



Les violences obstétricales, au détriment de la santé des femmes et de celle des soignants à leur travail

Claudine Schalck

► To cite this version:

Claudine Schalck. Les violences obstétricales, au détriment de la santé des femmes et de celle des soignants à leur travail. Jorge Juan Román Hernández; Dominique Lhuillier; José Newton Garcia de Araújo; Andrea Pujol. Subjectivité et travail: entre mal-être et bien-être, L'Harmattan, pp.159-166, 2020, Colloques et rencontres, 978-2-343-20509-0. hal-04036096

HAL Id: hal-04036096

<https://cnam.hal.science/hal-04036096>

Submitted on 18 Mar 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 4.0 International License

Les violences obstétricales, au détriment de la santé des femmes et de celle des soignants à leur travail

Claudine Schalek

Dans tous les pays qui bénéficient des progrès de la médecine et de l'amélioration des conditions de vie, plus la possibilité d'accès aux soins est grande, plus la mortalité des femmes et des enfants n'a cessé de chuter dans la naissance. De ce fait, médecins, sages-femmes ou infirmières qualifiées sont actifs sur une scène de la naissance reconfigurée par les progrès médicaux. Car si dans toutes les civilisations, la naissance est avant tout une fête célébrant la vie, depuis toujours, aussi, l'ombre de la mort s'y est invitée. C'est pourquoi l'activité de ces professionnels a pu être connotée avec du « Dirty Work » (Hugues, 1951), du « sale boulot » (Lhuilier 2005). Cette activité a d'abord été laissée à des femmes, d'autant plus qu'elle fait commerce avec l'intimité de leur corps, leur sexualité, non loin de la saleté, de la honte, de l'indécence ou de l'impureté, socialement affirmées. Dans toutes les sociétés à système de castes, tels les intouchables de l'Inde, les burakumins du Japon ou même les Cagots du Sud-Ouest en France, l'activité traditionnelle dédiée à la naissance a été souvent reléguée à une femme, sage-femme ou apparentée, appartenant à ces groupes socialement stigmatisés, et dont les métiers portent la marque du sale-boulot.

Avec les progrès médicaux, le sale boulot sur la scène de la naissance s'efface devant le bel ouvrage dont l'éclat profite à tous les professionnels, avec une forte reconnaissance sociale. Et pourtant, c'est sur cette même scène que les femmes elles-mêmes ont peu à peu dénoncé des maltraitances liés aux soins d'origine médicale, supportées pendant leur grossesse ou leur accouchement : les violences obstétricales.

La déclaration de l'organisation mondiale de la santé (OMS) de 2014 sur « *la prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de soins* » signe leur reconnaissance à l'échelle internationale. La même année, la revue *The Lancet* fait état des recherches actuelles en soulignant que les traitements irrespectueux et abusifs pendant la grossesse et l'accouchement sont ancrés dans

les systèmes de soin et en lien avec la surmédicalisation (Freedman, Kruk, 2014). Cette situation semble avoir échappé aux autorités de santé, dans les pays riches comme dans les pays pauvres, mais non aux femmes elles-mêmes, ni aux organisations de défense des droits humains.

En 2006, déjà, dans *The Lancet*, un article canado-brésilien soulignait l'importance du respect des droits sexuels et reproductifs dans la pratique gynéco-obstétricale, comme un élément clé dans la santé des femmes, partout dans le monde. Sont mentionnés notamment le respect de la confidentialité, le consentement informé aux soins, l'accès à l'information et le recours à des pratiques fondées sur les preuves (Faúndes, Shaw, 2006). Mais c'est en 2002, toujours dans *The Lancet*, que des auteurs brésiliens identifient, sans doute pour la première fois, les violences obstétricales comme un « *problème émergent* » dans les institutions de soins (d'Oliveira, Diniz, Schraber, 2002). Ce problème, d'après eux, devrait être pris en compte en termes de santé publique, vu son importance.

En 2015, la revue *PLoS Medicine* publie deux articles, dont l'un situe les violences obstétricales comme un sous-ensemble des violences faites aux femmes (Jewkes, Penn-Kekana, 2015). L'autre fait la synthèse de 65 études qualitatives et quantitatives scientifiques, pour 34 pays, concernant les mauvais traitements supportés par les femmes pour l'accouchement. Sont relevées, notamment, les mauvaises relations entre les femmes et les professionnels de santé, ou encore les violences liées au système de soin et ses contraintes (Bohren et al., 2015).

