

MOOC Femmes et Santé : violences gynécologiques et obstétricales en France

Présentation

Nicole Cantisano

Pour commencer, est-ce que tu peux te présenter, Clémence ?

Clémence Schantz

Oui. Je m'appelle Clémence Schantz, je suis sociologue chargée de recherche à l'IRD qui est l'Institut de Recherche pour le Développement. Une des spécificités de l'IRD est de mener des recherches sur les pays dits du sud, des Sud, y compris sur les migrations. J'ai aussi une formation initiale de sage-femme, j'ai travaillé pendant plusieurs années en tant que sage-femme dans des maternités françaises. Et puis, en 2011, j'ai quitté l'hôpital parce que j'observais justement beaucoup de violences dans les salles de naissances et j'ai voulu pouvoir me poser et analyser, travailler, sur ces violences.

Contexte français

Nicole Cantisano

Justement, pour commencer, nous allons aborder cette notion de violences gynécologiques et obstétricales. J'ai une première question pour toi. Nous savons qu'il y a une forte contribution de l'Amérique latine dans l'origine du concept de violences gynécologiques, et de violences obstétricales. À quel moment est-ce que ce concept apparaît en France et sous quel contexte ?

Clémence Schantz

Dès les années 2000, le concept a émergé en Amérique latine, puis le Venezuela a été le premier pays au monde, en 2007, à inscrire ce concept, ce terme de violences obstétricales dans sa loi.

En France et en Europe, cela a été beaucoup plus tardif. Si je ne me trompe pas, je pense que c'est en 2013, sur le blog de Marie-Hélène Lahaye qui est une juriste

belge, que le terme émerge pour la première fois en Europe. Dans les mois qui ont suivi, c'est allé très vite puisque début 2014, au mois de mars, il y a eu toute une polémique avec Agnès Ledig qui a dénoncé le point du mari. Et puis c'est en novembre 2014 que sur Twitter, il y a eu tous ces hashtags qui ont émergé : #Paye Ton Utérus, #Paye Ton Gynéco, #Paye Ton Accouchement, où là, vraiment, c'est devenu une polémique. En février 2015, il y a eu toute une polémique autour de touchés vaginaux et touchés rectaux faits sur des femmes endormies au bloc opératoire sous anesthésie générale à la faculté de Lyon. C'est aussi une polémique qui a fait enfler ce concept. Et puis, en 2017, en France, c'est vraiment devenu une affaire d'État puisque Marlène Schiappa, qui était alors secrétaire d'État, a demandé un rapport au HCE, donc le Haut Comité à l'Égalité femmes-hommes. Ce rapport a été publié en 2018.

Nicole Cantisano

Merci beaucoup.

Rapport 2018 du Haut Conseil à l'Égalité

Nicole Cantisano

Justement, est-ce que tu peux nous expliquer un peu plus en quoi consiste ce rapport du Haut Conseil à l'Égalité publié en 2018 ?

Clémence Schantz

Ce rapport est vraiment très important. C'est un rapport conséquent qui fait cent soixante-quatre pages et qui s'inscrit dans un nouveau paradigme parce que la parole est vraiment donnée aux femmes. Il y a beaucoup d'extraits d'entretiens, de Verbatim, présents dans ce rapport avec des femmes qui partagent leur vécu, leurs expériences. Surtout, ce rapport a vraiment inscrit les violences gynécologiques et obstétricales comme des violences de genre, c'est-à-dire qu'il définit les violences gynécologiques et obstétricales comme les actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre d'un suivi gynécologique et obstétrical chez les femmes. Le fait de parler d'acte sexiste marque que nous sommes vraiment dans une violence de genre.

Il y a autre chose qui est important dans ce rapport, c'est qu'il explique que ces violences peuvent être commises par des soignants, qu'ils soient hommes ou femmes, et même des soignants qui n'ont pas l'intention de nuire. Cette question de l'intentionnalité est vraiment centrale, c'est vraiment un point de crispation avec de nombreux soignants qui disent : « Je n'avais pas l'intention de faire mal, donc ce n'est pas une violence. », mais nous savons que les violences peuvent

être commises même sans intention d'être violent. C'est vraiment un apport très important de ce rapport.

Les femmes sont-elles plus exposées à ces violences ?

Nicole Cantisano

Nous savons que toutes les femmes sont susceptibles de subir ces violences, mais est-ce que certaines femmes sont davantage exposées et pourquoi ?

