

**Épisode 6 : Les violences
obstétricales comme problème
public : quelles réponses
politiques ?**



ALESONI

Les violences obstétricales commencent doucement à se faire une place dans l'espace public européen comme un problème auquel il faut

répondre politiquement. Les médias, les recherches scientifiques ainsi que les cabinets politiques se penchent sur ce sujet depuis quelques années à la recherche de preuves et de possibles solutions à ce problème multidimensionnel. Certains pays se sont positionnés avec l'instauration d'une loi pour lutter contre cette forme de violence faite aux femmes, notamment le Mexique, l'Argentine ou le Venezuela. Pour l'Organisation mondiale de la santé, ces violences sont devenues une cause majeure depuis 2014, avec la publication d'une série de recommandations. Dans cet article on voudrait se pencher sur une résolution du Conseil de l'Europe du 3 octobre 2019, qui s'est enfin occupé de cette problématique en listant toute une série de préconisations qu'on abordera pour questionner les solutions possibles aux violences obstétricales. En se demandant si ces lois, bien que nécessaires, sont-elles suffisantes pour y remédier ?

La première évocation des violences obstétricales dans le milieu scientifique date des années 1950 avec un article de Sheila Stubbs intitulé « Cruelty in Maternity Wards » dans le Ladies Home Journal. D'autres recherches sont allées dans ce sens dans les années 1960. En France aussi, avec notamment la publication de l'ouvrage de Françoise-Edmonde Morin, le Petit manuel de guerilla à l'usage des femmes enceintes. Les années 1990 ont ensuite été marquées par des études démontrant la possibilité d'un syndrome de stress post-traumatique pour les femmes ayant accouché dans le milieu médical. Depuis, les recherches se sont étendues aux sciences sociales et sciences politiques. On parle alors de diversité des pratiques intrusives, du manque de consentement, de la banalisation des violences et de l'effet des actes médicaux sur le déroulement des accouchements. Même si un travail immense reste à produire, on assiste actuellement à une période où les bases scientifiques nécessaires ont été produites pour ne justifier le recours à la plupart des gestes médicaux que pour des cas extrêmes ou exceptionnels, avec un consentement éclairé de la personne concernée. Si l'Amérique latine est très avancée, l'Europe est à la traîne et a très peu agi dans ce sens. En France, en Espagne, en Belgique et un peu partout en Europe et dans la Méditerranée, la question des violences sort de plus en plus des seuls milieux féministes pour atteindre un plus grand public, des enquêtes sont menées par des associations féministes, par les hôpitaux eux-mêmes, et pourtant, l'État retarde la mise en place de réponses politiques.

Aller au-delà des lois

Les propositions des instances supranationales promeuvent une approche avec plusieurs entrées en matière, qui semblent se combiner pour faire face à la multidimensionnalité de la problématique. Prenons comme exemple la résolution du Conseil de l'Europe. Elle prévoit la mise en place d'un cadre légal sous deux formes de lois. La première est relative au consentement éclairé des patientes et à leur droit à l'information dans toutes les étapes. Si on devait poser une critique à cette proposition, celle-ci rebondirait sur le fait que, comme on l'a vu dans les témoignages, ce consentement ne peut pas être éclairé si les informations sont biaisées et produites par un milieu médical qui détient seul le savoir et le dernier mot. La deuxième prévoit de donner un cadre pour « assurer une prise en charge respectueuse des droits humains et de la dignité humaine, lors de consultations médicales, de soins et de l'accouchement ». La difficulté ici est de savoir comment définir légalement ces actes médicaux et les limites de leurs usages, et qui peut établir ces définitions et sur quelles bases.

Ces initiatives légales devraient être appuyées par la ratification de la Convention d'Istanbul et sa mise en œuvre, ainsi que celle de la Recommandation CM/Rec (2019)1 du Comité des Ministres sur la prévention et la lutte contre le sexisme. Pour veiller à la prise en charge respectueuse des femmes, la commission européenne recommande d'installer un mécanisme de signalement et de dépôt de plaintes spécifique ; un mécanisme d'examen des plaintes - en-dehors de l'équipe médicale qui a fait l'intervention et du centre pour éviter les conflits d'intérêt ; et finalement proposer un service d'assistance aux femmes ayant vécu des violences obstétricales avec du personnel spécialisé.

En fait, ce qui pose problème avec le fait de sensibiliser les femmes à la dénonciation des violences, c'est que lors de certaines violences comme la cascade d'actes médicaux « *pour le bien de l'enfant à naître* », il est difficile d'imaginer pour les femmes ayant subi des violences d'aller devant une institution se plaindre de ces agissements de peur qu'on lui réponde que c'est la "norme": « C'est comme ça et en plus vous êtes ingrate car on vous a sauvé la vie et celle de votre fils. » Comment remettre en question légalement cette cascade d'interventions entraînant des complications ? Comment faire alors qu'on a donné notre consentement soi-disant éclairé ?