En Occident, ce sont les travaux faits dans les pays scandinaves par Brüggemann (2012, 2013) et Swahnberg (2007, 2012), dans une perspective de genre, qui montrent que les femmes rapportent trois fois plus souvent que les hommes des maltraitements liés aux soins (Brüggemann, 2012) ; mais en gardant le silence vis-à-vis de l'institution dans plus de 60 % des cas. Dans la rencontre avec les soignants, ces violences sont décrites comme des expériences subjectives où elles perdent le pouvoir dans l'asymétrie de la relation de soin. C'est leur point de vue qui n'est pas pris en compte, avec un déficit d'attention ou d'empathie. Elles éprouvent un sentiment de souffrance et de déshumanisation (Brüggemann, 2012) ou le sentiment d'être réduites à néant (Swahnberg, 2007).

Ces recherches concluent à la nécessité d'une relation de soin qui autorise les femmes à utiliser toutes leurs compétences propres. Pour en venir à la France, cette question n'a pas été explorée avant que le débat public ne s'en empare, plusieurs fois, en 2016-2017. La première vague médiatique livre 7000 témoignages de femmes en 24 heures (HCE, 2018). Mais elle charrie aussi d'intenses réactions d'indignation, de la part des soignants, ou de leur organisation professionnelle, surtout pour les médecins. Pourtant cette réalité avait été passée sous silence, comme si elle n'avait pas lieu d'être, dans le pays européen où les naissances sont le plus médicalisées. Malgré tout, un rapport national est commandé par le ministère du Haut Comité à l'Égalité entre les hommes et les femmes (HCE), et remis en juin 2018.

Mais c'est l'Amérique latine qui a introduit les violences obstétricales sur un terrain juridique en les définissant comme une forme spécifique de la violence de genre. Celle exercée à l'endroit des femmes par les professionnels de santé, au mépris de leurs droits et du respect de leurs capacités reproductrices. Ce sont des traitements déshumanisés par la surmédicalisation et la pathologisation des processus reproductifs des femmes, à travers le contrôle de leur corps et de leur sexualité, qui sont criminalisés par le Venezuela en 2007, l'Argentine en 2009 et plusieurs états du Mexique en 2014 (HCE, 2018). Le Venezuela interdit explicitement certaines pratiques sans le consentement libre, express et informé de la patiente, en particulier l'accélération du travail ou la césarienne quand l'accouchement naturel est possible.

Le Chili et le Brésil sont également en réflexion en ce sens. Notamment le Brésil, où les femmes des classes sociales supérieures s'adressent surtout au secteur privé. Il assiste 20% des naissances nationales et 90% d'entre elles se font par césarienne (Gama, Viellas et al. 2016). Alors que L'OMS (2015) considère qu'au-delà d'un taux de 10 % à 15% de césariennes, il n'y a plus de bénéfices pour la santé des femmes, voire le contraire.

Toutes ces violences mettent directement en cause le travail des soignants, et avec lui les différentes formes de médicalisation dont ils font usage. Leur reprend toutes les allures d'un sale boulot à l'endroit de l'intimité du corps des femmes. D'autant plus que, dans un autre contexte que celui de l'accouchement, ces violences seraient qualifiées d'agressions sexuelles, comme le dénonce Henci

Goer (2010) en reprenant le titre d'un article choc paru en 1958 dans un magazine grand public : « Cruelty in Maternity Wards ».

Le sale boulot se décline aussi avec le vécu des femmes, puisqu'un accouchement normal laisse 1,3 à 6% d'entre elles en état de stress post-traumatique, d'après une synthèse portant sur 36 travaux (Denis, Callahan, 2009). De surcroît, les femmes qui ont vécu un accouchement traumatique, le racontent avec les mêmes mots que les victimes de viol (Kitzinger, 2006). D'autres études sur ce sujet établissent un lien avec le niveau de médicalisation, la perception du contrôle et du soutien social reçu, en particulier la relation et l'action des soignants. (McKenzie-McHarg et al. 2015 ; Denis, Parant, Callahan, 2011).

De fait, la réalité des violences obstétricales discrédite le travail des soignants et met à mal cette gratification symbolique habituelle qui leur permet de rester en bonne santé dans l'activité, soit la reconnaissance qu'ils peuvent en tirer. En effet, toutes les recherches sur le travail s'accordent pour souligner combien la reconnaissance soutient l'activité, tout en apportant la garantie du sentiment d'appartenance à une communauté de travail et de métier. C'est pourquoi, avec les violences obstétricales, la reconnaissance se délite fortement pour les soignants, jusqu'à venir menacer leur propre santé au travail.

