine du mot « violence » et sa définition

Du latin « *violentia* », la violence est étymologiquement définie comme une force, une ardeur, une rigueur, une fougue ou encore un emportement, une contrainte¹.

L'OMS la caractérise en 2002 comme étant : « L'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence. » (1). La violence fait donc état d'une force, physique ou morale, utilisée contre soi-même ou autrui, conduisant à des répercussions plus ou moins fortes en fonction du préjudice et de la personne concernée.

La notion de violence est un concept très ouvert. Sa définition ne peut pas convenir à tous. Chacun est libre d'accorder sa propre théorie de ce qu'est la violence avec ses valeurs et principes. Cette dernière est faite de représentations différentes et constitue pour les individus, une vue subjective. Néanmoins, la majeure partie de la population admet, de manière universelle, que la violence dans certaines situations, est apparentée à une privation de liberté, donc aussi liée à la maltraitance².

La liberté est une notion fondamentale dans la vie en communauté. Elle peut être entravée par un rapport de supériorité entre une personne, un groupe contre un individu, amenant à un rapport de force maltraitant-maltraité. Dans une situation de violence, le respect et l'approbation de l'autre n'existent plus.

En effet, le consentement, qui est défini comme une autorisation, un accord donné à un acte, un acte libre de la pensée par lequel on s'engage entièrement à accepter ou à accomplir quelque chose³ ; fait également partie d'un des signes entravés lors d'actes de violence. La violation de cette liberté se dessine comme une volonté de contrôle de l'autre.

¹ <https://sites.google.com/site/etymologielatingrec/home/v/violence>

² Maltraitance : Acte de faire subir de mauvais traitements à quelqu'un, avec plus ou moins de violence, physique ou non. <https://www.cnrtl.fr/definition/maltraitant>

³ <https://www.cnrtl.fr/definition/consentement>

Comme exemple d'entrave au consentement, dans le milieu hospitalier, au Mexique, les femmes au statut précaire sont très souvent victimes de pratiques d'actes sans explication, donc non consentis, amenant les équipes à pratiquer de multiples gestes sans approbation. Parmi ces violences, la contraception et la position d'accouchement peuvent être retenues (2).

La personne violente se donne sa propre autorisation et impose son pouvoir à l'autre. Cependant, il est possible que la victime et l'individu violent soient une seule et même personne. Le sujet s'inflige lui-même des actes mutilants. Il a des comportements violents envers sa propre personne. Cela relève le plus souvent d'un mal-être psychologique profond. Cette attaque envers soi fait suite à des événements déclencheurs, qui seront détaillés en section 1.5.

Évidente ou discrète, la violence est aujourd'hui présente dans le quotidien. De par l'emprise d'une personne sur une autre, ou envers soi-même, elle peut se manifester de diverses façons.

1.2. La violence physique

Visible, la violence physique est la plus facile à identifier. Elle est concrète et tout individu peut la reconnaître. Allant d'une bousculade jusqu'au décès, ce type de violence possède un panel de catégories la rendant simple de réalisation. C'est une des raisons pour laquelle la violence physique est retrouvée dans tous les domaines de la vie : au sein du foyer familial, au travail, dans la rue, dans les structures hospitalières, à l'école, etc. En fonction du lieu où celle-ci est reçue, cette violence physique peut se nommer de plusieurs manières : violence conjugale, harcèlement scolaire, agressions, violences hospitalières, etc.

Dans tous ces domaines de la vie, des études ont été menées afin de prouver l'existence et la dangerosité, bien que remarquables, des violences physiques.

Parmi elles, au sein des maternités aux États-Unis, des centaines de femmes ont subi des épisiotomies et des touchers vaginaux non consentis à multiples reprises (3).

Cela se produit également en France où le taux d'épisiotomies pour les primipares reste élevé à 8,3% en 2021 (4).

Ces actes représentent une partie de ce qu'est la violence physique au sein des maternités. Le terme de violence, nommé dans ce cadre, violence obstétricale, est présent et est de plus en plus porté à haute voix par les patientes et par les scientifiques.

1.3. La violence verbale

La violence verbale est un acte de violence caractérisé par des injures, des humiliations ou des menaces⁴. Il y a ici un rapport de supériorité de l'agresseur sur sa victime.

En transposant ce rapport dominant-dominé, caractéristique de la violence verbale, au monde médical, la relation médecin-malade représente un exemple concret. Longtemps qualifiée de relation paternaliste (Parsons, 1950), la relation soignant-soigné était davantage basée sur un échange vertical.

Aujourd'hui, ce lien tend à s'horizontaliser au profit d'une exégèse partagée. En effet, le soignant possède le savoir mais ne devrait pas l'appliquer comme une force envers le patient. Le professionnel de santé est là pour informer et accompagner, grâce à une relation de confiance de qualité.

Cependant, les mœurs restent encore ancrées dans les méthodes de travail et certains professionnels n'évoluent pas au profit de cette communication d'égal à égal. Cela amène les violences verbales à être présentes plus que ce qu'elles ne devraient l'être.

Sur 2016 femmes observées pendant le travail et l'accouchement au Ghana, en Guinée, au Myanmar et au Nigéria, il a été révélé qu'en plus de la violence physique, 752 femmes sur 2016 (soit 38 %) ont subi des niveaux élevés de violence verbale. Cela se caractérise par des injures, des cris ou encore des moqueries (5).

Avoir ces comportements envers les patientes les amène à une baisse de l'estime d'elles-mêmes, une baisse de confiance en elles et envers le système de soins.

Les violences verbales nuisent à l'autre en provoquant une détresse psychologique.

1.4. La violence psychologique

Longtemps sous-estimée et ignorée, la violence psychologique, psychique ou morale peut entraîner des séquelles sur le corps humain et conduire à des actes dangereux. Elle se caractérise par des attitudes et propos menaçants, insultants, dégradants, des humiliations en privé ou en public. La violence psychologique a une influence sur les émotions des victimes et est présente au sein de tous les milieux socioprofessionnels. Entraînant des répercussions morales sur le long terme, elles sont graves et doivent tout autant être signalées que les autres formes de violence. Ces violences sont, pour la

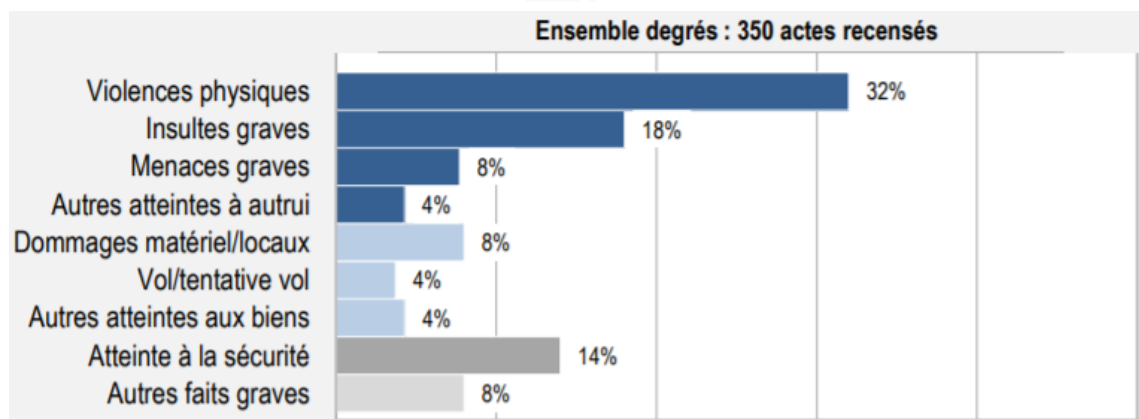
⁴ <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/violence-verbale/>

plupart du temps volontaires, avec une détermination à rabaisser l'autre pour acquérir un sentiment de supériorité et de puissance.

Les enfants, notamment dans le milieu scolaire, peuvent être victimes de ce type de violence. S'il est présent à répétition, on parle de harcèlement scolaire. Destructeur, les enfants victimes sont souvent renfermés sur eux-mêmes et n'osent pas en parler par peur et par honte. Cela accentue le sentiment de pouvoir que peut ressentir l'agresseur et l'amener ainsi à perpétuer ses actions.

Pour tenter de mettre en lumière les violences scolaires, le Ministère de l'Éducation nationale a mis en place, dès 2001, le logiciel Signa qui permet de synthétiser l'ensemble des actes de violence signalés par les chefs d'établissements et dont les résultats sont disponibles chaque année.

Tableau 1 : Nature des incidents graves dans les établissements publics durant l'année scolaire 2020-2021⁵ (6)



Ce recensement prouve que la violence psychologique est très présente à l'école. Elle constitue 98 actes sur les 350 recensés (soit 28%). Cette menace au long cours peut conduire à un absentéisme voire un décrochage scolaire, ou encore avoir des conséquences graves telles que des blessures et pouvant aller jusqu'au suicide, aboutissant à un nouveau type de violence, la violence auto-infligée.

Ce taux n'est pas à négliger. L'instauration d'une prise en charge par l'établissement des élèves victimes est primordiale.

Des climats de violence morale peuvent être construits et infligés de manière involontaire, sans se rendre compte des répercussions que les mots peuvent avoir sur les individus. Les conséquences engendrées sont tout de même présentes chez les victimes.

⁵ Actes de violence dans les établissements publics genevois d'enseignement recensés dans SIGNA - Année scolaire 2020-2021

En salle de naissance, la violence verbale caractérisée comme de la violence psychologique est un phénomène qui reste actuel dans le monde.

En Tanzanie, parmi les différents types de violence dont les femmes sont victimes en salle de travail, 319 femmes sur 1779 ont été victimes de violence morale telle que des cris, des menaces de refus de traitement, ou encore des insultes menaçantes ou négatives pendant la durée de leur travail (soit 18.15%) (7).

Prise en compte dans les violences gynécologiques et obstétricales (VOG), la violence psychique en salle de naissance (tout comme d'autres formes de violence étant inscrites dans les violences gynécologiques et obstétricales) peut avoir pour répercussions un mauvais vécu de l'accouchement et engendrer un syndrome de stress post-traumatique traduit par un renoncement au soin, un sentiment de culpabilité et une perte de confiance en soi et aux autres (8).

Les répercussions de ces violences sont importantes pour les femmes et se perpétuent dans le temps. La dépression du post-partum est une des conséquences du syndrome de stress post-traumatique.

Déjà présente en proportion importante hors contexte violent, la dépression du post-partum aurait été détectée chez 13.2% femmes, parmi 213 parturientes tunisiennes (9). Fréquente et non négligeable, sans prise en charge avec un accompagnement psychologique, la dépression du post-partum peut conduire à un des gestes les plus extrêmes, le suicide.

1.5. La violence auto-infligée

L'auto-infliction de violence se caractérise par le fait de se nuire à soi-même. Pouvant aller de la simple automutilation jusqu'au décès volontaire, la violence auto-infligée se base sur les émotions ressenties, plus ou moins fortes. L'individu s'autodétruit délibérément afin d'apaiser et de maîtriser un état de tension ou encore dans un besoin compulsif de commettre ces actes.

Cette violence peut également être le résultat d'une accumulation d'autres types de violence. Des émotions trop fortes à supporter, de la violence physique, psychique et toute autre expression de la violence peuvent être à l'origine de ces agissements. L'individu est, dans ce cas, victime des autres et de lui-même. Il ne maîtrise plus ses émotions et cherche à sortir de cette spirale d'agressions. Le seul moyen qu'il connaît est la violence, il l'utilise donc à son insu.

En 2006 au Royaume-Uni, sur 6000 élèves âgés de 15 à 16 ans, 11.3% des filles et 6.6% des garçons ont déclaré s'être déjà *fait mal* intentionnellement au cours de la dernière année (10).

Les cas d'automutilations sont largement répandus chez les adolescents. Cette période charnière, où la construction de l'identité et l'affirmation de soi s'entremêlent, entraîne parfois des dérives liées au non contrôle des ressentis, les amenant, dans certaines situations, à commettre des actes de type scarifications ou brûlures. Parfois concomitant à un harcèlement scolaire ou des violences intrafamiliales, ce surplus de sentiments négatifs ajoute un facteur de risque au passage à l'acte.

1.6. La violence culturelle

L'UNESCO (Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture) définit la culture comme « l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances. »

Bien qu'ancrée dans la vie des populations, la culture n'est cependant pas dénuée de violence. Le fait même qu'elle y soit intégrée (à la culture), la rend plus facilement acceptable car dite « normale ». La violence est présente sous diverses formes au sein de toutes les cultures mais peut être non perçue comme telle. Elle est, pour les individus, une norme comportementale qui ne doit pas être remise en cause. Les pratiques culturelles, même violentes, sont transmises puis reproduites de génération en génération comme un cadre de référence à adopter.

