

Violence obstétricale

Obstetrical Violence

A. Yamgnane (Présidente de la Commission bientraitance du CNGOF)

© Lavoisier SAS 2020

Résumé Le débat au sujet des violences obstétricales a surgi dans l'espace public et a suscité l'hostilité du corps médical. Pourtant, certains d'entre eux se sont attelés à écouter les revendications des femmes, les ont relus à la lumière des très nombreux travaux et expérimentations connus sur ce thème du « traumatisme obstétrical ». La formation des professionnels et l'état d'esprit de travail en périnatalité doivent évoluer. L'information indispensable à toute forme d'anticipation pour les femmes et les familles doit être systématisée. Les consultations de suivi de grossesse doivent devenir des espaces d'alliance thérapeutique, où les soins font sens pour les femmes. C'est la condition sine qua non pour que le sentiment de sécurité gagne les parents et les professionnels. Cette sécurité se prépare dès la conception, car indispensable à une adaptation de tous et de chacun, indispensable à la mise en œuvre des processus d'attachement chez le petit humain.

Mots clés Violence obstétricale · Syndrome de stress post-traumatique · Attachement

Abstract The debate on obstetrical violence has emerged in the public space and has aroused hostility towards the medical profession. However, a number of them in the medical field have taken upon themselves to listen to women's demands in light of several works and studies in the area known as "obstetrical trauma". Education and the workmindset in perinatal care must improve among the medical profession. Important key information must be made systematically on all levels to anticipate the needs of the women and their family. Follow-up obstetrical consultations must be a therapeutic alliance in which the care is received as rational and makes sense to the women. This is a prerequisite in order for the parents and the professionals to feel a gaining sense of security. This sense of security and trust must be met at the time of conception to allow a period of adaptation for all and

everyone which is vital to the creation of the attachment process of the "little Man".

Keywords Obstetrical violence · Post-traumatic stress syndrome · Bonding

Violence obstétricale : où en sommes-nous, trois ans après l'émergence de ce débat dans le grand public ?

En 2017, les médias généralistes se sont fait l'écho des dénonciations de femmes à l'encontre des gynécologues en particulier lors de leur parcours de maternité. Les récits, à peine soutenable, rapportent les propos dénigrants, les pratiques interdites, les césariennes à vif, etc. Israël Nisand, président du Collège national des gynécologues et obstétriciens français, fait le choix de créer une commission de labellisation des maternités, dont il m'a confié la présidence.

Ce concept a longtemps été nommé le traumatisme obstétrical par les professionnels du champ périnatal [1]. Il recouvrait toutes les situations de la périnatalité où le traumatisme faisait irruption : l'accident obstétrical, les failles d'un professionnel ou d'un service, la psychopathologie maternelle, les addictions parentales, la prématurité, la malformation fœtale...

Ce concept a servi de socle à la théorisation et l'enseignement d'une partie des professionnels. Les psy-chiatres-logues, en charge du suivi ultérieur des enfants et des familles présentant des séquelles, ont permis des constats clairs :

- ce n'est pas tant la réalité des faits que le contexte humain, donc professionnel, dans lequel s'est déroulé l'événement qui fait le lit du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) [2] ;
- le manque de dialogue précoce et le défaut de collaborations interprofessionnelles satisfaisantes peuvent provoquer le traumatisme obstétrical, légitimement vécu comme une violence de la part du corps professionnel [3] ;
- le manque de soutien des équipes professionnelles face aux situations chargées émotionnellement génère la

A. Yamgnane (✉)
Hôpital américain de Paris, 63, boulevard Victor-Hugo,
F-92200 Neuilly-sur-Seine, France
e-mail : amina.yamgnane@ahparis.org

« non-prise en compte » des besoins des femmes : une équipe sans ressources préfère renoncer... ;

- certaines femmes présentent des fragilités. Si l'équipe ne peut les prendre en charge suffisamment tôt, alors cela empêche toute anticipation pour éviter le risque de traumatisme d'origine obstétrical.