La reconnaissance sociale générale, en direction des soignants, disparaît avec toutes ces formes de maltraitances. La reconnaissance personnelle, trouvée par chaque soignant chez l'autre, dans la relation de soin, est également altérée par leurs dénonciations. Le « pacte de confiance » se transforme en « pacte de méfiance », selon les mots de Paul Ricoeur (1996). Mais la reconnaissance conférée par les pairs ne s'en porte pas mieux lorsque le travail d'un seul d'entre eux est stigmatisé, et qu'il fragilise, par-là même, l'activité de tout un corps de métier en dégradant son honneur et son image professionnelle. C'est dire que le sentiment de son appartenance professionnelle, comme celui de sa propre valeur, que chaque soignant peut retirer de son travail, peut être très largement ébranlé.

Les blessures sont ici surtout symboliques. Mais, par leur impact, elles exposent les soignants à l'effritement du sens donné à leur travail comme au plaisir pris à travailler. A cet égard, certains faits peuvent se comprendre comme de véritables mesures défensives : tels l'absence de travaux scientifiques sur ce sujet

puisque les chercheurs sont souvent soignants eux-mêmes ; l'indignation et l'incrédulité des soignants, comme en France en 2016/2017 ; la résistance des soignants pour appliquer des recommandations préventives nationales ou internationales préventives, parfois anciennes (OMS, 1985) ; voire les recommandations tardives faites en France pour le respect du travail physiologique, alors que la surmédicalisation y est durable (HAS, 2017).

Tous ces éléments ressemblent plutôt à des réactions de défenses collectives, professionnelles, soit à une « idéologie défensive de métier » (Dejours, 1993). Par le déni de cette problématique les soignants entendent préserver l'image du bel ouvrage et de leur contribution dans la naissance. Un pacte collectif inconscient, « un pacte dénégatif » (Kaës, 1988) ignore une réalité menaçante pour leur rôle, leurs intérêts, et leurs gratifications. Ces représentations sont produites, entretenues et partagées grâce à un véritable « esprit de corps » (Kaës, 1980), qui est au service de chaque soignant, de son corps professionnel, de sa cohésion, de son fonctionnement et de sa défense, en particulier pour la reconnaissance qu'il peut en tirer.

L'idéologie professionnelle, comprise de cette façon, laisse comprendre combien l'idéologie scientifique peut imprégner les pratiques médicales, lorsque l'idée des progrès constants, mis en avant par la médecine, subsume les pratiques, avec l'idée du progrès lui-même. Elle trouve sa légitimité dans l'objectivité et les certitudes tirées de la démarche expérimentale, alors qu'elle s'impose aux soignants sous forme de prescription générale. Car dans la naissance, l'idéologie scientifique affiche le progrès, par le pouvoir et la performativité médicale, là où toute naissance est envisagée comme dangereuse avec l'idée du risque ubiquitaire derrière chaque accouchement (Carricaburu, 2007). Cette pensée mortifère traverse tous les modèles de représentation et de narration de la naissance, (St Amant, 2013).

Mais l'idéologie scientifique est une approche scientiste, qui n'est pas scientifique par elle-même. Elle est surtout « *une croyance qui louche du côté d'une science déjà instituée, qu'elle reconnaît et qu'elle cherche à imiter* » (Canguilhem, 2009, p.44). Cette perspective scientiste, à l'œuvre dans la médicalisation, consacre toutefois l'asymétrie dans la relation de soin entre l'expert et la profane, au détriment de celle-ci. Elle alimente les positions et

les rôles d'un modèle paternaliste, bien connu en médecine, où le bien-fondé de la médicalisation ne se discute plus, si ce n'est pour la compliance. Lorsqu'il s'agit des femmes, elle alimente aussi un modèle social patriarcal, profondément genré, où elles sont infantilisées et apparaissent non émancipées. Cette situation conduit logiquement à l'appropriation de leur corps par le contrôle de leurs processus reproducteurs.