Les violences culturelles touchent principalement les pays marqués par la pauvreté et la précarité tels que les pays d'Afrique (Niger, Mali, etc.) ou d'Asie du Sud (Inde, Pakistan, etc.). Elles sont sexo-spécifiques, ne concernant que les filles et les femmes, entretenant les violences à l'égard des femmes.

Parmi ces violences, les mutilations génitales féminines représentent une des violences culturelles les plus urgentes à éradiquer.

Selon l'OMS, entre 100 et 140 millions de filles et de femmes ont subi et vivent avec une mutilation génitale dans le monde. Environ 3,3 millions de filles risquent chaque année d'être mutilées sexuellement (11). La pression sociale et la peur de l'abandon font partie des raisons pour lesquelles la jeune fille accepte cette maltraitance, lorsqu'elle est

en âge de comprendre ce qu'il se passe. En effet, certaines petites filles subissent une mutilation génitale à un très jeune âge voire dès la naissance.

Néanmoins, les conséquences sont d'une grande ampleur. A court terme, infections, hémorragies, voire décès, et à long terme, dyspareunies⁶, stérilité et stress post-traumatique, sont autant de répercussions négatives sur la santé physique de la femme en devenir que sur la santé psychologique.

Outre le fait que la qualité de vie des femmes soit impactée, leur potentielle vie de mère présente aussi de nombreux risques. Une étude menée dans six pays d'Afrique auprès de 28 000 femmes enceintes a révélé que celles ayant été victimes de mutilations génitales présentaient un risque significativement plus élevé de complications lors de l'accouchement, telles qu'un accouchement par césarienne ou une hémorragie du post-partum (11).

En France, elles seraient estimées à 125 000 femmes adultes mutilées sexuellement (12).

Caractérisées de violences sexuelles et sexistes, les mutilations génitales sont une violation des droits des femmes mais également une violation des droits des enfants, car elles sont pratiquées quasi systématiquement sur des filles mineures.

1.7. La violence sexuelle

Définie comme : « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » par l'OMS, la violence sexuelle est représentée dans tous les domaines de la vie en société. Souvent dissimulée, par les agresseurs et les victimes, elle est décelée avec difficulté, nécessitant la plupart du temps des aveux des agresseurs ou des victimes. Cependant, les individus ayant subi des violences sexuelles ne sont que très peu à avoir le courage d'aller dénoncer leurs agresseurs aux autorités compétentes. En Amérique latine, en 2010, seulement 5% des victimes adultes auraient été signalé ces violences à la police (13).

En effet, de nombreuses raisons amèneraient les victimes à s'abstenir de toutes divulgations d'informations. Parmi elles, on peut citer la honte, la peur des représailles

⁶ Douleurs survenant chez la femme pendant les rapports sexuels. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dyspareunie/27161>

des agresseurs, la peur de ne pas être cru ou encore que la plainte ne soit pas prise en compte (14).

Aujourd'hui, les femmes se battent pour que leurs voix soient entendues et qu'elles soient crues. En France, certaines plaintes ne sont, encore de nos jours, pas prises en compte. Or, selon l'article 15-3 du Code de procédure pénale, « Les officiers et agents de police judiciaire sont tenus de recevoir les plaintes déposées par les victimes d'infractions à la loi pénale »⁷. Par ailleurs, même si la plainte concernant tous types de violences sexuelles est acceptée et prise en compte, la probabilité pour que les agresseurs soient jugés est faible. En réalité, 72.8% des plaintes pour violences sexuelles sont classées sans suite selon un article mené par le Ministère de la Justice en 2018 (15).

Du harcèlement au viol⁸, les violences sexuelles possèdent un grand nombre de sous-catégories qui peuvent être caractérisées comme telles.

Ces violences existent dans le domaine médical. Selon le rapport des « Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical » du Haut Conseil à l'Égalité entre les hommes et les femmes paru en 2018, « 3,4% des plaintes déposées auprès des instances disciplinaires de l'Ordre des médecins en 2016 » concernaient des violences à type d'agressions sexuelles et viols commis par ces professionnels médicaux (16). Il s'agit ici d'une autre forme de violences gynécologiques et obstétricales.

Lorsque l'agresseur et la victime sont liés par des liens familiaux, c'est le mot « inceste » qui est employé. Le sondage mené par l'association Face à l'inceste⁹, atteste que les victimes d'inceste en France sont comptées au nombre de 6.7 millions, soit 1 Français sur 10. Parmi elles, 78% de femmes et 22% d'hommes ont répondu comme étant victimes (17). Le tabou autour de l'inceste amène à penser que ces chiffres sont probablement sous-estimés. Cependant, la parole se libère peu à peu, notamment du à l'ampleur qu'a pris le #MeTooInceste sur les réseaux sociaux en 2021, afin de briser cette omerta.

Les liens familiaux peuvent aussi se construire via des unions. En effet, les violences sexuelles au sein des couples peuvent être présentes. Perçues comme un devoir marital, les relations sexuelles non consenties sont appelées le viol conjugal. Compté parmi la

⁷ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038311441/

⁸ Viol : Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise.

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000043409028/>

⁹ <https://facealinceste.fr/>

plus grave des violences sexuelles au sein du couple, le viol conjugal représente 4560 femmes sur 4690 victimes de crimes par un partenaire (soit 97% environ) en 2020 en France (18).

Les violences sexuelles ne sont pas à négliger et les conséquences de celles-ci sur la santé sont graves. Des troubles du sommeil, de la dépression, et des comportements suicidaires entravent la santé mentale des victimes. La santé génésique de la femme est également touchée par des traumatismes gynécologiques, des grossesses non désirées ou encore des infections sexuellement transmissibles (VIH particulièrement) (14).

1.8. La violence conjugale

Les relations intrafamiliales peuvent être compliquées et le non-contrôle des émotions peut amener à traduire les sentiments ressentis par de la violence. La violence conjugale est un « processus au cours duquel un partenaire exerce à l'encontre de l'autre, dans le cadre d'une relation privée et privilégiée, des comportements agressifs, violents et destructeurs »¹⁰.

Au sein du couple¹¹, la violence est la conséquence d'un rapport dominant-dominé. Le sujet des violences conjugales ne peut être abordé sans questionner le rapport au genre dans notre société patriarcale. En effet, en 2020, 87% des victimes de violences conjugales en France étaient des femmes¹² (18).

La crise du COVID-19 n'a fait qu'aggraver cette situation où une hausse de 10% a été soulevée lors du 1^{er} confinement (17 mars 2020 au 10 mai 2020), par rapport à la même période en 2019 (18). Ce type de violence, dans le pire des scénarios, peut conduire au décès la victime : lorsqu'une femme est tuée par un partenaire intime, ancien ou actuel, cela se nomme un féminicide. Selon une étude menée par l'OMS et la London School of Hygiene and Tropical Medicine, parmi tous les meurtres de femmes dans le monde, plus de 35% sont commis par des individus connus de la victime (compagnon, ex-compagnon) (19).

Aujourd'hui, des associations se créent pour venir en aide et militer contre toutes ces violences sexistes et sexuelles, dont font partie les violences conjugales faites aux

¹⁰ <https://solidaritefemmes-la.fr/home-besoin-daide/1-definition-des-violences-conjugales/>

¹¹ Au sein des couples hétérosexuels.

¹² Bien que les individus masculins puissent eux aussi être victimes de violences conjugales et ne sont pas à négliger, le sujet se concentrera ici sur les femmes victimes.

femmes. C'est le cas de l'association NousToutes¹³, ces militantes féministes¹⁴ ont recensé en 2019, 152 féminicides, 102 féminicides en 2020, 113 femmes tuées par leur conjoint ou ex-conjoint en 2021 et 147 en 2022. Elles partagent toutes leurs données et actions sur les réseaux sociaux.

Ces associations, porte-paroles des femmes, sont d'autant plus importantes que la parole sur les violences faites aux femmes, notamment conjugales, sont souvent tues. En effet, les violences dans un couple apparaissent généralement de manière progressive, facilitant son acceptation jour après jour.

1.9. Les violences gynécologiques et obstétricales

« La violence obstétricale est un abus ou un mauvais traitement par un fournisseur de soins de santé d'une femme qui suit un traitement de fertilité, des soins avant la conception, une grossesse, un accouchement ou un post-partum ; ou la réalisation de toute procédure invasive ou chirurgicale pendant toute la durée du continuum de procréation sans consentement éclairé, sous la contrainte ou en violation d'un refus. Il s'agit d'une forme de violence à l'égard des femmes sexo-spécifique qui constitue une violation des droits humains » (20) (*Annexe 1*). En effet, pour les mères, les moments les plus stressants durant la période de l'accouchement sont constitués à 36.6% par les relations avec le personnel soignant (non prise en charge de la douleur, actes non consentis, sentiment d'être ignorée, etc.) (21). Les professionnels de santé ont ainsi un rôle essentiel à jouer dans la réassurance grâce à leur bienveillance, en particulier dans ce moment qu'est la venue d'un nouveau-né.

Les violences gynécologiques et obstétricales (VOG) rassemblent un large panel de types de violences. Qu'elles soient physiques, psychologiques, ou sexuelles, ces violences sont présentes sous plusieurs formes et peuvent avoir des répercussions considérables sur la vie de la femme, du couple et de la famille en devenir.

Les conséquences physiques de la femme vont avoir des répercussions à court, moyen et long terme. Altérant la qualité de vie, les prises en charge sont quasi inexistantes dues à un diagnostic souvent posé tardivement. La vie sexuelle du couple peut aussi être dégradée par les conséquences qu'ont engendrées un accouchement traumatique par

¹³ <https://www.noustoutes.org/>

¹⁴ Issu du féminisme : Mouvement social qui a pour objet l'émancipation de la femme, l'extension de ses droits en vue d'égaliser son statut avec celui de l'homme, en particulier dans le domaine juridique, politique et économique. <https://www.cnrtl.fr/definition/f%C3%A9minisme>

exemple ou un examen gynécologique douloureux. Un comportement d'évitement jusqu'à la prochaine grossesse est souvent adopté par les femmes victimes. Parfois même, le traumatisme a été tel qu'elles abandonnent leur futur projet de grossesse par peur de revivre un évènement violent en donnant la vie.

Les répercussions psychologiques sont souvent synonymes de syndrome de stress post-traumatique. La réalisation d'actes non consentis, une douleur non prise en compte, ou des touchers vaginaux douloureux à répétition, sont des pratiques pouvant entraîner ce syndrome. Des conséquences telles que la perte de confiance en soi, un lien mère-enfant détérioré sont aussi répertoriées parmi les femmes victimes de VOG.

Le suivi médical de la femme s'avère être également écourté. En effet, les violences subies entraînent une perte de confiance envers le système de santé et plus particulièrement envers les professionnels de santé. Ces femmes ne se sentent plus à l'écoute et ont peur de réitérer ces expériences douloureuses. Leur suivi gynécologique et de grossesse devient discontinu entraînant une perte de l'observance des frottis ou encore des suivis de grossesse inexistantes (20).

La pandémie de COVID-19 a aggravé les VOG lors des accouchements pendant cette période. L'enquête menée par Stop aux violences gynécologiques et obstétricales, sur des femmes ayant accouché entre le 15 février et le 31 mai 2020 en France, a montré une nette aggravation des violences faites aux femmes dans les maternités. Trois formes d'agressions se sont ajoutées aux violences obstétricales systémiques : l'interdiction de la présence d'un accompagnant, l'obligation du port du masque, ainsi qu'une augmentation des déclenchements non médicalement justifiés (22).

Du côté des professionnels, bien qu'un comportement bienveillant soit nécessaire à la pratique des métiers côtoyant le côté intime des femmes particulièrement, le système hospitalier actuel ne permet pas, aux sages-femmes notamment, d'exercer leurs professions comme elles le souhaiteraient. Cela peut engendrer une violence involontaire de la part des soignants, par manque de moyens pour pratiquer ce métier en toute bienveillance.

Finalement, comme l'exprime Mounia EL KOTNI, chercheuse en anthropologie du genre et de la santé ; « Les violences obstétricales sont des violences systémiques illustrant le rapport de la médecine patriarcale au corps des femmes ».

1.10. La violence institutionnelle

La violence institutionnelle est marquée par le manque de personnel, le manque de moyens ou encore l'organisation des services. Le temps qui devrait normalement être accordé à chaque patiente n'est pas en adéquation avec les exigences économiques de l'hôpital (23).

En salle de naissance, les sages-femmes peuvent facilement prendre en charge 3 à 4 patientes en même temps. Cela influence le temps normalement dédié à l'écoute et à l'échange avec le couple, se voyant ainsi réduit. Par conséquent, seuls les gestes médicaux tels que des touchers vaginaux, un positionnement, une injection de médicament, sont réalisés, sans réellement prendre en compte le relationnel comme les professionnels le souhaiteraient. L'accueil et la prise en charge des patientes s'effectuent sur le versant médical de la relation soignant/soigné, négligeant la bienveillance que nécessite cet accompagnement.