Les conclusions sont claires : travailler autrement s'apprend, les effets sur les parents et les enfants peuvent être époustouflants et inattendus. Modifier l'état d'esprit, y intégrer la dimension psychoémotionnelle, protège les professionnels individuellement et produit une énergie positive au sein des équipes. Les gestes et attitudes prennent un autre sens et enrichissent chacun.

Malgré les expériences innovantes, en particulier de formations cliniques transdisciplinaires largement diffusées sur les terrains et désormais possibles en télé-médecine, force est de constater que nos efforts sont restés à l'écart de la « machine facultaire », seule à même de produire de la recherche, de la publication et de l'enseignement massif.

Dans ce quasi-désert de connaissances, certaines femmes ont donc continué leur chaotique périple périnatal.

Certaines, mieux armées que nous, ont fait usage des réseaux sociaux, ont été relayées par les médias et ont enfin permis de faire émerger avec beaucoup de succès ce qu'elles ont renommé les « violences obstétricales ». Parce que la parole vient d'elles, nous avons aussi été confrontés à des réalités beaucoup plus dures : le sadisme de certains professionnels, le renoncement de certaines équipes à appliquer les recommandations de pratiques cliniques, la volonté absolue chez quelques-uns de « garder le pouvoir » face aux femmes au nom du fait qu'ils détiennent le « savoir »...

Et, bien entendu, il est apparu à certains, comme un raccourci absolu et évident, que tout cela est advenu à cause du sexisme et du paternalisme. Ce dossier a donc été « récupéré » au propre comme au figuré par la secrétaire d'État à l'égalité homme femme.

Le choc fut rude.

Les professionnels chahutés et disqualifiés dans ces blogs, ou dans les médias de masse, sont d'abord restés incrédules devant ces récits. Ils les ont ensuite intégrés comme des dénonciations calomnieuses. Ils ne se sont pas reconnus dans ces accusations parce que les femmes et leurs histoires singulières restent peu entendues, et qu'ils ont l'impression dans leur grande majorité de faire du mieux possible pour le bien des femmes et des bébés. Le déni enfin a été la seule arme de protestation de ces professionnels qui étaient parvenus jusque-là à éluder ces épineuses questions.

Bien que les choses avancent, nous n'en sommes encore pas tout à fait sortis.

Les récits de femmes qui racontent le viol, l'attouchement, l'insulte des délinquants de la profession nous ont laissés K.-O. Les récits qui détaillent le non-respect des Recom-

mandations pour les pratiques cliniques (RPC) nous ont permis de mesurer que bien que les changements de pratique se décrètent, ils s'opèrent à vitesse lente. Les récits qui relatent les aléas obstétricaux ou des pratiques issues de l'enseignement et qui heurtent les femmes nous ont permis une prise de conscience collective : le risque de traumatisme guette encore plus les parents pour qui les soins ne font pas sens.

Tous ces témoignages soulignent la régulière infantilisation des soignés. Le rapport hiérarchisé soignant-soigné gouverne encore souvent. Le champ périnatal n'y fait pas exception : le soignant sait donc qu'il a le pouvoir sur la patiente, qui devrait se contenter en effet de patienter. La demande des femmes pour que soient remises en question certaines pratiques est vécue comme une persécution par certains soignants. Le partage des connaissances, d'égal à égal, inéluctable résultat de l'augmentation de niveau de formation des citoyens et de l'accès à l'information (médicale) via Internet peut être vécue comme la fin du monde par certains soignants.

Il aura fallu s'entendre et s'écouter pour partager ces constats-là.

Ce ne fut pas simple. Mais ce fut salvateur. Et nous avons le devoir de poursuivre.

À chaque fois que les professionnels ont posé des choix ou fait des propositions sans consulter les usagères, les positions se sont crispées.