Enfin, le scientisme s'accorde, aussi, en bonne entente, avec la culture productiviste et le rendement, demandés aux maternités, décriées, en France, parfois comme de véritables « usines à bébé ». Car les procédures de soins standardisées permettent de multiplier les actes, de contrôler le temps de séjour ou le temps des soins eux-mêmes. Une césarienne, par exemple, mobilise toujours moins longtemps une équipe médicale, que l'accompagnement d'un accouchement normal, comme au Brésil.

Avec les violences obstétricales, le sale boulot ressurgit. Pourtant, en ce qui concerne le travail des soignants, rien n'est encore dit, alors que les travaux s'intéressent surtout aux usagers, tantôt aux soignants, comme deux lignes de front qui les opposent, même sur le terrain juridique. Rien n'est vraiment dit de cette activité, de la relation de soin, qui n'est rien moins que celle d'une relation de service. C'est-à-dire une relation contractuelle où chacun des acteurs a sa propre conception des services rendus (Hugues, 1996, p.67). En particulier, lorsqu'il faut très concrètement agir « sur » quelqu'un (Hugues, 1996, p.62), soit ici sur les femmes et sur leur corps, les soignants ne peuvent ignorer leur vécu et leur point de vue.

Plus qu'une alliance, cette situation réclame une véritable coopération, où chacun des acteurs se sent reconnu à la hauteur de ses compétences, ses investissements, ses ressources et ses contributions, comme dans un véritable collectif de travail. Il s'agit de dépasser des prescriptions, souvent mal comprises par les soignants, où il faudrait pratiquer du counseling ou « mettre le patient au cœur du processus de soin », ou encore pratiquer l'écoute et l'empathie comme prévention face aux violences obstétricales.

Du point de vue du travail, il est surtout nécessaire de s'intéresser à la manière dont les femmes sont, pour les soignants, des partenaires de travail irrécusables autant qu'indispensables. Car les femmes fournissent bien, elles aussi, un travail corporel, émotionnel autant que psychique pour faire naître leur enfant. Cette

activité doit pouvoir être associée pleinement à celle des soignants avec la possibilité de pouvoir débattre et négocier les souhaits, les choix, les actions, et les décisions en fonction de leurs propres conceptions. Ne pas tenir compte de cette réciproque coopération est une perspective qui s'éloigne du travail réel des soignants. Elle est source de souffrance dans l'activité pour les uns comme pour les autres.

Les bénéfices d'une telle coopération semblent d'ailleurs s'étendre aux différents partenariats professionnels, tels ceux qui associent des pratiques médicales avec des pratiques de soutien des processus physiologiques, comme celles des sages-femmes. Une étude récente menée au Brésil montre que cette collaboration réduit significativement les interventions non nécessaires et fait chuter le taux des césariennes à 47%, même dans le secteur privé (Gama, Viellas et al. 2016).

En somme, ce constat est surtout un appel au dialogue et à la mise au travail des subjectivités, dans l'esprit de la déclaration de l'OMS de 2014. Associer les usagers du système de soin et les professionnels donne l'itinéraire du chemin à parcourir, que ce soit pour débattre des usages de la médicalisation, du système de santé ou de son organisation. D'autant qu'il n'y en a pas d'autre. N'est-ce pas en ce sens qu'il faut comprendre cette recherche de 2018, du sud du Brésil, qui constate que la présence d'un simple accompagnant lors de l'accouchement favorise les bonnes pratiques et diminue les interventions inutiles (Monguilhott, Brüggemann, Freitas, D'orsi, 2018)?

Les travaux sont nécessaires pour éclairer le débat, mais la formation initiale et continue des soignants doit également les préparer à travailler « avec » les femmes : là où le consentement libre et éclairé, les pratiques consensuelles, le respect des droits et des points de vue, sont des ressources pour l'activité plutôt que des prescriptions de travail, loin des sentiments de perte de contrôle de la situation et de ce qui alimente les violences obstétricales.

Sous le signe d'une telle coopération, la reconnaissance ne peut qu'être au rendez-vous pour tous et toutes. Pour les femmes, inmanquablement, cette coopération dépasse la perspective de genre lorsque la reconnaissance trouvée dans leur travail de mise au monde, est directement liée aux enjeux de l'activité des soignants. Pour elles, comme pour les soignants à leur travail, la reconnaissance soutient l'estime, l'accomplissement de soi, et le

sentiment de sa propre valeur. Tandis que, pour l'enfant qui vient de naître, cette reconnaissance est le soutien le plus sûr des capacités maternelles de sa mère et de la confiance qu'elle peut avoir en elle-même. C'est pourquoi il semble bien que, derrière la question des violences obstétricales, les enjeux de la bonne santé au travail des soignants se conjuguent étroitement avec celle des femmes et de leurs enfants.