Le cadre légal est accompagné d'une série de prises en charge des ministères de

santé et d'égalité afin d'établir un bilan des actes commis dans chaque centre, chaque région et pays - et les rendre publics ! - pour ensuite mettre en place des mesures appropriées. On constate l'absence d'un protocole pour garder une certaine neutralité dans les bilans. Mettons en avant par exemple l'initiative française de création d'un observatoire des violences obstétricales de l'IRASF (l'Institut de la recherche et d'actions pour la santé des femmes français). Le texte de la Commission prévoit la mise en place d'une campagne d'information « des patient·e·s et de sensibilisation sur la prévention et la lutte contre le sexisme et la violence à l'égard des femmes, comprenant les violences gynécologiques et obstétricales ».

La sensibilisation auprès du milieu médical est fondamentale pour pouvoir diffuser les bonnes pratiques. Cela passe par une remise en question du métier via les ordres nationaux des médecins afin d'établir des recommandations pour la prévention des violences. Par exemple, en créant « une commission de promotion de la bientraitance en gynécologie ». Le suivi de ces recommandations peut être envisagé par la formation spécifique des gynécologues obstétriciens.nes pour les sensibiliser - et leur donner des outils pour créer de nouveaux protocoles qui laissent le corps de la femme fonctionner correctement en gardant une sécurité médicale. Les autres membres des équipes doivent être formés pour qu'ils accordent « une place importante à la relation entre le personnel soignant et les patient·e·s, la notion de consentement éclairé, l'égalité entre les femmes et les hommes, l'accueil des personnes LGBTQI, des personnes en situation de handicap et des personnes vulnérables, la communication, la prévention du sexisme et des violences et à la promotion d'une approche humaine des soins ».

Finalement, selon les propositions de la Commission européenne en matière de violences obstétricales, les États doivent garantir un financement adéquat aux établissements de santé afin d'assurer des conditions de travail dignes au personnel soignant, un accueil respectueux et bienveillant (en évitant des actes non nécessaires et le paternalisme en choisissant à leur place, avec des arguments du type : "C'est mieux pour elles.") des patient·e·s et un accès aux traitements anti-douleurs. On ajoutera que les centres doivent investir dans l'adaptation des services néonataux afin de répondre aux demandes de ce processus physiologique : des salles plus confortables, plus de mobilité, des chaises d'accouchement permettant d'autres positions que le missionnaire, des salles d'accouchement plus agréables et moins stressantes... Il est à noter que

toute une série de ces mesures sont déjà d'application/en cours dans certaines maisons de naissance. Ainsi qu'à veiller au bien-être des femmes ayant subi des fausses couches en les plaçant à l'écart du service de nouveaux né.e.s, car le contact de ces femmes avec celles ayant accouché peut entraîner une violence psychologique supplémentaire.

Les difficultés majeures à la mise en place d'un cadre légal

Aux difficultés légales de définition et de réglementation des violences s'ajoute toute une série de problèmes à l'instauration d'un tel programme. Les coupes dans les budgets de la santé dans tous les pays européens posent aussi des questions sur la viabilité de ces recommandations qui ont besoin de deux choses fondamentales : un financement pour les mettre en place et une bonne volonté des équipes médicales pour créer de nouveaux protocoles en laissant de côté ceux qui provoquent la cascade d'interventions. Le plus difficile, à mon sens, n'est pas la création de nouvelles lois ou de nouveaux protocoles mais leur mise en place, puisque : « l'application de la loi à la violence obstétricale, en tant que forme spécifique de violence, n'a pas été pleinement explorée ni développée de manière significative. Il existe très peu de perspectives juridiques sur la violence obstétricale malgré sa prévalence mondiale », selon les conclusions de Camilla Pickles. Le plus compliqué est de réussir à créer une prédisposition du corps médical, formaté par la médecine masculine interventionniste et infantilissante, à mettre en question ses propres approches et à stopper l'instrumentalisation de la peur pour les appliquer.