À chaque fois que les usagères ont dénoncé et proposé autre chose sans consulter le corps médical, l'écoute n'a plus été possible...

Les tenants des deux parties vont devoir composer avec cette réalité : nous ne ferons plus rien sans le faire ensemble, sous peine de le faire les uns contre les autres. Car paradoxalement, ce sont bien les femmes, en qualité d'usagères, annoncées au centre des préoccupations des uns et des autres, qui payent le prix fort de ces conflits funestes.

La violence actuelle réside dans le fait de continuer de ne pas se parler et donc ne pas s'entendre [4].

Les professionnels

Recentrer ce débat en termes de santé publique et d'enseignement du soin est un impératif pour tous. En effet, les professionnels ne sont pas des OVNI arrivés de nulle part. Nous sommes issus de la société qui nous porte, autant que les autres imprégnés par les préjugés, les fantasmes, et donc, le cas échéant, sexistes, paternalistes, racistes, sadiques, etc. Sortir de ces représentations s'apprend. Pratiquer l'écoute active d'un patient s'enseigne [5,6].

Disposer de locaux dont l'ergonomie respecte l'intimité ne s'improvise pas. Disposer de dossiers médicaux en adéquation avec nos besoins (ceux des femmes et des professionnels) se travaille. Produire des recommandations de

pratique clinique, y compris en cette matière relève des collègues professionnels. Organiser et quantifier le maintien des connaissances actualisées par les professionnels s'impose. Constater les manquements en la matière se sanctionne [7].

Appréhender la question des violences obstétricales à travers l'unique prisme du sexisme et du paternalisme peut être un choix. Il a été le parti pris du Haut-commissariat à l'égalité. Ce fut une erreur politique grave, car cela a eu comme conséquence que ni le ministère de la Santé ni celui de l'Enseignement supérieur ne sont emparés de la problématique, or c'est bien dans l'apprentissage et la formation que nous trouverons notre salut. Que, par ailleurs, les facultés de médecine, dans le contenu de leur enseignement, n'occultent pas la dimension des problématiques de genre sera en effet un des enjeux à contrôler.

C'est la raison pour laquelle il est urgent que le ministère de la Santé s'empare de la question, même s'il est actuellement happé par la crise de la Covid-19, qui a elle-même singulièrement compliqué encore la situation des femmes, et de leur conjoint durant leur passage en maternité, parfois de manière dramatique.

Un débat de société s'impose à nous tous aussi. « *Ils se marièrent et eurent beaucoup d'enfants* » est une légende qui nous structure, mais dont il serait heureux de se départir. Un grand nombre de grossesses n'aboutissent pas à la naissance d'un enfant, soit qu'il s'agisse d'une fausse couche (30 % des grossesses), d'une interruption médicale de grossesse (IMG) [6 000 chaque année en France] ou d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) [230 000/an en France].

Quinze pour cent des femmes font des dépressions du post-partum, 12 % sortent de leur expérience de la naissance avec un SSPT [8], 20 % des naissances sont instrumentées, 10 % des enfants naissent prématurément [9]. L'immense majorité des demandes de césariennes sans indication médicale repose sur la volonté des femmes d'échapper à la douleur d'un accouchement. Devenir parents peut s'avérer une épreuve et persévérer à vouloir la résumer exclusivement à un heureux événement est une supercherie.