Références

- Bohren, M.A., Vogel, J.P., Hunter, E.C., Klutsiv, O. et al. 2015. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review - *PLOS Med* (12) 6: e1001847
- Brüggemann A.J. 2012. Toward an Understanding of Abuse in Health Care: A Female Patient Perspective, thèse de doctorat, Suède, Université Linköping.
- Brüggemann A. J., Swahnberg K. 2013. What contributes to abuse in health care? A grounded theory of female patients stories, *International Journal of Nursing Studies* (50) 3 : 404-412.
- Canguilhem G. 1965-1977-2009. *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*, Paris, Vrin.
- Carricaburu D. 2007. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition, *Sociologie et sociétés* 39 (1) : 123-144.
- d'Oliveira A.F., Diniz S.G., Schraiber L. 2002. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem, *The Lancet* (359) 9318: 1681-1685.
- Dejours, 1980-1993-2000-2008-2015. *Travail et usure mentale*, Paris, Bayard.
- Denis A., Parant O., Callahan S. 2011. Post-traumatic stress disorder related to birth: a prospective longitudinal study in a French population, *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 29 (2): 125-135.
- Denis A., Callahan S. 2009. État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature, *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 19 (4) : 116-119.
- Faúndes A., Shaw D. 2006. What is the relevance of women's sexual and reproductive rights to the practising obstetrician/gynaecologist? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* (20) 3: 299-309.
- Freedmann L., Kruk M. 2014. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas, *The Lancet* (384) 9948: e42-e44.
- Gama S.G., Viellas E.F., Torres J.A., Bastos M.H. et al. 2016. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil, *Reproductive Health* 13(Supl 3): 123.
- Goer H. 2010. Cruelty in Maternity Wards: Fifty Years Later, *The Journal of Perinatal Education* 19 (3) : 33-42.
- HAS (Haute autorité de santé), 2017. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales, Recommandation de bonne pratique.

HCE : *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*, rapport n° 2018-26-SAN-034, consultable sur : <https://bit.ly/2MvJtAv>

Hugues E.C. (1951, 1956, 1958,1970), 1996. *Le regard sociologique, essais choisis*, Paris, Ed. de l'EHESS.

Jewkes R., Penn-Kekana L. 2015. Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women - *PLOS Med* (12) 6: e1001849.

Kaës R. 1988. Alliances inconscientes et pacte dénégatif dans les institutions, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, Paris, Eres, n°13, p. 27-38.

Kaës R. 1980. *L'idéologie, études psychanalytiques*, Paris, Dunod.

Kitzinger S. 2006. Birth as rape: There must be an end to 'just in case' obstetrics, *British Journal of Midwifery* 14 (9): 544-545.

Lemay G. 1958. Cruelty in Maternity Wards, *Ladies' Home Journal* 29(1).

Lhuillier D. 2005. Le « sale boulot », *Travailler* 14 (2) : 73-98.

McKenzie-McHarg K., Ayer, S.; Ford E.; Horsch, A. et al. 2015. Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research, *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 33 (3): 219-237.

Monguillott J.J.D.C., Brüggemann O.M., Freitas P.F., D'orsi E. 2018. Nacer no Brasil: the presence of a companion favours the use of best practices in delivery care in south of Brasil, [*Revista de Saude Publica*] 52 (1), consultable sur: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5772405

OMS, 2015. Déclaration de l'OMS sur le taux de césariennes.

OMS, 2014. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de soins.

OMS, 1985. Recommandations sur la technologie appropriée à l'accouchement, Conférence de Fortaleza, Brésil, 22-25 avril 1985.

Ricœur P. 1996. Les trois niveaux du jugement médical, *Esprit*, Paris, Seuil, p.21-33.

St Amant S. 2013. *Déconstruire l'accouchement. Épistémologie de la naissance : entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*. Thèse de doctorat en sémiologie, Québec, Montréal.

Swahnberg K., Brüggemann A. J., Wijma B. 2012. Patients' silence following healthcare staff's ethical transgressions, *Nursing Ethics* (19) 6 : 750-763.

Swahnberg K., Thapar-Björkert S., Berterö C. 2007. Nullified : Women's perceptions of being abused in health care, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* (28)3 : 161-167.