Cela résonne avec les multiples grèves des sages-femmes, revendiquant notamment le slogan « 1 femme = 1 sage-femme » mené par Anna Roy, Sage-femme et Chroniqueuse dans l'émission La Maison des Maternelles, appelant ainsi la population à se mobiliser, entre autres grâce à une pétition débutée le 11 novembre 2020¹⁵.

Finalement, la violence en gynécologie-obstétrique est, en grande partie, infligée de manière involontaire. Le défaut d'écoute et de partage peut introduire des agressions pour lesquelles une augmentation des effectifs améliorerait déjà un peu la situation.

¹⁵ https://www.change.org/p/olivier-v%C3%A9ran-permettons-aux-femmes-d'accoucher-humainement-une-femme-une-sage-femme?utm_source=share_petition&utm_medium=custom_url&recruited_by_id=051bc900-0b7e-11e5-b8d0-bba0e60c3aa

2. L'histoire des violences gynécologiques et obstétricales

2.1. Libération de la parole et émergence d'une revendication féminine et féministe

La question des violences gynécologiques et obstétricales n'a été soulevée par les populations que récemment bien qu'elles soient présentes depuis des décennies.

Parler des VOG, revient en premier lieu de questionner le rapport de la femme à la médecine. L'approche genrée de la médecine amène les femmes à ne pas (ou peu) être considérées par celle-ci. Considérées pendant des siècles comme un être inférieur, et la médecine étant gérée par des médecins hommes, amène à une relation médecin-malade verticale. Celle-ci tend aujourd'hui à s'horizontaliser vers une relation d'égal à égal.

Malgré la tendance à la diminution de cette relation de supériorité, les femmes ont pourtant toujours du mal à faire entendre leurs ressentis. En effet, la société patriarcale conduit à infantiliser les patientes, dérivant sur des humiliations et de la violence.

En gynécologie-obstétrique, le praticien est au cœur de l'intimité de la femme. Le tabou autour du corps de celle-ci et le statut du professionnel médical entraînent souvent les femmes à se réfugier dans le silence, n'osant pas questionner le médecin ou la sage-femme, ni divulguer ce qu'elles subissent (24). L'omerta autour de ces violences est due au tabou lié au corps et à la sexualité de la femme. Ces pensées inexprimées sur la femme amènent à un sentiment de honte par rapport au corps de celle-ci.

Suite aux mouvements féministes en Amérique latine en 2007, le terme de VOG a traversé les continents pour être mis en lumière dans les années 2010 en France. Bien que les femmes aient commencé doucement à lever le voile sur ce tabou dès les années 2000, l'avancée dans d'autres pays a permis d'élever leurs voix, endormies jusqu'alors. Internet et les réseaux sociaux ont également permis aux femmes de s'exprimer sans filtre en amenant à une large diffusion de leurs témoignages.

Dès 2013, Marie Hélène Lahaye a participé à la médiatisation des VOG. Grâce à son blog « Marie accouche là¹⁶ », cette juriste et féministe belge a participé à l'élancement de la prise de parole des femmes en dénonçant notamment le point du mari¹⁷ (25).

Cet élan de partage a abouti à la création d'associations rassemblant des groupes d'entraide et de soutien tels que StopVOG¹⁸ et NousToutes. Ces associations regroupent

¹⁶ <http://marieaccouchela.net/>

¹⁷ Point du mari : Consiste à recoudre une épisiotomie en ajoutant un point supplémentaire, dans le but de rendre l'entrée du vagin plus serrée afin d'augmenter le plaisir du conjoint.

principalement des femmes, toutes plus ou moins touchées par les violences gynécologiques et obstétricales. A travers les réseaux sociaux, ces groupes à revendications féministes font de la prévention, du partage d'information, des formations mais aussi organisent des mouvements de lutte tels que des manifestations. Afin d'éclaircir les différentes actions mises en place en France par les mouvements féministes, voici un tableau répertoriant les associations et mouvements instaurés, tout en identifiant les modes d'actions de chacun.

Tableau 2 : Associations, blogs et mouvements sociaux de luttes contre les VOG

Association et Mouvements	Date de création	Mode de diffusion	Actions
Blog « Marie accouche là »	2013	Site internet du blog	Livre Articles Podcasts
#PayeTonUtérus	2014	Réseau social (Twitter)	Témoignages
#MeTooGynéco	2017	Réseau social (Twitter)	Témoignages
IRASF¹⁹	2017	Réseau social (Instagram) Site internet	Enquêtes Témoignages Proposition d'axes d'amélioration
Nous Toutes	2018	Réseaux sociaux (Facebook, Instagram) Pancartes, Flyers	Manifestations Collages Formations Recensements
Stop VOG	2018	Réseaux sociaux (Facebook, Instagram)	Témoignages Partages d'informations

¹⁸ <http://stop-vog.fr/?fbclid=IwAR3aQ7VNyVZV2mgZwLp6ukKS6jgQn2FbPL4PRxwgFfJNxq4jzLjjF-kb4Rc>

¹⁹ www.irasf.org

A travers les associations, les blogs et les réseaux sociaux, les femmes victimes expriment toutes leurs revendications. Parmi elles, les plaintes faites par les patientes sont :

- Des agressions physiques, verbales et humiliations
- Des actes pratiqués sans consentement
- Des actes médicaux non nécessaires ou non sans justification médicale
- Un refus d'administrer des médicaments contre la douleur
- Une pratique d'actes proscrits par les recommandations
- De la violence sexuelle (20)

Le documentaire « Tu enfanteras dans la douleur » d'Ovidie, réalisatrice, journaliste, écrivaine et actrice française, sortie en 2019, dénonce les violences gynécologiques et obstétricales que les femmes ont subi durant leurs consultations gynécologiques ou leurs accouchements. En effet, « beaucoup de femmes posent le mot de viol lors de leur accouchement car de nombreux gestes sont associés à des pénétrations sexuelles (doigts, spéculum, ciseaux...), les amenant à développer les mêmes séquelles physiques et psychiques qu'une agression sexuelle ».

Lutter contre les VOG, c'est aussi se battre pour le droit des femmes et leur place dans la société. L'émergence de ces revendications conduit les femmes à ne plus méconnaître leurs droits, à oser faire face à ce qu'elles ont subi et subissent toujours, et à mettre en place des actions afin d'engendrer des sanctions contre les professionnels jugés comme maltraitants.

Aujourd'hui, il serait plus juste de parler de libération de l'écoute au lieu de libération de la parole, car en effet, les voix se sont désormais déliées.

Le gouvernement français prend petit à petit en compte la parole des femmes pour mettre en place des systèmes de protection pour les victimes et de pénalité pour les individus jugés comme violents.

2.2. Qu'en dit la loi ?

La voix des femmes a pu être dénouée en partie grâce à la loi Kouchner de 2002 précisant notamment que : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé », ainsi que : « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » (26). Dès les années 2000, la législation commence à prendre

en compte le ressenti des patients, hommes et femmes. Mais c'est en grande partie grâce à l'élan de toutes les femmes que les violences gynécologiques et obstétricales deviennent une question politique en France.

Le Venezuela est le pays pionnier en termes de reconnaissance gouvernementale des VOG. Il est le premier pays au monde à adopter une loi condamnant ces violences (2).

En France, c'est d'abord Mme Marlène SCHIAPPA (Secrétaire d'Etat chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes) qui, en 2017, dénonce un taux d'épisiotomie considérable (20.1% en 2016 (4)). Appelant à une prise de conscience des pouvoirs publics, elle conduit à la sortie d'un rapport en 2018 au Haut Conseil à l'Égalité des femmes et des hommes (HCE) contenant 26 recommandations afin de prévenir les pratiques de VOG. C'est la première fois que la question des violences gynécologiques et obstétricales est soulevée au niveau politique.

Le rapport du HCE a mis en évidence 6 types de violences sexistes :

- « 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 exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente
- Actes ou refus d'actes non justifiés médicalement
- Violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol » (16)

Finalement, les agressions reportées dans ce rapport reprennent les dénonciations faites par les patientes victimes.

Dans le même temps, le 15 novembre 2017, à l'occasion de la journée internationale pour la lutte des violences faites aux femmes, l'égalité entre les hommes et les femmes est déclarée comme la « grande cause nationale du quinquennat » par le Président de la République (27).

Ces pratiques sont désormais punies par la loi. Cependant, le terme adapté de violences gynécologiques et obstétricales n'est pas utilisé. La loi parle alors de :

- Non-respect du consentement libre et éclairé,
- Violences physiques et verbales,
- Discrimination,
- Agressions sexuelles et viol (28).

Ainsi, les violences gynécologiques et obstétricales ne sont pas caractérisées comme telles. C'est pourquoi Valérie PETIT, députée, a amené une proposition de résolution²⁰ le 14 septembre 2020, dans le but de faire reconnaître ces violences à leur juste valeur. Elle souhaite inviter le gouvernement à lutter « contre les violences obstétricales et gynécologiques et mettre en œuvre les recommandations du Haut Conseil à l'Egalité en la matière ». Ce texte vise à faire connaître et reconnaître plus amplement les VOG. Cela permettrait de faire en sorte que la lutte soit plus forte du côté des personnalités politiques et ainsi conduire à des pratiques plus bienveillantes (29).

Le HCE préconise que pour lutter efficacement contre les violences sexuelles, dont font partie les VOG, une nécessité d'un milliard d'euros doit être déboursé. Aujourd'hui, ce ne sont que 360 millions d'euros qui sont utilisés pour lutter contre ces violences (30).

L'argent dépensé pour combattre les violences gynécologiques et obstétricales sert en parti à prendre en charge les victimes de ce type de violence. Comment la justice s'occupe-t-elle aujourd'hui des femmes victimes ? Comment déposer plainte ?

Ce type de violence, comme la plupart des autres violences, reste tabou à dénoncer. Violence souvent restée secrète, les patientes ne connaissent donc pas la démarche à suivre afin de signaler ce qu'elles ont subi. C'est ce à quoi répond Marie Hélène Lahaye dans son blog « Marie accouche là ».

Pour porter plainte contre une violence obstétricale, il est important de se munir de documents spécifiques tels que le dossier médical. En effet, la loi autorise l'obtention d'une copie du dossier (31). Difficilement lisible par des non-soignants, la patiente peut se faire aider par une personne de confiance telle que sa sage-femme ou médecin traitant afin de mieux comprendre ce qu'il s'est passé. Une lettre circonstanciée doit être envoyée à la maternité. Ce courrier expose le déroulement des actes vécus comme traumatisants et en éclaircissant les manquements à la loi. La fin de cette lettre doit faire état d'une demande d'explication de la part de la maternité. En France, la réponse de la maternité doit toujours exprimer une possibilité de saisir le service de médiation ; soit au travers d'une rencontre informelle ou dans le cadre officiel du service de médiation (service existant dans chaque établissement hospitalier). La médiation peut parfois satisfaire les patientes par une simple reconnaissance des faits. Cependant, lorsque ce n'est pas acceptable pour la victime, un dossier de plainte au niveau judiciaire est débuté (32).

²⁰ Contrairement aux lois, les résolutions n'ont pas de valeur contraignante. Elles marquent l'expression d'un souhait ou d'une préoccupation. <https://www.senat.fr/dossiers-legislatifs/resolutions.html>

Afin de simplifier la compréhension des différentes méthodes, voici un tableau récapitulatif des trois grandes procédures de plaintes.

Tableau 3 : Les trois grandes procédures de plaintes (32)

	PÉNAL	CIVIL	ORDINAL
Code	Code Pénal Torture, barbarie Mutilation Violence Viol et agression sexuel	Code Civil Faute → Dommage Non-respect de la loi Kouchner Information du patient Consentement Non-respect des autres lois	Code de Déontologie
Sanctions	Amende Prison	Indemnité pour couvrir les dommages subis	Sanction disciplinaire (avertissement, blâme, interdiction temporaire d'exercer ≤ 3 ans, radiation)
Procédure	Plainte au commissariat de Police Envoie d'une lettre recommandée au procureur de la république	Hôpital privé : contre le soignant et/ou l'hôpital (tribunal d'instance) Hôpital public : contre l'hôpital (tribunal administratif)	Courrier circonstancié Dossier médical à l'ordre départemental
Autres	Gratuit Pas besoin d'avocat Classement sans suite ou poursuite	Paiement des frais de justice Avocat recommandé Plus de chance de réussite	Gratuit Pas besoin d'avocat Pas de procès équitable/principes Etat de droit

Aujourd'hui, une politique de répression a été mise en place en France, c'est-à-dire des actions engendrées une fois que les violences ont eu lieu. Cependant, une politique de prévention reste encore trop peu présente sur le territoire français afin de lutter contre ces violences, c'est-à-dire prévenir les violences en amont afin de les éviter.