Quatre-vingt-cinq pour cent des professionnels ont fait l'expérience de la mort dans l'exercice de leur travail, 100 % des professionnels du champ périnatal ont expérimenté la mort imminente, d'une mère ou d'un nouveau-né. Chaque obstétricien devra répondre en moyenne deux fois de ses actes devant le juge au cours d'une carrière. Soixante-dix pour cent des professionnels du champ périnatal présentent un SSPT. Le pourcentage de professionnels formés à l'obstétrique qui renoncent à leur métier n'est pas connu, mais les sages-femmes qui ne pratiquent plus en salle d'accouchement et les gynécologues qui ne font plus d'obstétrique sont légion. Cela témoigne aussi de la difficulté de ce métier. Être un professionnel du champ périnatal et laisser dire que nous ferions le plus beau métier du monde est une supercherie du même ordre

Les femmes

Indépendamment de la réalité biologique de leur situation, certaines femmes ont besoin de s'assurer que leur suivi de grossesse sera médicalisé, d'autres à l'inverse ont besoin d'une désescalade thérapeutique, et ne supportent aucune médicalisation, tenant à résumer cet événement de leur vie comme une expérience « naturelle » [10]. Certaines femmes ont besoin de faire leurs choix seules et se confronter à leur limite pour pouvoir adhérer aux soins. D'autres revendiquent au contraire que ce soit l'équipe médicale qui leur indique ce qu'elle pense être le bon chemin à suivre. Or, il s'agit pour nous professionnels de nous adapter aux besoins de chaque femme, chaque père, chaque coparent et chaque futur bébé, en tenant compte de la réalité biologique de la grossesse, en n'omettant rien de la réalité environnementale dans laquelle s'inscrit l'arrivée de ce bébé, en explorant les sécurités psychiques de chaque famille [11]. Le tout devant par ailleurs s'inscrire dans un espace régi par les recommandations de bonnes pratiques et les protocoles seuls à même de garantir aux femmes la qualité et la validité des soins dont elles bénéficieront. Autant dire que l'équation est difficile à résoudre pour les professionnels dans de nombreuses situations. La stratégie principale des soignants est d'exclure de l'équation les données non biologiques. Les raisons en sont compréhensibles : nous n'en avons reçu aucun enseignement de base, nous n'en connaissons donc pas les conséquences sur les familles en construction, nous ne connaissons que peu de stratégies thérapeutiques... Pourtant désormais tous ces outils sont connus [5,6,12]. Il n'est donc plus tenable de faire « comme si ça n'existait pas », d'autant plus vrai que les femmes nous le demandent.

Chaque femme doit avoir la garantie qu'elle bénéficiera d'une écoute attentive, bienveillante et sans jugement. Se sentir entendue et éprouver que ses paroles sont prises en compte est la condition d'une vraie alliance, dont on sait le bénéfice immense pour le parcours obstétrical puis pédiatrique. Il s'agit pour chaque professionnel d'accepter d'élargir son regard et son écoute au-delà de l'utérus.

Cela suppose que les professionnels soient formés à cette pratique, et qu'ils soient appuyés sur un réseau de professionnels des différents champs de la périnatalité (sage-femme, obstétricien.ne, anesthésiste, pédiatre, médecin généraliste, psy, puéricultrice...) de la ville et de l'hôpital à condition qu'ils s'articulent, que l'anté- et le postnatal ne fassent qu'un tout, donc s'inscrivent dans une vraie continuité interhumaine, une culture commune au-delà et à travers les différences de places et de modes d'exercice. La qualité des liens interprofessionnels est une gageure, elle passe par la découverte que penser ensemble autour d'une situation complexe est source d'un grand intérêt scientifique, intellectuel et humain [13,14]. Bref, un enrichissement pour tous.

Ensemble

Les stratégies simplistes ne règlent rien, pire elles fossilisent le débat. Il ne suffira pas de fuir les maternités et d'accoucher à la maison pour ne plus subir les violences obstétricales. Trente pour cent des femmes ne peuvent supporter la douleur et doivent renoncer à l'accouchement en maison de naissance, et accepter leur transfert en maternité. La question est de savoir que faire pour ces 30 % de femmes là : comment les mettre à l'abri du SSPT que la douleur ou le transfert aurait pu laisser [15]. Comment empêcher cette femme d'être anéantie par le sentiment d'échec au moment où elle a rendez-vous avec son bébé ? Comment organiser le transfert en maternité d'une femme qui a centré son projet à ne pas y aller ?