Clémence Schantz

Il n'y a pas encore suffisamment de travaux sur cette question des violences obstétricales, et encore moins sur la question des violences gynécologiques. Certaines chercheuses ont vraiment bien montré que certaines caractéristiques sociales mettent les femmes plus en danger ou exposent plus les femmes à ces types de violences : des caractéristiques sociales telles que l'âge, le poids, la classe, la race, la maladie, par exemple, des femmes VIH+, etc. Donc oui, il y a vraiment certaines caractéristiques sociales qui exposent plus certaines femmes que d'autres. Nous sommes à l'intersection de différentes formes de domination et de violences.

Quels sont les termes utilisés pour qualifier cette violence ?

Nicole Cantisano

Justement, quels sont les termes utilisés pour qualifier ces violences ?

Clémence Schantz

Il n'y a pas de consensus autour des termes, mais différents termes sont mobilisés dans la littérature. Il y a certains chercheurs ou certaines chercheuses qui vont utiliser le terme de « manque de respect » et de « mauvais traitements » parce qu'ils disent que si nous utilisons le terme de violence, « ça va être trop violent pour les professionnels de santé, on va les braquer, on ne va pas réussir à travailler ensemble ». Donc ils utilisent des termes un peu plus légers.

D'autres chercheurs, comme, utilisent le terme de « maltraitance des femmes au cours de leur accouchement » pour vraiment placer l'expérience des femmes et l'analyse au centre.

D'autres encore, comme l'OMS, l'Organisation Mondiale de la Santé, vont plutôt employer des termes positifs et vont parler de « soins respectueux », de « soins

bienveillants » et « d'expériences positives autour de l'accouchement », et vont plutôt insister sur la relation soignant-soigné.

Enfin, d'autres chercheuses et chercheurs, comme moi par exemple, vont vraiment militer pour utiliser le terme de « violence obstétricale » parce que nous sommes convaincus que ce terme est subversif et va permettre une prise de conscience. Je pense que c'est un terme qui insiste sur l'appropriation du corps des femmes par l'institution médicale, sur le contrôle du corps des femmes, donc l'aspect vraiment politique de ce terme et de ce concept. Cela insiste sur la dimension structurelle et positionne les violences obstétricales comme une violence de genre, et donc au sein d'un continuum des violences faites aux femmes.

Les conséquences des violences gynécologiques et obstétricales

Nicole Cantisano

Justement, en gardant le terme de violence, quelles sont les conséquences de ces violences sur les femmes qui en sont victimes ?

Clémence Schantz

Alors encore une fois, nous n'avons pas suffisamment de travaux. Les premiers travaux, les premiers discours que nous avons pu recueillir des femmes, montrent qu'il y a à la fois des conséquences à court, à moyen et à long terme, des conséquences psychiques avec un fort sentiment de culpabilité des femmes, une perte de l'estime de soi et un état de stress post-traumatique. Cela a été très bien documenté.

Il y a aussi des conséquences sur le suivi gynéco-obstétrical, voire médical de façon plus globale, avec une errance thérapeutique de certaines femmes, un évitement, voire un renoncement aux soins. Certaines femmes disent que pour un accouchement suivant, elles ont accouché à domicile, parfois sans assistance, même sans professionnels de santé, sans sage-femme, parce qu'elles avaient trop peur. Il y a vraiment un évitement du recours aux soins et aussi des conséquences sociales sur la vie professionnelle, mais aussi la vie familiale dans le lien avec l'enfant et la vie conjugale, notamment des conséquences sexuelles et affectives qui sont vraiment importantes.

Politiques de santé

Nicole Cantisano

Au regard de la problématique que cela pose, quelles seraient les propositions au niveau de la politique de santé publique qui pourraient mitiger la survenue de ces violences faites aux femmes, notamment en terme de leur suivi gynéco-obstétrical et de leur santé sexuelle et reproductive ?

Clémence Schantz

Nous savons que s'il y a des violences dans les soins, c'est aussi parce qu'aujourd'hui, le système fait qu'il y a une pressurisation de l'institution médicale. Il y a aussi une souffrance des soignants qui, très souvent, vont mal. Ce qui a été proposé et ce qui est mis en avant par de nombreuses associations de femmes, est de proposer des solutions alternatives et des accouchements qui pourraient avoir lieu autre part que dans des salles de naissances, avec des milliers d'accouchements qui se déroulent tous les ans, etc.