2.3. Cas de jurisprudence : quelles conséquences pour les professionnels accusés de maltraitance ?

Bien que le gouvernement français ait mis en place des sanctions plus ou moins fortes en fonction du préjudice porté ; qu'en est-il de l'application effective de ces condamnations dans un milieu où les paroles des victimes et en particulier, des femmes, peuvent être remises en question ?

L'Ordre des sages-femmes de France, sur son site internet, met à disposition du grand public, tous les cas de jurisprudence des chambres disciplinaires interrégionales et nationales (33). Ces affaires sont répertoriées depuis le début du XXI^e jusqu'à aujourd'hui, la plus ancienne datant de 2001, et les plus récentes, de 2021. Les différentes dénonciations faites par les patientes ou leur conjoint sont répertoriées de manière anonymisée. Les déclarations des deux parties opposées (sage-femme et patiente) sont inscrites avec précision. Les procédures des audiences en détail ainsi que les décisions juridiques concernant la peine encourue, ou pas, de la sage-femme accusée y sont retrouvées.

Beaucoup de courage est demandé de la part des victimes pour pouvoir aller porter plainte, avoir une confrontation avec l'accusé et espérer une peine en adéquation avec les dommages causés par cette violence. Cependant, le temps d'attente reste long ; l'audience a généralement lieu quelques mois après l'enregistrement du dépôt de plainte. Le délai entre l'audience et la décision rendue publique par affichage peut varier de 3 semaines à 2 mois. La durée totale entre la violence subie et la sanction du professionnel peut aisément atteindre une année, voire plus. Cela rend le parcours encore plus difficile pour la victime, qui doit, de ce fait, se remémorer constamment cet événement traumatisant.

Tableau 4 : Chronologie non exhaustive des différentes accusations et des peines engendrées par les violences gynécologiques et obstétricales à l'encontre de sages-femmes en France (33)

Date des plaintes	Accusations	Peines
2005 ²¹	Violence verbale	Plainte rejetée
2006 ²²	Agressions sexuelles sur trois patientes	Interdiction d'exercer pendant six mois dont cinq avec sursis
2010 ²³	Agression sexuelle	Plainte rejetée
2016 ²⁴	Violence verbale	Plainte rejetée
2017 ²⁵	Viol	Radiation du tableau de l'Ordre
2017 ²⁶	Agression sexuelle	Radiation du tableau de l'Ordre
2017 ²⁷	Agression sexuelle	Interdiction d'exercer pendant deux ans
2018 ²⁸	Violence verbale et psychologique Violence physique	Plainte rejetée
2019 ²⁹	Agression physique gynécologique Actes pratiqués sans consentement Viol	Plainte rejetée Amende de 1500euros
2019 ³⁰	Violence physique et psychologique lors d'une échographie Non recueil du consentement	Blâme Amende de 1000euros
2020 ³¹	Pratique d'actes proscrits par les recommandations Violence verbale et physique	Désistement de la plaignante faute de moyen pour financer la procédure

²¹ N° 11 : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/docjuridJuriprud/Dossier%2011.pdf>

²² N° : 006 : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/docjuridJuriprud/Decision%20V.pdf>

²³ N° 1003 : [https://www.ordre-sages-femmes.fr/docjuridJuriprud/Dossier%20LC%202011%20\(002\).pdf](https://www.ordre-sages-femmes.fr/docjuridJuriprud/Dossier%20LC%202011%20(002).pdf)

²⁴ N° 30 : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/docjuridJuriprud/DECISION30.pdf>

²⁵ N° 16001 : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/docjuridJuriprud/dossier%20LC%202017.pdf>

²⁶ N° C2016-30 : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/docjuridJuriprud/DECISIONIJJ.pdf>

²⁷ N° 20160308 : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/docjuridJuriprud/Affaire%2020160308.pdf>

²⁸ N° D201801 : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/docjuridJuriprud/Affaire%20D201801.pdf>

²⁹ N° 39 : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/docjuridJuriprud/DC%2039.pdf>

³⁰ N° 42 : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/docjuridJuriprud/DC%2042.pdf>

³¹ N° 20001 : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/docjuridJuriprud/Dossier%2020001.pdf>

A travers ce tableau répertoriant de manière non exhaustive les plaintes pour VOG, la fréquence des plaintes pour ce type d'accusation s'est largement accentuée au cours des cinq dernières années. Concordant avec l'éclosion de mouvements féministes et la libération des tabous féminins, les violences gynécologiques et obstétricales sont de plus en plus revendiquées par les femmes qui en sont victimes mais aussi par les associations de lutte contre les violences faites aux femmes. La solidarité entre toutes ces femmes permet de rendre compte de l'ampleur des conséquences que ces violences peuvent entraîner chez les victimes. Cette cohésion permet également de porter toujours plus haut la voix des femmes ; c'est ce qui fait la force de ces groupes féministes.

Les actes maltraitants vont de la violence verbale jusqu'au viol. Les peines s'étendent de l'avertissement à la radiation de l'Ordre des sages-femmes. Cependant, en fonction de l'agression subie, cette dernière n'est pas toujours jugée à la hauteur du préjudice causé. Des rejets de peine sont souvent prononcés. C'est le cas des accusations de violences verbales où les trois cas de plaintes recensées ici n'ont pas eu de conséquences pour la sage-femme accusée. Or, les violences verbales, souvent associées aux violences psychologiques, peuvent conduire à des dégâts psychiques considérables tel que le syndrome de stress post-traumatique (21).

Les violences plus concrètes et physiques ont plus de chance d'entraîner des sanctions fortes. En effet, les agressions sexuelles et les viols conduisent à des peines de l'ordre de l'interdiction d'exercice ou encore la radiation de l'Ordre. Cependant, il arrive encore que des plaintes pour des violences sexuelles ne soient pas punies.

Un dernier cas de figure fait surface lors de plaintes déposées pour violences gynécologiques et obstétricales, il s'agit du désistement pour fautes de moyens financiers. Lors d'une plainte au niveau du code civil, la procédure reste payante. Une femme en situation de précarité, victime de violence et souhaitant poursuivre l'hôpital ou le professionnel peut être contrainte d'abandonner ses poursuites. Les chances de conduire à une condamnation de l'agresseur sont donc minces pour les personnes défavorisées.

La répression de la violence commence peu à peu à s'installer dans les mœurs de la justice française. Les peines deviennent, au fil des années, en adéquation avec le préjudice porté. Des efforts restent à prévoir, mais la lancée vers laquelle les militantes et les patientes ont dirigé la justice semble s'orienter vers une écoute plus attentive des victimes, traduisant de l'évolution positive de la justice française. Cependant, une meilleure formation des soignants permettrait d'agir en prévention de ces VOG.

Partie 2

1. Méthodologie de l'étude

1.1. Objectifs de l'étude

L'état de la question d'étude porte sur la prise de conscience des professionnels médicaux (sages-femmes et gynécologues-obstétriciens), sur la violence dans sa globalité et plus spécifiquement sur les violences gynécologiques et obstétricales. La problématique : Une prise de conscience de la part des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens sur les violences gynécologiques et obstétricales pourrait-elle amener à une remise en question de certaines pratiques, permet d'introduire l'hypothèse qu'une meilleure formation et information de ce que sont les différentes formes de violences participerait à l'évolution d'une pratique plus bienveillante.

A travers cette étude, l'objectif principal est de mettre en évidence les différentes pratiques et leurs évolutions. Il est nécessaire également de constater la réalité des formations reçues, ou pas, à propos de la violence et de l'utilisation d'une communication bienveillante par les soignants. Dans un second temps, lever les tabous et libérer les paroles concernant les violences gynécologiques et obstétricales, font partis des objectifs de cette étude.

1.2 Population étudiée

La recherche est dirigée vers une population médicale spécifique : sages-femmes et gynécologues-obstétriciens.

Les critères d'inclusion sont :

- Être sage-femme ou gynécologue-obstétricien diplômé
- Avoir fait ses études et exercer sur le territoire français

Les critères d'exclusion sont :

- Être diplômé mais ne plus exercer en tant que sage-femme ou gynécologue-obstétricien
- Être sage-femme ou gynécologue-obstétricien à la retraite
- Ne pas avoir fait ses études mais exercer en France
- Avoir fait ses études mais ne pas exercer en France
- Ne pas avoir fait ses études et ne pas exercer en France

La nationalité et la parentalité des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens ne rentrent pas dans les critères d'inclusion ou d'exclusion.

1.3 Méthode d'investigation

La méthode d'investigation retenue est un auto-questionnaire. Ce dernier est anonymisé bien que certaines spécificités soient connues (genre, région et type d'exercice).

Méthode collective, le questionnaire n'est exploitable que si un grand nombre de personnes y répond. Les réponses permettent de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse au travers de questions fermées (oui/non), et ouvertes contenant des zones d'expression libres.

La collecte des données en observant le comportement effectif de l'échantillon concerne la partie observationnelle de l'étude. Cette recherche rétrospective constate les causes de problèmes et les revendications engendrées.

L'étude est quantitative et descriptive et permet d'étudier les données regroupées afin de les analyser. Les résultats sont exprimés en chiffres (statistiques) à travers des visuels (tableaux, graphiques, diagrammes...).

Le questionnaire se divise en plusieurs parties. La première partie permet de caractériser la population. Une deuxième partie évalue les pratiques des professionnels médicaux. Une troisième partie traite de la violence multidirectionnelle dans le soin. Enfin, la quatrième et dernière partie du questionnaire fait ressortir les formations, ou non, des professionnels médicaux concernant les violences gynécologiques et obstétricales, la communication et la bienveillance. (*Annexe 2*)

1.4 Diffusion du questionnaire

La diffusion du questionnaire se déroule en plusieurs étapes avec des périodes d'arrêt et de relance afin de conserver une dynamique de réponses constante.

La période de diffusion s'étend du 31 mars 2022 au 20 juillet 2022.

Le premier lancement du questionnaire est le 31 mars 2022 avec une publication sur le groupe Facebook « Sages-femmes en lutte ». (*Annexe 3*)

Le 9 avril 2022, les Ordres Départementaux de Sages-femmes ont été contactés puis une publication sur le compte Instagram « Les Pipelettes » a été faite.

Un contact a été établi avec le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) en juin 2022.

Suite à une stagnation du taux de réponses, le questionnaire a été clôturé le 20 juillet 2022.

1.5 Limites de l'étude

L'étude quantitative permet de démontrer un fait statistique et de chiffrer une réalité mais ne permet pas d'étudier le fond du problème pour lequel des entretiens individuels auraient été nécessaires.

Un biais de subjectivité est présent au sein de l'enquête car l'atteinte de la violence est différente en fonction de chacun.

Le nombre de réponses insuffisantes des gynécologues-obstétriciens ne permet pas une véritable analyse de leur ressenti et une réelle interprétation des résultats. Une approche différente à type de mail individuel ou dirigé directement vers les centres hospitaliers auraient peut-être permis de récolter davantage de réponses.

2. Résultats et analyse

2.1 Description de la population

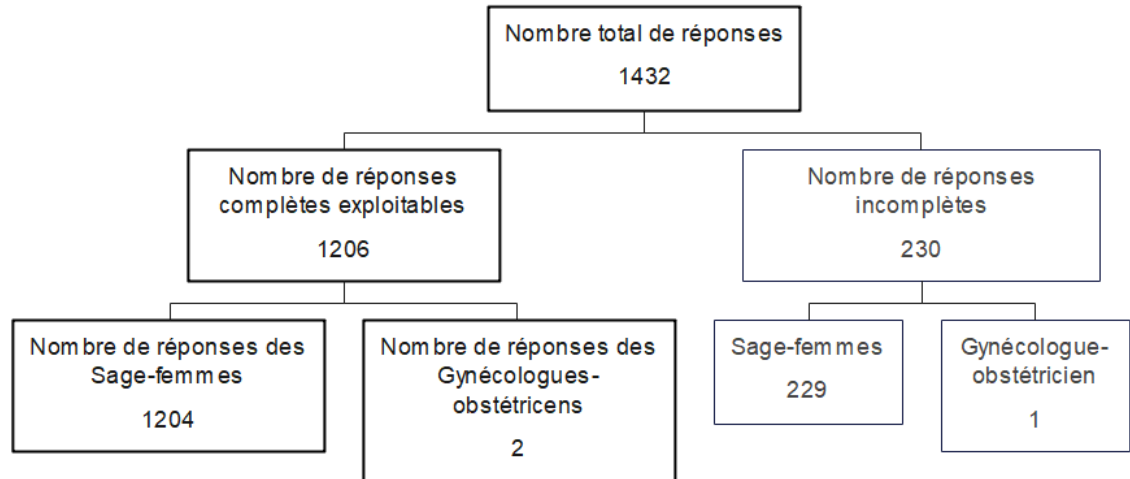


Figure 1 : Diagramme de flux

Le questionnaire regroupe au total 1432 réponses dont 1206 complètes. Parmi elles, 1204 sages-femmes ont répondu et 2 réponses concernent les gynécologues-obstétriciens³².