Les centres de soins et les médecins eux-mêmes ont des difficultés graves à se remettre en question, même quand ils se penchent sur l'analyse des violences obstétricales. Je voudrais partager un exemple concret auquel j'ai été confrontée lors de la réalisation de cette série d'articles. J'ai assisté à une présentation d'une femme médecin d'un CHU de la Marsa en Tunisie lors d'une journée de plaidoyer de la société civile de ce pays, assez à la pointe médicalement et sur les questions de droits sexuels (avortement, accès à la pilule). À ma grande surprise, des membres de l'hôpital en question ont lancé une étude sur les violences obstétricales au sein de leur institution - une première en Tunisie. Les chiffres étaient déchirants : 77% des femmes avaient subi des épisiotomies, 59% des femmes ayant accouché par césarienne l'ont été en urgence, et une seule avait

demandé la péridurale. Face à ces chiffres alarmants, la médecin a décidé de donner un ton psychologisant à son intervention en expliquant pourquoi 48% des femmes avaient vécu leur accouchement comme un traumatisme : le problème, selon cette femme, était uniquement l'absence d'information ou la mauvaise information (obtenue par des proches, par internet ou autres). Le groupe a donc mis en place un atelier d'information des femmes comme SEULE recommandation pour éviter le traumatisme.

Lorsque je suis intervenue pour questionner le biais de l'étude menée par le personnel soignant lui-même (les femmes disent avoir été bien traitées) et sur l'approche psychologisante niant les violences, elle a fini par répondre que : « Oui, l'étude était biaisée. Et que les patientes n'ont pas dit de mal de l'hôpital puisque c'est l'un des meilleurs. L'atelier d'information a permis de leur expliquer pourquoi l'épisiotomie était nécessaire. » (!!!) On a fini par me demander de garder gentiment le silence.

Les médias tunisiens ont fait écho à cette étude, sans questionner l'angle psychologisant : « *Pour sa part, Baya Ben Zina, spécialiste en médecine de famille à l'hôpital Mongi Slim à la Marsa, a révélé que 48% des femmes en Tunisie subissent des chocs psychologiques durant la période de grossesse, faisant savoir que la moyenne mondiale en la matière varie entre 25 et 30%, selon une étude faite sur 172 femmes en 2018. Elle a attribué ce taux élevé à la faiblesse de la culture reproductive chez la plupart des familles tunisiennes, soulignant que l'étude en question avait recommandé la mise en œuvre d'un programme pilote sur la préparation des femmes et de leurs maris à l'accouchement.* » Ceci peut paraître un cas exceptionnel lié au pays ou aux médecins en question, mais malheureusement le même constat peut être fait dans d'autres pays où j'ai pu en discuter avec des personnes travaillant dans le milieu médical, très réticent à la remise en cause de protocoles... En invoquant le sacro-saint « danger de mort du bébé et de sa mère », sans citer les études qui prouvent le contraire.

Aller au-delà... des violences obstétricales pendant l'accouchement !

Les lois actuellement actives en termes de violences obstétricales ont tendance à se concentrer uniquement sur les violences qui ont lieu pendant l'accouchement, alors qu'on l'a vu, les violences se concentrent fortement sur le moment de

l'accouchement mais elles sont bien établies aussi pendant les différentes étapes : du moment où l'on songe à avoir un enfant ou à faire une IVG jusqu'à l'accouchement et même au-delà, après la naissance et pendant les années qui suivent.

La grande quantité de recherches sur l'étape de l'accouchement est sans doute un premier pas pour l'ouverture d'une analyse plus large, y compris les violences sociales, économiques, les violences dans l'éducation à la maternité et à la paternité et toute une série d'approches de la violence de genre liée à la reproduction - IVG, avortement, PMA -, à la grossesse, au post partum, au maternage, à l'allaitement... Une longue liste de questions s'ouvre à nous au moment de prendre en charge un petit être humain. Cette approche inclusive devrait aussi tenir compte d'autres formes de conception, d'accouchement et d'évolution de l'enfant dans des contextes non binaires, queer, trans, etc. Toute une série de reformatages sont nécessaires pour avoir une approche de ce processus plus ouverte, plus humaine et moins dans l'instrumentalisation.

Il reste un long chemin devant nous pour supprimer les violences, avec la mobilisation de toute la société. Sans mettre en danger les acquis des femmes en matière d'accès aux soins, d'accès aux antidouleurs et d'accès à la justice...

Introduction « Enfanter dans les violences »

Série 1 : « De l'envie d'enfanter (ou pas) au fait accompli... »

Épisode 1 « Quand le(s) passé(s) s'invite(nt) dans la grossesse«

Épisode 2 « Le contrôle du corps gestant »

Épisode 3 « Se préparer à l'accouchement. Contourner les violences ? »

Série 2 : Donner naissance comme expérience violente

Épisode 4 : L'écoute des femmes, ce grand oubli de l'accouchement

Épisode 5 : « Ces femmes (et enfants) qui seraient mort.e.s en couche sans la médecine moderne »

Épisode 6 : Les violences obstétricales comme problème public : quelles réponses politiques ?

Série 3 : La grande (lourde et heureuse ?) délivrance

Épisode 7 : Le post-partum, la violence des séquelles de l'accouchement

Épisode 8 : La violence, c'est nous... mais surtout les autres !

On ne conclut jamais un sujet pareil !