Il y a notamment le CIAN, qui est le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance, qui a milité pendant des années pour l'ouverture de Maisons de Naissance en France. Il faut savoir que dans des pays européens voisins comme l'Allemagne ou le Royaume-Uni, il y a des centaines de Maisons de Naissance. Aujourd'hui, il est demandé aux femmes enceintes : « Où est-ce que tu vas choisir d'accoucher ? Est-ce que tu vas coucher à l'hôpital, en Maison de Naissance, ou à domicile ? ». Les femmes sont face à un choix par rapport au lieu qu'elles vont privilégier pour leur accouchement.

En France, 99 % des femmes accouchent dans les hôpitaux parce qu'il n'y a pas vraiment de choix. Il est vrai que depuis 2016, il y a huit Maisons de Naissance en France qui sont en expérimentation suite à la mobilisation d'associations. Dans ces huit Maisons de Naissance, il y en a six qui sont en métropole et deux dans les territoires d'outre mer : une en Guadeloupe, une à La Réunion. Mais cela concerne très peu de femmes. Il y a deux cent ou trois cent femmes par an au total qui peuvent accoucher dans la totalité de ces Maisons de Naissance, parce qu'elles sont encore très peu nombreuses. En 2020, l'expérimentation des Maisons de Naissance a été prolongée et le gouvernement a décidé de permettre l'ouverture de douze autres Maisons de Naissance. Malheureusement, à la fin de l'année 2022, une tribune a été publiée dans *Le Monde* qui dit qu'aucune de ces Maisons de Naissance n'a vu le jour aujourd'hui, et qu'on n'a toujours que huit Maisons de Naissance sur le territoire français.

Cela ne veut pas dire qu'il ne peut pas y avoir de violences dans ces Maisons de Naissance. Aucune structure et aucun professionnel de santé n'est vraiment exempt de ces violences ou de la possibilité de les commettre. En tout cas, ce sont quand même des structures qui sécurisent la femme à la fois au niveau médical et affectif.

Nicole Cantisano

OK, merci beaucoup.

Accouchements en Maison de Naissance

Nicole Cantisano

Concrètement, comment se présente la prise en charge de l'accouchement en Maison de Naissance et en quoi pourrait-elle être une alternative qui viendrait pallier à ces violences ?

Clémence Schantz

Ces Maisons de Naissance présentent plusieurs caractéristiques.

Déjà, il faut savoir que toutes les femmes ne peuvent pas accoucher en Maison de Naissance. Il faut vraiment qu'elles répondent à des critères très précis d'un point de vue obstétrical et à la moindre pathologie, elles ne pourront pas accoucher en Maison de Naissance. Il faut que ce soit une grossesse physiologique, un accouchement physiologique. Ces Maisons de Naissance sont toujours accolées à une maternité partenaire et à tout moment, la femme peut être transférée dans cette maternité.

Il y a deux caractéristiques importantes qui sont le suivi global et le retour précoce à domicile. Le suivi global, cela veut dire que c'est la même sage-femme ou le même duo de sages-femmes qui va suivre la femme, le couple et la famille, du début de la grossesse jusqu'à après l'accouchement. Nous ne parlons pas de la femme comme d'une patiente, mais nous parlons vraiment du trio entre la femme, le co-parent, et l'enfant à naître. Nous nous adressons à ce trio, c'est cette famille qui est prise en compte et non pas la femme en tant que patiente. Il y a un lien très important qui se crée tout au long de la grossesse entre la sage-femme et cette famille. C'est cette sage-femme qui va accompagner cette famille lors de l'accouchement.

L'accouchement se déroule de façon non-médicalisée, donc il ne peut pas y avoir d'analgésie péridurale, par exemple. La baignoire, l'eau, jouent un rôle important puisque la majorité des femmes ont leur travail d'accouchement dans cette baignoire et parfois certaines y accouchent. Il y a aussi tout un travail autour de l'aromathérapie, des odeurs vont être choisies par les femmes pendant la grossesse et vont être là au moment de l'accouchement. Il y a des lumières qui sont très tamisées ; c'est quelque chose de très spécifique autour de l'environnement. L'accouchement se déroule avec cette sage-femme, ce visage connu. C'est vraiment fondamental.

Un deuxième point important qui différencie ces Maisons de Naissance des maternités classiques, c'est que les femmes et la famille rentrent chez elles trois heures après l'accouchement. Puisque les femmes ont accouché de façon physiologique, après l'accouchement et l'expulsion du placenta, elles vont se reposer avec le co-parent et l'enfant. Trois heures après l'accouchement, c'est le retour à la maison. Il n'y a pas d'hospitalisation puisque ce n'est pas pathologique, c'est physiologique.

Nicole Cantisano

OK, merci beaucoup.