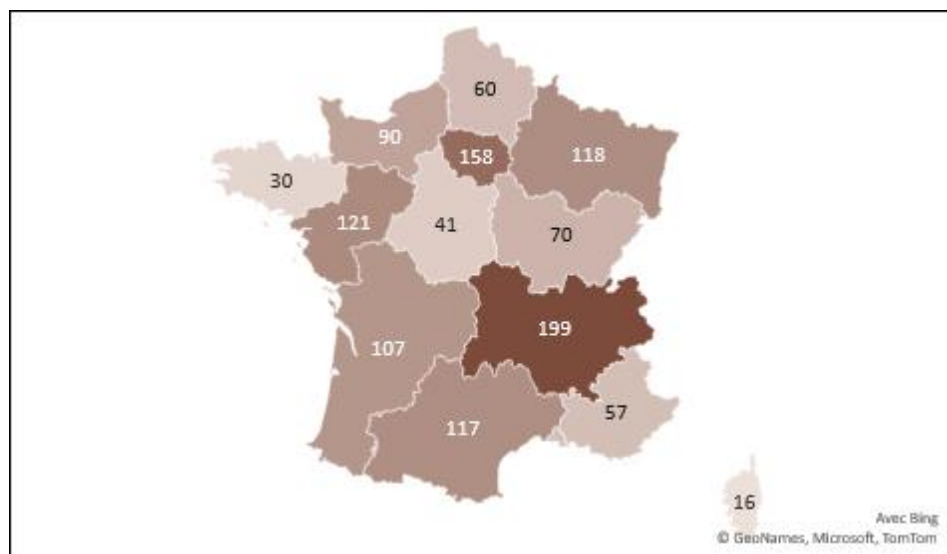


Figure 2 : Région d'exercice (n = 1184)

³² Les 2 réponses complètes des gynécologues-obstétriciens seront étudiées à part, à la fin de la partie Résultats et Analyse. Elles ne seront pas prises en compte dans l'exploitation des résultats suivants, qui concerneront uniquement les réponses complètes des sages-femmes.

La population de sages-femmes ayant répondu au questionnaire représente la quasi-totalité du territoire français, DROM³³ compris, à l'exception de Mayotte où aucune réponse complète n'a été enregistrée.

Les régions majoritairement représentées sont l'Auvergne-Rhône-Alpes (199 réponses soit 17%), l'Île-de-France (158 réponses soit 13%), les Pays de la Loire (121 réponses soit 10%), l'Occitanie (117 réponses soit 10%) et le Grand Est (118 réponses soit 10%).

Ne figurant pas sur la carte, l'effectif présent en Guadeloupe est de 1 réponse, 2 réponses en Guyane, 4 à La Réunion, et 1 réponse en Martinique.

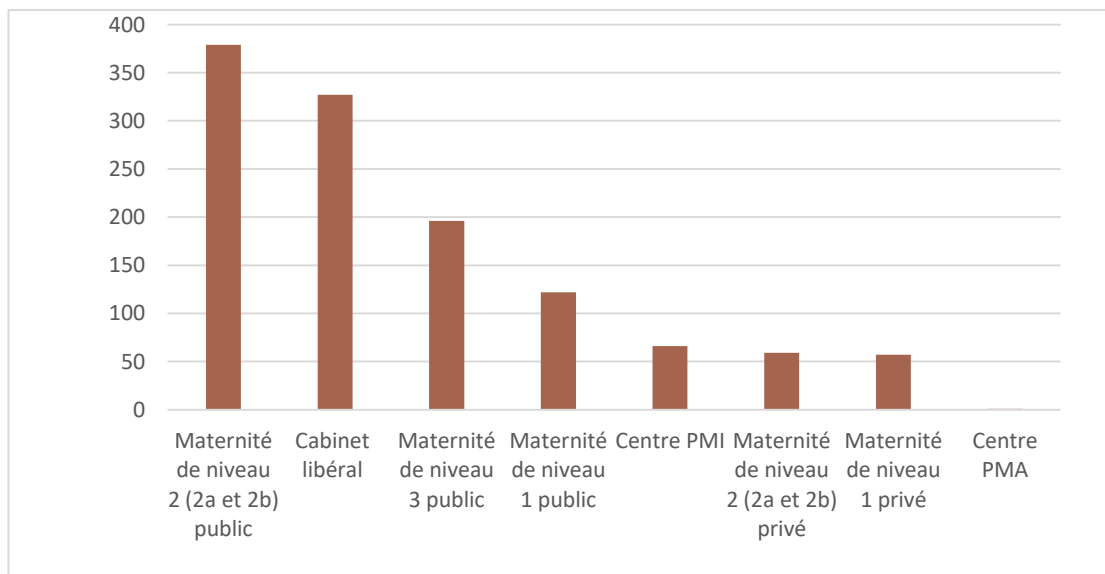


Figure 3 : Répartition des secteurs d'exercice (n = 1204)

Les secteurs d'exercice des sages-femmes sont tous représentés avec une majorité de sages-femmes exerçant en maternité de niveau 2 (2a et 2b) public (31%) et exerçant en cabinet libéral (27%).

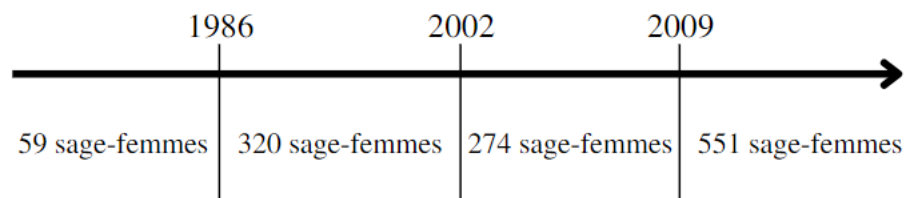


Figure 4 : Frise chronologique des effectifs de sages-femmes par période de diplôme (n = 1204)

³³ Départements et Régions d'Outre-mer

La pratique de l'expression abdominale a été questionnée. Il en ressort une nette différence entre les sages-femmes diplômées avant 2009, qui ont pour **79%** déjà pratiquées une expression abdominale. Du côté des sages-femmes diplômées après 2009, **24%** ont déjà effectué une expression abdominale.

La pratique de l'épisiotomie dans le but d'accélérer l'accouchement hors indication médicale représente 14% des sages-femmes contre **86%** n'ayant jamais pratiqué d'épisiotomie, hors indication médicale, pour accélérer la naissance.

Le consentement a également été questionné. **95%** des sages-femmes interrogées recherchent le consentement des patientes.

Tableau 6 : Lien entre la détérioration de la relation de confiance soignant-soigné suite aux médiatisations des VOG et la reconsidération des pratiques (n = 1159)

	Pratiques repensées	Pratiques non repensées	Total
Relation de confiance détériorée	342 (29%)	135 (12%)	477 (41%)
Relation de confiance non détériorée	431 (37%)	251 (22%)	682 (59%)
Total	773 (67%)	386 (33%)	1159 (100%)

Le pourcentage de sages-femmes ne souhaitant pas s'exprimer sur la question s'élève à 4%.

Plus de la moitié des sages-femmes interrogées (**59%**) pensent que la relation de confiance n'a pas été détériorée suite à la médiatisation des violences gynécologiques et obstétricales. Les pratiques ont tout de même été repensées pour **67%** d'entre elles.

Pour **37%** des sages-femmes, la relation de confiance n'a pas été endommagée par les répercussions suite aux polémiques autour des VOG, mais leurs pratiques ont été remises en question.

2.3 La violence, un acte multidirectionnel

Les sages-femmes ont, pour **93%** d'entre elles, déjà été témoin de violence au cours de leurs études ou de leur pratique médicale. 1% seulement n'a pas souhaité s'exprimer.

Deux types de violences ressortent majoritairement parmi les réponses : les violences physiques et les violences verbales. Ces dernières sont catégorisées ci-dessous :

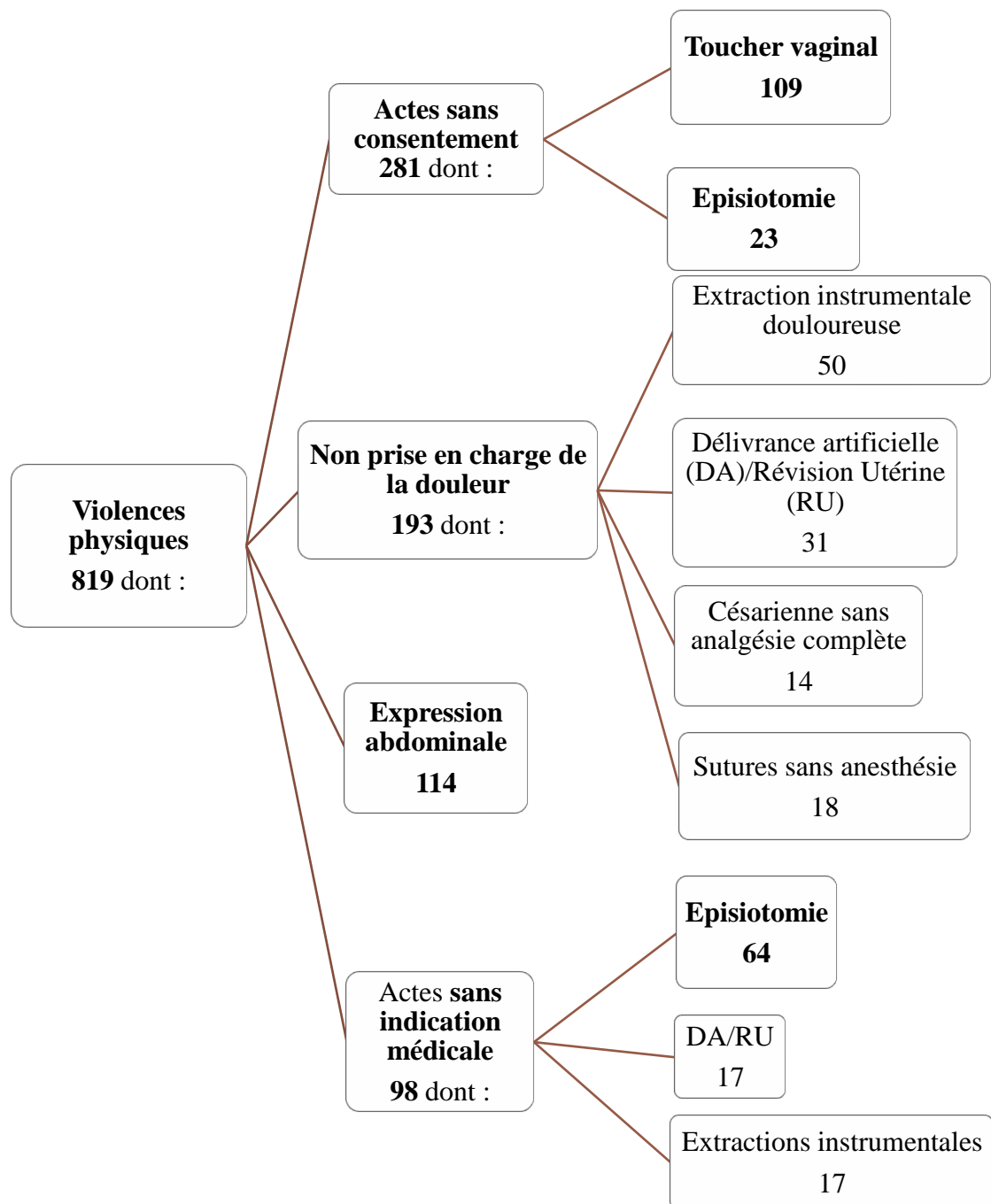


Figure 6 : Types de violences physiques dont les sages-femmes sont témoins (n = 819)

Les principales violences physiques dont témoignent les sages-femmes sont les actes pratiqués sans consentement (33%), la non prise en charge de la douleur (24%), l'expression abdominale (14%) et les actes pratiqués sans indication médicale (12%).