Il ne suffira pas de cesser de faire des épisiotomies ni même d'en demander l'autorisation aux femmes pour mettre fin aux violences obstétricales. Une épisiotomie a autant de risque d'être douloureuse ou de présenter des complications, même si elle a fait l'objet d'un consentement de la femme... Il ne suffit même pas d'avoir accouché avec un périnée intact pour être à l'abri d'une incontinence anale ou urinaire... [16].

Je travaille en salle d'accouchement depuis 25 ans, je n'ai jamais rencontré une femme qui me dise, à 38 semaines d'âge gestationnel : « *Vous savez Docteur, tracez le dans votre dossier, je consens à ce que vous me fassiez une épisiotomie, vous poserez un forceps si vous en avez besoin* ». Les femmes nous disent : « *Docteur, j'aimerais accoucher sans épisiotomie, sans forceps et sans césarienne* ». Moi aussi, j'aime faire des accouchements eutociques... Moi non plus, je ne souhaite pas faire de césariennes en extrême urgence, moi aussi je redoute l'asphyxie périnatale, moi aussi je redoute plus que tout l'hémorragie. Elles ne parlent jamais du risque d'hémorragie, car elles dénie leur existence. Qui peut me dire comment je procède pour informer les femmes de tous ces aléas [17] sans passer pour une perverse de mauvais augure, une disqualificatrice des compétences maternelles, une angoissée pathologique dont on sait à quel point elle est contagieuse.

Mais comment imaginer arriver en salle d'accouchement, sans que ces possibles n'aient été abordés ?

Il ne suffira pas aux professionnels de s'asseoir sur le lit des patientes pour s'expliquer a posteriori de ce qui aurait pu être fait autrement, ou mieux fait, voire pas fait [18]. Il ne suffira pas aux professionnels de laisser une parturiente pousser 90 minutes pour se mettre à l'abri d'une pose d'instrument d'extraction. Il ne suffira pas de renoncer à perfuser de l'ocytocine pour permettre aux enfants de naître sans asphyxie... [19]. Si chaque attitude est nécessaire, elle doit s'inscrire dans un ensemble mû par la même vision globale. La discussion avec la patiente commence là.

Les réponses sont complexes. Elles seront longues à mettre en place malgré des acquis probants. Elles seront pour tous multimodales.

Le saut vers une intégration dans les enseignements officiels devrait être accéléré de manière significative par les connaissances scientifiques. Malheureusement, elles restent peu diffusées là où elles devraient l'être massivement [20,21].

L'impact de l'environnement est démontré sur le développement cérébral de l'enfant, en particulier sur la migration des neurones, de la grossesse aux deux premières années de vie [22,23]. Les mécanismes biologiques qui président à la mise en place des systèmes de régulation du stress sont bien connus, leurs dérives et leurs effets également.

Là encore la dimension relationnelle, le sentiment de sécurité chez les futurs parents, mais aussi chez les professionnels qui les rencontrent sont les conditions nécessaires à une bonne adaptation. Les processus d'attachement humain avec leur soubassement biologique sont parfaitement décrits et se préparent dès la conception. La possibilité d'un remaniement profond chez des parents porteurs de traumatismes existe à la condition qu'ils rencontrent un environnement professionnel cohérent et ajusté à l'évolution pas à pas de la mère et du père (coparent). Les équipes de soins soutenues dans une collaboration étroite avec psychologues et psychiatres formés à cette clinique « ensemble » sont les seules à pouvoir produire un environnement sécurisé pour les situations à haut risque psychoémotionnel. En bref, l'impact des événements périnataux sur le développement ultérieur de l'enfant est parfaitement décrit par plusieurs voies de connaissance [24].

Tous ces arguments signifient qu'au-delà du terme « violence obstétricale », c'est bien dans le contexte propice à leur surgissement que gisent les réponses.