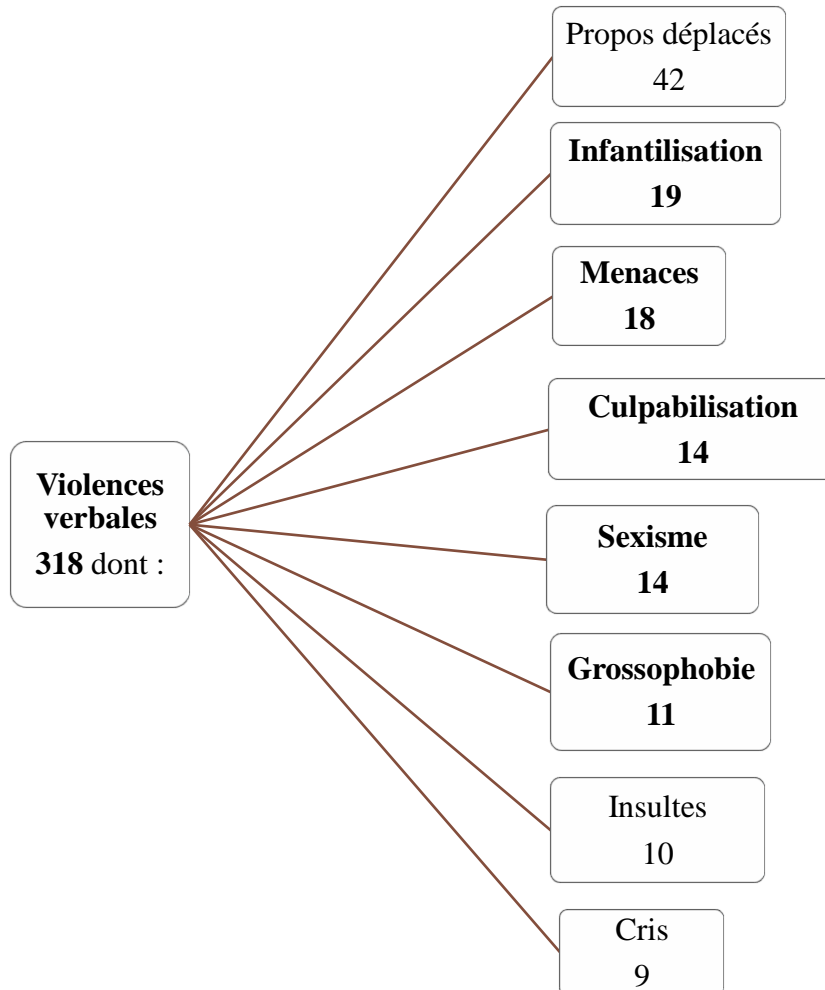


Figure 7 : Types de violences verbales dont les sages-femmes sont témoins (n = 318)

Les sages-femmes sont témoins de violences verbales. Les propos déplacés, l'infantilisation, les menaces, la culpabilisation, le sexisme, la grossophobie sont des exemples de violences que les sages-femmes ont pu observer au cours de leurs études et/ou pratiques.

Tableau 7 : La violence multidirectionnelle (n = 1196)

	Violence de la sage-femme envers une patiente	Violence de la patiente envers la sage-femme
Oui	636 (53%)	825 (68%)
Non	548 (45%)	371 (31%)
Total	1186	1196

2% des sages-femmes n'ont pas souhaité s'exprimer concernant la violence du soignant envers la patiente, et 1% ne s'est pas exprimé sur la question de la violence reçue de la part des patientes.

Les sages-femmes interrogées estiment, pour **53%** d'entre elles, avoir déjà été violentes envers une patiente.

Les sages-femmes s'expliquent sur les causes de cette violence :

- Activité trop importante pour l'effectif de sages-femmes
- Manque de moyen matériel et humain
- Peu de reconnaissance de leur profession

La part de sages-femmes ayant subi au moins une fois de la violence de la part de patiente et/ou couple s'élève à **68%**.

2.4 Formations des sages-femmes

Tableau 8 : Etat des lieux de la formation/information des sages-femmes sur les VOG (n = 1200)

	Déjà formé/informé sur les VOG
Oui, par mon établissement de formation	176 (15%)
Oui, par mon établissement d'exercice	115 (10%)
Non	909 (76%)
Total	1200

0.5% des sages-femmes ne se sont pas exprimées sur cette question.

76% des sages-femmes interrogées n'ont jamais été formé ou informé sur les violences gynécologiques et obstétricales. Seulement 15% des sages-femmes ont reçu une formation sur les VOG au cours de leurs études et 10% par leur établissement d'exercice.

Les sages-femmes pensent, pour **92%** d'entre elles, qu'il est aujourd'hui nécessaire de former davantage sur les violences gynécologiques et obstétricales, la communication et la bienveillance.

Elles ont été interrogées sur le type de formation idéale afin de palier à ce manque. Plusieurs méthodes sont retenues :

- Formation continue obligatoire
- Formation de tous les professionnels de la périnatalité
- Formation sur la communication non violente
- Témoignages et débats
- Exercice de simulation avec mise en situation et jeux de rôles
- Sensibilisation sur la violence en générale, les conflits associés et comment apaiser les tensions
- Formation sur la gestion des émotions

2.5 Les gynécologues-obstétriciens

L'expression abdominale n'est pas un acte pratiqué par les gynécologues-obstétriciens (GO).

La pratique de **l'épisiotomie hors indication médicale**, dans le but d'accélérer l'accouchement, est pratiqué par un des GO ayant répondu au questionnaire.

Les **patientes de moins de 25 ans** sont amenées par les deux GO, à avoir un **examen gynécologique**, sans indication médicale.

Les **césariennes de convenance** ne sont pas acceptées.

Le **consentement** est demandé avant tout acte pour les deux GO.

La **relation de confiance** soignant/soigné a été détériorée et leurs **pratiques** ont été repensées.

Les deux GO ont déjà été **témoin de VOG** au cours de leurs études et/ou de leur exercice.

La **violence multidirectionnelle** est présente chez les GO. Ils ont, tous les deux, été amenés à être violent envers une patiente et ont également été victime de violence de la part de patientes et/ou couples.

Seul un des GO a été **formé/informé sur les VOG**. Cette formation a été permise par son établissement de formation.

Enfin, des **formations supplémentaires** concernant les VOG, la communication et la bienveillance sont nécessaires selon les deux gynécologues-obstétriciens.

3. Discussion

La discussion des résultats apportés par l'étude va permettre de répondre à la problématique : Une prise de conscience de la part des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens sur les violences gynécologiques et obstétricales pourrait-elle amener à une remise en question de certaines pratiques ?

L'hypothèse du mémoire est qu'une meilleure formation et information de ce que sont les différentes formes de violences participerait à l'évolution d'une pratique plus bienveillante.

Etudier la question des violences n'a pas pour but de nuire aux professionnels de santé mais au contraire, de soutenir la grande majorité de ceux qui participent et s'efforcent de maintenir et d'améliorer la qualité des soins.

3.1 Sages-femmes, une nécessité de s'exprimer

Les sages-femmes ressentent le besoin d'afficher leur position sur des sujets très actuels tels que les violences dans le soin. L'effectif de sages-femmes ayant répondu au questionnaire est de 1204, représentant ainsi 5% des sages-femmes exerçant en France. Elles souhaitent faire entendre leurs voix et établir leurs vérités.

L'avis des sages-femmes de l'ensemble du territoire français est mis en avant dans ce questionnaire (à l'exception de Mayotte), et tous les secteurs d'activité de la sage-femme sont évoqués, excepté une minorité exerçant dans les secteurs administratifs tels que les réseaux de périnatalité, les sages-femmes coordinatrices ou travaillant au sein des Ordres.

Ce questionnaire a permis de balayer toutes les catégories de diplôme. Une majorité de sages-femmes ayant répondu au questionnaire ont reçu leur diplôme après 2009. La nouvelle génération semble plus sensibilisée au sujet de la violence et osent davantage dénoncer leurs conditions d'exercice.

Ainsi, à travers ce questionnaire, la voix de toutes les sages-femmes est entendue, apportant une représentativité valide à ces résultats et permettant une exploitation optimale et objective de ceux-ci.

3.2 La violence, une prise de conscience au sein des pratiques gynécologiques et obstétricales

La violence, atteint particulièrement les sages-femmes car elles en sont vectrices mais aussi victimes. Elles décrivent ce terme comme une agression physique, une douleur, un traumatisme, une force. Ces termes sont retrouvés dans la définition de la violence citée en 2002 par l’OMS : « L’usage délibéré ou la menace d’usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d’entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence. » Les sages-femmes saisissent le concept de violence dans son entièreté ainsi que ses répercussions.

En 2007, l’interdiction de la pratique de **l’expression abdominale** constitue un tournant dans la pratique obstétricale et est un exemple de la prise de conscience des soignants (34). En application, l’inversion nette des pourcentages de la pratique de l’expression abdominale entre la part de sages-femmes ayant été diplômées avant 2009 (79%) et celle diplômées après 2009 (24%) prouvent ici que la majorité de la profession a pris connaissance de cette prohibition et donc de la dangerosité de cet acte, s’il est exercé.

Mise en avant et très controversée par les médias et les patientes, la pratique de **l’épisiotomie** est aujourd’hui un moyen d’accélérer un accouchement si une indication médicale est posée (bradycardie d’expulsion, en prévention d’une déchirure périnéale du 3^{ème} ou 4^{ème} degré). En effet, 86% des sages-femmes n’ont jamais pratiqué d’épisiotomie sans indication médicale, dans le seul but d’accélérer l’accouchement. La profession a pris en compte les nouvelles mesures concernant l’épisiotomie. Le taux d’épisiotomie dans la maternité française a distinctement diminué avec un taux d’épisiotomie à 8.3% en 2021 contre 20.1% en 2016. Cela prouve encore une fois que la profession a saisi l’importance des conséquences de cette pratique si effectuée en systématique et les séquelles pouvant y être associées.

Malgré la tendance à la diminution de l’épisiotomie et son utilisation désormais à bon escient, cet acte constitue une grande source de stress pour les patientes. Aujourd’hui, le rôle de la sage-femme est d’apporter une nouvelle vision aux futures mères concernant cette technique, possible notamment lors des séances de préparation à la naissance.

Les consultations sont également des moments privilégiés pour communiquer autour de la notion de **consentement**. Les patientes sont entendues et la grande majorité des sages-femmes disent prendre le temps de demander l'accord de la patiente avant chaque geste (95%). Des exceptions sont faites lors d'extrêmes urgences mettant la vie de la mère et/ou du fœtus en danger. Le consentement, prenant une grande place dans les revendications des patientes concernant les violences gynécologiques et obstétricales, fait partie intégrante de l'exercice des sages-femmes en 2022. Elles sont conscientes de l'importance de la relation au corps au travers du consentement et mettent tout en œuvre pour conserver une pratique bienveillante.

Cette prise de conscience de la violence par la population médicale a notamment été permise grâce à la médiatisation des VOG. La levée du tabou autour des violences gynécologiques et obstétricales a peu à peu amené les patientes et les couples à une plus grande méfiance, entres autres envers les sages-femmes. 41% de ces dernières pensent que **la relation de confiance** soignant-soigné a été détériorée suites aux différentes revendications apportées par les patientes. Cependant, pour la majorité des sages-femmes (59%), ce lien n'a pas été endommagé par la mise en avant des VOG. Pourtant, **leurs pratiques** ont été remises en question et repensées par 67% d'entre elles. Les sages-femmes prennent en considération les dires des patientes et s'informent sur le vécu traumatique que peut engendrer une prise en charge gynécologique ou obstétricale. Elles apportent une bienveillance toujours plus grande à chacun de leur soin et mettent en application les nouvelles recommandations afin de respecter au mieux les valeurs et intérêts de chacun. Les sages-femmes mêlent leur savoir et pratique médicale au rapport humain et empathique que nécessite leur profession. La majorité des réponses à ce questionnaire montrent que les femmes continuent de placer leur confiance auprès des sages-femmes et que ces dernières mettent tout en œuvre pour faire preuve de sensibilité et de sécurité psychologique, tout en assurant des soins médicaux de qualité. La population de sages-femmes est en constante remise en question concernant ses pratiques. Elle fait preuve d'écoute auprès des patientes et adapte ses pratiques aux données scientifiques (Evidence Based Medecine).

3.3 Hiérarchisation de la violence

La violence semble toujours avoir été présente dans le soin. En effet, 93% des sages-femmes interrogées ont un jour été **confrontées à de la violence** pendant leurs études ou leur pratique. Néanmoins, ces cas de maltraitance n'ont, pour la majorité, pas

été signalés car souvent prodigués par un pair ou un supérieur hiérarchique. La peur des répercussions que la dénonciation puisse avoir, en particulier sur le contrat de travail ou le regard des autres a pu empêcher de nombreuses sages-femmes (et étudiantes sages-femmes) la dénonciation de ces pratiques violentes. Une hypothèse peut aussi être émise autour d'une banalisation de la violence dans une époque paternaliste où l'utilisation de la force est valorisée. En effet, d'après le rapport sur l'état du sexisme en France en 2023, 23 % des hommes de 15 à 34 ans pensent qu'il faut parfois être violent pour se faire respecter (36).

3.3.1 Classification de la violence dans le soin

Les faits de **violences physiques** sont les plus nombreux à être recensés dans l'étude (72%). L'atteinte physique est rapportée en grand nombre certainement parce qu'elle est visuelle et percute plus directement le personnel témoin. Parmi les types de violences physiques, sont retrouvés majoritairement les actes pratiqués sans consentement (34%). Le toucher vaginal, par exemple, peut être banalisé par les équipes médicales car ces dernières ont un rapport au corps modifié en comparaison de la population générale. En effet, de par les études et l'exercice de la profession, cet acte peut être vu comme un geste médical de nécessité. Or, il n'est pas anodin et peut porter atteinte à la pudeur et l'intimité des patientes s'il n'est pas réalisé dans de bonnes conditions. Selon le rapport de la HCE en 2021, 4.2% des patientes n'ont pas donné leur accord avant un toucher vaginal (4). Ce taux est majoré à 13% au sein de l'étude de ce mémoire. Un toucher vaginal effectué sans le consentement de la patiente est défini par la loi comme un viol. Pour citer un autre exemple de violence physique, la non prise en charge de la douleur constitue une majorité des témoignages des sages-femmes (24%). Ce défaut d'accompagnement pourrait s'expliquer par le caractère patriarcal et vertical de la relation soignant-soigné encore présent dans le soin.

La **violence verbale** est également répertoriée par les sages-femmes. L'infantilisation, les menaces et la culpabilisation représentent une grande partie des violences psychologiques et confirme le lien encore non égalitaire entre le soignant et le soigné. La position de la femme est aussi discutée dans ces situations, où elle est prédisposée par la société à occuper une place inférieure à l'homme. En effet, 93% des français et françaises estiment que les femmes sont discriminées en raison de leur genre (36). Malgré la très grande proportion de femmes sages-femmes, la relation paternaliste présente dans le soin permettrait à ces types de violences de voir le jour. La violence

verbale est témoignée en moindre nombre, pourtant, celle-ci entraîne des séquelles tout autant valides que les violences physiques. Cela peut s'expliquer par le fait que ces actes sont analysés de manière subjective et peuvent de pas être perçus comme tels. Les atteintes psychiques sont plus insidieuses et ainsi moins marquantes pour le soignant témoin. Les violences verbales sont peut-être sous-estimées car pourtant bien présentes dans le milieu médical (28% selon les réponses des sages-femmes dans ce questionnaire).

3.3.2 Une violence à double sens

53% des sages-femmes avouent s'être déjà sentie **violente envers une patiente**. Cela représente un peu plus d'une sage-femme sur deux.

Nombreuses sont à s'être justifiées sur les causes de leurs agissements. En effet, les sages-femmes dénoncent des conditions de travail en dégradation, ne leur permettant pas une pratique de leur profession en totale bienveillance, comme elles le souhaiteraient.

Selon les sages-femmes interrogées, cette violence est engendrée majoritairement par **manque de temps**, de part **une activité et une charge de travail trop importante pour l'effectif de sages-femmes**, et également de part un manque de moyen mis en place afin de prodiguer des soins adéquats. Les sages-femmes dénoncent un **manque de moyen matériel et humain** non négligeable engendrant de la violence de manière involontaire. La **surcharge de travail**, la **pression** et la **fatigue** entretiennent ce manque d'accompagnement pourtant nécessaire à un travail de qualité. Les sages-femmes révèlent des **conditions de travail trop précaires**, les amenant à être **maltraitantes malgré elles**. Accompagner de plus en plus de patientes avec de moins en moins de moyens est la source de l'épuisement des sages-femmes, conduisant à une fragilité physique et psychologique qui se répercute dans les soins prodigués.

Dans ce contexte de burn-out médical, la profession sage-femme n'est pas épargnée. L'enquête menée par le Collège National des Sages-Femmes en 2020 montre que 40% des sages-femmes salariées, 31% des sages-femmes libérales, 37.5% des sages-femmes enseignantes et 65% des sages-femmes coordinatrices souffrent de ce syndrome d'épuisement émotionnel (35).

Par toutes ces dénonciations, il est prouvé que les sages-femmes subissent des violences institutionnelles dans les différents secteurs d'exercice, permettant de rendre compte qu'une cascade de la violence est présente dans le soin.

La violence institutionnelle conduit à l'épuisement des sages-femmes. Ces dernières sont donc indisponibles émotionnellement et physiquement pour pratiquer leur profession dans la bienveillance, amenant à des violences involontaires envers les patientes. Les sages-femmes sont maltraitées et se retrouvent à être maltraitantes malgré elles. Cependant, pour être bien traitant, il faut avant tout être bien traité.

Ce cercle de la violence n'est pas unidirectionnel puisque 68% des sages-femmes déclarent avoir déjà **reçu de la violence de la part de patientes et/ou couples**. Cela peut s'expliquer par le fait que les sages-femmes interviennent dans un des moments de la vie où la femme se sent vulnérable et peut utiliser la violence comme moyen de défense. La peur de l'inconnu des patientes mais aussi des accompagnants peut parfois mettre leurs émotions à rude épreuve. La sage-femme, accompagnant 88.6% des accouchements par voie basse spontanée (en 2021, (4)), est placée en première ligne pour recevoir ces violences. Aujourd'hui, la population générale se renseigne beaucoup et peut mal interpréter certaines pratiques. Bien que la parole des patientes ne soit pas banalisée, les sages-femmes interrogées ont retrouvés chez ces dernières de nombreuses informations biaisées, participant à la méfiance des soignés envers les soignants et rendant ainsi le rôle des sages-femmes dans l'éducation à la santé gynécologique et obstétricale primordial.

3.4 Du côté des gynécologues-obstétriciens

Les réponses apportées par les gynécologues-obstétriciens ne peuvent pas représenter la population française de GO car elles constituent seulement 2 réponses complètes. Elles donnent une idée très partielle de leurs pratiques et de leur concept de la violence ainsi que ses enjeux.

Les gynécologues-obstétriciens sont en adéquation avec la majorité des recommandations obstétricales ; ils n'ont jamais pratiqué d'expression abdominale et ne pratiquent l'épisiotomie que si une indication médicale est posée pour la moitié d'entre eux. Cependant, l'examen gynécologique est pratiqué à des patientes d'un âge inférieur à 25 ans bien qu'il n'y ait aucune indication médicale. Cet acte ne peut être reconnu comme une violence si l'examen est pratiqué avec l'accord de la patiente mais les

recommandations stipulent qu'il n'y a pas d'intérêt à effectuer un examen gynécologique complet sur une patiente avant 25 ans sauf indication médicale ou demande de leur part.

La médiatisation a entraîné une détérioration de la relation de confiance des patientes avec leur gynécologue-obstétricien mais ces derniers ont repensé leurs pratiques afin de s'accorder au mieux aux recommandations nationales.

A l'instar des sages-femmes, les GO comprennent la nécessité de former davantage avec des formations de qualité autour de la violence. En effet, ils ont, eux aussi, été témoins et victimes de violence, et eux-mêmes violents malgré eux.

Face au nombre insuffisant de réponses pour permettre une exploitation correcte des résultats, la diffusion du questionnaire aurait pu être faite différemment qu'uniquement par sa transmission au Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français.

3.5 Les perspectives de formations

A ce jour, 76% des sages-femmes exerçant n'ont jamais été formées autour des VOG. Cela représente 8 sages-femmes sur 10 non informées sur ce type de violence. Depuis 2011, les modules d'éthique et de relation aux patients ont été introduits dans les études de maïeutique. Les écoles de maïeutique ont pris à cœur ce sujet puisque l'enseignement de la violence et particulièrement des violences gynécologiques et obstétricales est obligatoire pour les étudiants sages-femmes. Elles sont aujourd'hui seulement 15% à avoir reçu une formation de ce type par leur école et 10% par leur établissement d'exercice.

Or, pour une connaissance optimale, il serait nécessaire de former tout au long de la formation initiale et de la formation continue. En effet, 92% des sages-femmes interrogées se disent pour **davantage de formations** autour des violences, de la bienveillance et de la communication. Pour ce faire, des formations sont déjà mises en place par des organismes et collectifs associatifs dans le but de former les professions médicales mais également toutes les personnes qui souhaiteraient se tenir informées sur le sujet.

Répertoriées ci-dessous, des **formations** destinées à la population médicale et générale (liste non exhaustive).

Tableau 9 : Formations proposées autour de la violence

Formations	Types	Durée	Coût
Médic Formations ³⁴	Violences faites aux femmes	3 jours	≈ 1000€
InfoGyn 2022 ³⁵	Violences obstétricales Consentement	1h30 1h30	/
ADCO ³⁶	Violences faites aux femmes	3 jours	930€
INED ³⁷	1 ^{ère} conférence internationale sur les VOG	1 jour	Gratuit
Panacéa ³⁸	Communication non violente, Empathie, Ecoute	2 jours	600€
CNGOF ³⁹	Relation médecins- soignants/patients	126h	800€ à 1600€
Institut Français de l'Expérience Patient ⁴⁰	Démarche d'amélioration de l'expérience patient	1 jour	79€ à 200€
Nous toutes ⁴¹	Violences sexistes et sexuelles	≈ 2h à 2h30/formation	Gratuit
Association Un maillon manquant ⁴²	DIU : Violences faites aux femmes et aux enfants	108h	1210€ à 1710€

Au travers des diverses réponses apportées par les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens, l'hypothèse est validée. Une meilleure formation et information de ce que sont les différentes formes de violences participerait à l'évolution d'une pratique plus bienveillante.

La bientraitance n'est pas une option mais est un soin de santé publique. Elle ne peut être pratiquée que si le personnel est formé davantage et si les politiques de santé mettent en place les moyens nécessaires aux professionnels pour une pratique du soin qualitative. La bientraitance doit devenir un enjeu majeur des politiques de santé publique afin de parvenir à un soin dans le respect de la femme.

³⁴ <https://medicformation.fr/>

³⁵ <https://www.infogyn.com/>

³⁶ <https://www.adco-sages-femmes.com/>

³⁷ <https://www.ined.fr/fr/actualites/rencontres-scientifiques/seminaires-colloques-ined/violences-obstetricales/>

³⁸ <https://www.panacea-conseil.com/>

³⁹ <http://www.cngof.fr/formation/recensement-diu-du>

⁴⁰ <https://experiencepatient.fr/actualite/ouverture-des-inscriptions.htm>

⁴¹ <https://www.noustoutes.org/inscription-formations/>

⁴² <https://unmaillonmanquant.org/>

Conclusion

Le milieu médical est touché par la violence sous toutes ses formes.

Les sages-femmes comme les gynécologues-obstétriciens sont aussi bien acteurs que spectateurs de violences. Cependant, au fil des années, les pratiques évoluent et s'améliorent. Le patient est introduit dans le protocole de soins par son consentement et sa participation dans la démarche thérapeutique.

Le système de soins étant aujourd'hui sous tension, les équipes médicales ne peuvent hélas pas répondre à toutes leurs demandes et les violences persistent encore. Mais les soignants, conscients de l'impact des violences gynécologiques et obstétricales, souhaitent davantage être formés.

Une meilleure formation sur les violences gynécologiques et obstétricales ainsi qu'une équipe pluridisciplinaire en nombre suffisant dans chaque secteur de la périnatalité pourraient parfaire la prise en charge des patients.