L'enjeu est de taille. Les sages-femmes, les gynécologues et les médecins généralistes ; les puéricultrices et les pédiatres ; les psychiatres et les psychologues, les anesthésistes et les infirmières ont assez de génie et de créativité pour le relever. Les femmes, les hommes et leurs enfants le méritent.

Liens d'intérêts : L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. George L (2005) L'accouchement traumatique et ses suites. Sage-femme. Chap 6
2. Dekel S, Stuebe C, Dishy G (2017) Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: a systematic review of prevalence and risk factors. *Front Psychol* 8:560
3. Molénat F (2016) De la nécessité de resserrer les liens interprofessionnels. In: Naissances, pour une éthique de la prévention. Érès, p 77

4. CIANE (2017) Violences obstétricales : comprendre, prévenir, réparer. Dossier de presse
5. HAS, FORAP (2012) Le déploiement de la bientraitance. Guide à destination des professionnels en établissement de santé et EHPAD. HAS, Saint-Denis la Plaine
6. HAS (2014) Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. Guide méthodologique. HAS, Saint-Denis la Plaine
7. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF
8. Denis A, Parant O, Callahan S (2011) Post-traumatic stress disorder related to birth: a prospective longitudinal study in a French population. *J Reprod Infant Psychol* 29:125–35
9. Goutaudier N, Séjourné N, Bui E, et al (2014) Accouchement prématuré : une naissance traumatique ? Symptômes de stress post-traumatique et variables associées. *Gyn Obs Fert* 42:749–54
10. Harding D (2004) La liberté de choix des femmes en matière d'accouchement. In: Page LA (ed) *Le nouvel art de la sage-femme*. Elsevier, pp 69–83
11. American Psychiatric Association (2015) In: *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier, Paris
12. HAS, FORAP (2012) Le déploiement de la bientraitance. Guide à destination des professionnels en établissement de santé et EHPAD. HAS, Saint-Denis la Plaine
13. HAS (2014) RPC : sortie de maternité après accouchement. HAS, Saint-Denis la Plaine
14. Cottencin O (2009) Les traitements du psychotraumatisme. *Stress et Trauma* 4:241–4
15. Cremniter D, Laurent A (2005) Syndrome de stress post-traumatique : clinique et thérapie. *EMC-Toxicologie Pathologie*, pp 178–84
16. Boudou M, Séjourné N, Chabrol H (2007) Douleur de l'accouchement, dissociation et détresses périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. *Gyn Obs Fert* 35(11):1136–1142
17. Denis A, Callahan S (2009) État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de la littérature. *J Ther Comport Cogn* 19:116–9
18. Bouet PE, Deneux-Tharaud C, Maillard F, et al (2013) État de stress post-traumatique et hémorragie du post-partum. *La lettre du Gynécologue* 378:27–9
19. Bastos MH, Furuta M, Small R, et al (2015) Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 4:CD004194
20. Le Ray C, Théau A, Ménard S, Goffinet F (2014) Quoi de neuf concernant les interventions obstétricales lors du travail et de l'accouchement normal ? *J Gyn Obs Bio Rep* 43:413–23
21. Benachi A, Hatem G, Thévenot J, Nisand I (2017) Un défi pour la gynécologie-obstétrique : promouvoir la bientraitance pour éradiquer la maltraitance dans les soins. *Rev Prat* 67:947–9
22. Bernard-Chatelain C (2013) Bientraitance, bienveillance et maltraitance à la maternité. *Rev Med Perinat* 5:120–4
23. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, et al (2017) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 7: CD003766
24. Kojayan R, Levy G, Havasi K, Molénat F (2016) Impact du stress, de l'anxiété et de la dépression périnatale sur le développement de l'enfant. In: *Grossesse et souffrance psychique. Précis de nouvelles pratiques*. Rafi Kojayan, Sauramps p 157