Bibliographie

1. OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé. 2002.
2. El Kotni M. La place du consentement dans les expériences de violences obstétricales au Mexique. *Autrepart*. 2018;85(1):39-55.
3. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):56-64.
4. INSERM. Enquête nationale périnatalité 2021. 2022 oct p. 297. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/enquete-nationale-perinatale-resultats-de-l-edition-2021>
5. OMS. Des données récentes révèlent que les femmes sont victimes de mauvais traitements lors de l'accouchement. 2019. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth>
6. Hrizi Y. Actes de violence dans les établissements publics genevois d'enseignement recensés dans SIGNA. 2021;30.
7. Kruk ME, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman LP. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy and Planning*. 2018;33(1):26-33.
8. Diel O. Les violences obstétricales: conséquences sur l'estime de soi des femmes. [Ecole de Maïeutique]: Aix en Provence; 2020.
9. Masmoudi J, Tabelsi S, Charfeddine F, Ben Ayed B, Guermazzi M, Jaoua A. Étude de la prévalence de la dépression du post-partum auprès de 213 parturientes tunisiennes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2008;36(7):782-7.
10. Pommereau X. Les violences cutanées auto-infligées à l'adolescence. *Enfances Psy*. 2006;32(3):58-71.
11. Organisation Mondiale de la Santé. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes: les mutilations génitales féminines. 2012. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-RHR-12.41>
12. HAS. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours. Haute Autorité de Santé. 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3150640/fr/prise-en-charge-des-mutilations-sexuelles-feminines-par-les-professionnels-de-sante-de-premier-recours
13. Contreras M, Bott S, Guedes A, Dartnall E. Sexual Violence in Latin America and the Caribbean: A Desk Review. 2010. 10 p. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/233428132_Sexual_Violence_in_Latin_America_and_the_Caribbean_A_Desk_Review
14. Organisation Mondiale de la Santé. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes: la violence sexuelle. 2012. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-RHR-12.37>

15. Juillard M, Timbart O. Violences sexuelles et atteintes aux mœurs : les décisions du parquet et de l'instruction. 2018;(160):8.
16. HCE. Les actes sexistes durant le suivi gynécologiques et obstétrical. 2018.
17. Face à l'inceste. Dossier de presse - Journée internationale des droits de l'enfant. 2020.
18. Ministère de l'Intérieur. Info rapide n°19 : Les violences conjugales enregistrées par les services de sécurité en 2020. 2021;(19). Disponible sur: <http://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Info-rapide-n-19-Les-violences-conjugales-enregistrees-par-les-services-de-securite-en-2020>
19. Organisation Mondiale de la Santé. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes: le féminicide. 2012. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-RHR-12.38>
20. IRASF. Préconisations provisoires de l'IRASF contre les violences obstétricales et gynécologiques. 2017.
21. Deforges C, Sandoz V, Horsch A. Le trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement. Perinatalite. 2020;12(4):192-200.
22. Bisch S, Bernard C, Rigaux A, Berthold J. Rapport d'enquête sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum pendant l'épidémie de COVID-19. 2020 p. 66.
23. Blondin M. Violences gynécologiques et obstétricales. 2019.
24. Violences gynécologiques et obstétricales : pourquoi en parler ?. MCF Mutuelle. 2019. Disponible sur: <https://www.mutuellemcf.fr/2019/10/16/violences-gynecologiques-et-obstetricals-pourquoi-en-parler/>
25. Lahaye MH. Violences contre les femmes enceintes, la paille et la poutre. Marie accouche là. 2014. Disponible sur: <https://marieaccouchela.net/index.php/2014/04/08/violences-contre-les-femmes-enceintes-la-paille-et-la-poutre/>
26. Légifrance. Article 11 - LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001262582
27. Gouvernement français. Mesures contre les violences faites aux femmes. 2021. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2021/09/dossier_de_presse_-_mesures_contre_violences_faites_aux_femmes_-_03.09.2021.pdf
28. Témoignages de violences obstétricales : La voix des victimes. Violences obstétricales et gynécologiques : que dit la loi en France ?. Disponible sur: <https://temoignages-violences-obstetricals.fr/violences-obstetricals-gyneco-loi/>

29. Assemblée Nationale. Proposition de résolution n° 3305 invitant le Gouvernement à faire de la lutte contre les violences obstétricales et gynécologiques une priorité et à mettre en œuvre les recommandations du Haut Conseil à l’Egalité en la matière. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b3305_proposition-resolution
30. Dossier de presse. 30 nouvelles mesures contre les violences faites aux femmes. Gouvernement.fr. 2019. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/30-nouvelles-mesures-contre-les-violences-faites-aux-femmes>
31. Légifrance. Section 1 : Principes généraux (Articles L1111-1 à L1111-9). Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000024316824/2011-08-01/#LEGIARTI000006685776>
32. Marie Hélène Lahaye. Comment porter plainte pour violences obstétricales. Marie accouche là. Disponible sur: <https://marieaccouchela.net/index.php/2020/09/30/comment-porter-plainte-pour-violences-obstetricales/>
33. Conseil national de l’Ordre des sages-femmes. Base jurisprudentielle. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/base-jurisprudentielle/>
34. Recommandations professionnelles. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ea-_recommandations_.pdf
35. Collège National des Sages-Femmes CNSF - Enquête-Bien-être. 2020.06. Disponible sur: https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2020/06/2020.06_Enqu%C3%AAte-Bien-%C3%AAtre.pdf
36. HCE. Rapport annuel 2023 sur l’état des lieux du sexisme en France. 2023.

Annexes

Annexe 1 : Affiche IRASF

LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES ET GYNÉCOLOGIQUES : DÉFINITION

Les violences obstétricales et gynécologiques touchent à **3 dimensions**

Physique Verbale Légale

Les conditions dans lesquelles les actes médicaux vont être posés, vont permettre aux femmes de les requalifier en violences obstétricales et/ou gynécologiques. Elles sont constituées de **l'absence...**

- De consentement libre et éclairé
- D'exercice des gestes obstétricaux dans un cadre légal*
- D'humanité et de dignité
- De l'absence de choix et de diversité dans l'offre de soin
- Du respect des droits de la patiente
- De consentement des actes à des fins d'apprentissage
- D'anesthésie efficace
- De pratiques conformes aux données scientifiques
- D'utilité médicale avérée

*Charte de la personne hospitalisée, Code de Santé Publique, Code de Déontologie, recommandations nationales et internationales

La présence d'un ou plusieurs de ces critères constitue les éléments fondamentaux des violences obstétricales et gynécologiques

Cet ensemble d'actes, de **paroles** et d'**attitudes** va porter atteinte à l'**intégrité mentale** et **physique** d'une femme de façon plus ou moins **sévère**

Cela se produit pendant...

- le suivi gynécologique
- la grossesse
- l'accouchement
- le post-partum

Ces violences sont perpétrées par des équipes de soignants qui vont agir ensemble et/ou individuellement

Gynécologues obstétriciens Puéricultrices
Sages-femmes Anesthésistes
Infirmier.e.s Aides-soignant.e.s
Agents administratifs
Auxiliaires de puériculture Agents de service

IRASF Institut de Recherche & d'Actions pour la Santé des Femmes @AssolRASF

© Textes : Bosma Boubakri pour l'IRASF - Réalisation : Caroline H - Photographies : freepik

Annexe 2 : Questionnaire

Violences gynécologiques et obstétricales (VOG) : vers un éveil des consciences des professionnels de santé ?

Bonjour,

Je m'appelle Amélie PONS, je suis étudiante sage-femme de l'école de maïeutique de Nîmes. Je réalise un mémoire sur les pratiques des professionnels et leurs ressentis concernant la violence et plus précisément les violences gynécologiques et obstétricales. Ce questionnaire s'adresse aux sage-femmes et gynécologues-obstétriciens en activité en France.

Aujourd'hui, les patientes victimes de VOG sont mises en avant par les médias. Les soignants, aussi victimes de violences, ne sont pas, ou très peu, entendus. Par ce questionnaire, je souhaite aussi faire entendre vos impressions et émotions, sans jugement.

Je suis consciente de l'effort demandé en répondant à mon questionnaire qui peut reprovoquer des expériences difficiles.

Je vous remercie d'avance pour votre sincérité.

Amélie PONS, Etudiante sage-femme

caché

Comment vous définissez vous ?

- Une femme
 Un homme
 Autre

De quelle région venez-vous ?

- Auvergne-Rhône-Alpes
 Bourgogne-Franche-Comté
 Bretagne
 Centre-Val de Loire
 Corse
 Grand Est
 Hauts-de-France
 Île-de-France
 Normandie
 Nouvelle-Aquitaine
 Occitanie
 Pays de la Loire
 Provence-Alpes-Côte d'Azur
 Guadeloupe
 Martinique
 Guyane
 La Réunion
 Mayotte

Quelle profession exercez-vous ?

- Sage-femme
 Gynécologue-obstétricien

En quelle année avez-vous été diplômé ?

- Avant 1986
 Entre 1986 et 2002
 Entre 2002 et 2009
 Après 2009

Depuis combien de temps exercez-vous ?

- Moins d'un an
 Entre 1 et 5 ans
 Entre 6 et 10 ans
 Entre 11 et 15 ans
 Plus de 15 ans

Dans quel secteur exercez-vous ?

- Maternité de niveau 1 public
 Maternité de niveau 2 (2a et 2b) public
 Maternité de niveau 3 public
 Maternité de niveau 1 privé
 Maternité de niveau 2 (2a et 2b) privé
 Cabinet libéral
 PMI (Protection Maternelle Infantile)

En 3 mots, définissez le terme de "violence" :

L'OMS caractérise en 2002 la violence comme étant : " L'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence. "

Hors indication médicale, avez-vous déjà pratiqué une épisiotomie dans le but d'accélérer l'accouchement ?

- Oui
 Non
 Je ne souhaite pas m'exprimer

Souhaitez-vous vous exprimer sur la question précédente ?

Avez-vous déjà pratiquer une expression abdominale ?

- Oui
 Non
 Je ne souhaite pas m'exprimer

Souhaitez-vous vous exprimer sur la question précédente ?

Hors indication médicale, amenez-vous les patientes ayant moins de 25 ans à effectuer un examen gynécologique lors d'une consultation ?

- Oui
 Non
 Je ne souhaite pas m'exprimer

Souhaitez-vous vous exprimer sur la question précédente ?

Hors contexte d'urgence, demandez-vous le consentement de la patiente avant toute pratique d'acte ?
(Le consentement est une autorisation, un accord donné à un acte, un acte libre de la pensée par lequel on s'engage entièrement à accepter ou à accomplir quelque chose.)

- Oui
 Non
 Je ne souhaite pas m'exprimer

Souhaitez-vous vous exprimer sur la question précédente ?

Pour les gynécologues-obstétriciens, acceptez-vous aujourd'hui les césariennes de convenance ?

- Oui
 Non
 Je ne souhaite pas m'exprimer

Souhaitez-vous vous exprimer sur la question précédente ?

Le relationnel et les violences gynécologiques et obstétricales

Pensez-vous avoir déjà été témoin durant vos études ou au cours de votre pratique professionnel de VOG ?

- Oui
 Non
 Je ne souhaite pas m'exprimer

Si oui, de quelle forme ? Quelle a été votre réaction ?

Pensez-vous avoir déjà fait preuve de violence envers une patiente ?

- Oui
 Non
 Je ne souhaite pas m'exprimer

Si oui, de quelle forme ?

Pensez-vous avoir déjà été vous-même victime de violence de la part de patientes/couples ?

- Oui
 Non
 Je ne souhaite pas m'exprimer

Si oui, de quelle forme ? Quelle a été votre réaction ?

Pensez-vous que la relation de confiance avec la patiente/le couple a été détérioré suite aux médiatisations des VOG ?

- Oui
 Non
 Je ne souhaite pas m'exprimer

Si oui, de quelle manière ?

Cela vous a-t-il amené à repenser vos pratiques ?

- Oui
 Non
 Je ne souhaite pas m'exprimer

Si oui, de quelle manière ?

Vos formations

Avez-vous déjà été formé ou informé par votre établissement de formation et/ou d'exercice sur les VOG ?

- Oui, par mon établissement de formation
 Oui, par mon établissement d'exercice
 Non
 Je ne souhaite pas m'exprimer

Vous semble-t-il nécessaire aujourd'hui de former davantage les soignants sur les VOG, la communication et la bienveillance ?

- Oui
 Non
 Je ne souhaite pas m'exprimer

Si oui, de quelle type ?

Annexe 3 : Diffusion du questionnaire sur le groupe Facebook « Sages-femmes en lutte »

Amélie Pons ⋮

31 mars · 🌐

[Mémoire de fin d'étude - D.E Sage-femme]

Bonjour,

Je m'appelle Amélie PONS, je suis étudiante sage-femme à l'école de maïeutique de Nîmes. Je réalise un mémoire sur les pratiques des professionnels et leurs ressentis concernant la violence et plus précisément les violences gynécologiques et obstétricales.

Aujourd'hui, les patientes victimes de VOG sont mises en avant par les médias. Les soignants, aussi victimes de violences, ne sont pas, ou très peu, entendus. Par ce questionnaire, je souhaite aussi faire entendre vos impressions et émotions, sans jugement.

Je suis consciente de l'effort demandé en répondant à mon questionnaire qui peut vous rappeler des expériences difficiles.

Je vous remercie d'avance pour votre sincérité.



Amélie PONS, Etudiante sage-femme

<https://rc.chu-nimes.fr/surveys/?s=7CW7H3RTRM4M4WFC>

si mon message gêne, je peux le retirer 😊

RC.CHU-NIMES.FR i

Violences gynécologiques et obstétricales (VOG) : vers un éveil des consciences des professionnels de santé ?

  [REDACTED] et 80 autres personnes 66 commentaires

Résumé

La violence, de toute sorte, a souvent été perçue comme taboue par les victimes. Ne pas en parler et vivre avec ce fardeau était et est toujours le quotidien des personnes violentées.

Le monde médical n'échappe pas à la règle, où les agressions y sont présentes depuis des décennies mais trop peu mises en avant jusqu'alors.

En effet, l'émancipation du modèle féminin discret et pudique tente de s'imposer par la mise en avant de la voix des femmes. Les revendications de leurs droits alertent de plus en plus les médias. Parmi elles, l'effervescence autour des violences gynécologiques et obstétricales représente une grande part de la révolte féministe.

Les accusations des patientes et les plaintes graves rapportées amènent les professionnels de santé à prendre ces propos au sérieux et à reconsidérer leurs pratiques.

Mots-clés : Sages-femmes — Violence — Evolution — Bienveillance