



Bientraitance en périnatalité

État des lieux et perspectives

GROUPE DE TRAVAIL

Société Française de Médecine Périnatale

15 octobre 2026



Remerciements

L'ensemble du groupe de travail « bientraitance périnatale » remercie la Société Française de Médecine Périnatale et, tout particulièrement, son ancien président Michel Dreyfus, qui a lancé ce projet, ainsi que sa présidente Delphine Mitanchez pour la confiance accordée dans la durée.

Notre groupe a pu travailler en toute liberté, à la fois pour définir la méthode et pour valider le contenu de ce rapport. L'objectif, en tant que société savante, est d'améliorer continuellement la bientraitance dans le cadre des soins périnataux. Le champ de la bientraitance est cependant très vaste. Il ne peut être travaillé sans prendre en considération, par ailleurs, la question des violences dans le cadre des soins périnataux.

Dès les premières discussions au sein du groupe, il est apparu indispensable de réaliser un état des lieux. Tout d'abord, comment définir les violences et la bientraitance dans le soin ? Les débats en cours à l'assemblée sur les violences obstétricales et gynécologiques (VOG) dans le cadre de la proposition de loi intégrale soulignent l'importance de clarifier ces concepts et de préciser la terminologie utilisée. Comment évaluer le plus objectivement possible la situation actuelle en France pour les femmes, leurs familles et les soignants ? Notre groupe s'est attaché à la documenter, tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif, tout en abordant la question à travers le prisme des différentes disciplines de la périnatalité et celui des femmes et des familles. Nous avons également fait le point sur le contexte juridique français et international.

Nous avons pu bénéficier de l'ouverture d'esprit et de la capacité de dialogue des membres, issus des différentes sociétés savantes et fédérations qui font toute la richesse de la périnatalité, et personnellement impliqués dans le champ de la bientraitance dans le soin ; nous avons également bénéficié des contributions de plusieurs auteurs qui ont utilement contribué à compléter cet état des lieux.

Nous espérons que ce travail collectif servira de socle aux travaux à venir et à l'amélioration continue de la bientraitance dans les soins périnataux.

Olivier Morel, pour le groupe bientraitance

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIÈRES	4
COMPOSITION DU GROUPE	6
AUTEURS DU RAPPORT	7
1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE	8
1.1 Contexte de mise en place du groupe de travail	8
1.2 Objectifs du groupe de travail	9
1.3 Méthodologie – organisation de travail	9
2 TERMINOLOGIE, ÉVOLUTION DES CONCEPTS	11
2.1 Violences obstétricales	11
2.2 Bientraitance dans le soin	15
3 ÉTAT DES LIEUX	16
3.1 Violences obstétricales en France : où en est-on ?	16
3.2 Mesure du vécu des parturientes et indicateurs de suivi	25
3.3 Soins irrespectueux pendant l'accouchement en France : données de l'Enquête Nationale Périnatale	30
3.4 État des lieux en anesthésie	48
3.5 État des lieux en pédiatrie de maternité et néonatalogie	52
3.6 Violences obstétricales : apports des récits des femmes	54
4 IMPACT DES EFFECTIFS ET DE LA CHARGE DE TRAVAIL SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN MATERNITÉ	59
4.1 Comment la pression organisationnelle peut devenir maltraitance	60

4.2 Ce que montrent les données directes sur la violence obstétricale	61
4.3 Organisation des soins et bientraitance	62
4.4 Quelques limites	63
Conclusion	63
5 INITIATIVES & PERSPECTIVES	66
5.1 Contexte juridique et initiatives législatives	66
5.2 Travaux du GREEN	80
5.3 Démarche d'évaluation et Labels – exemple du label IHAB	90
5.4 Les professionnels	91
5.5 Mise en place d'un groupe de recommandation et d'évaluation de la bientraitance périnatale	92
5.6 Indicateurs de suivi - Projets de recherche	92

Composition du groupe

AZRIA Elie, Professeur de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Paris Saint Joseph, UMR1153 OPPaLE, iWISH Institut Santé des Femmes, Université Paris Cité

BARJAT Tiphaine, Professeure de Gynécologie-Obstétrique au CHU de Saint-Étienne, représentante de la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP)

COUDRAY Jean, Gynécologue-Obstétricien retraité, représentant de la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP)

COSTANTINO Bénédicte, Gynécologue-Obstétricienne, Strasbourg

EVARD Anne, coprésidente du CIANE

DUPONT Corinne, Sage-Femme Professeure des Universités, Lyon

HUISSOUD Cyril, Professeur de Gynécologie-Obstétrique au CHU de Lyon, représentant du CNGOF

KUHN Pierre, Professeur de Néonatalogie, Strasbourg, représentant du GREEN

LE RAY Camille, Professeure de Gynécologie-Obstétrique Maternité Port-Royal, GHU Paris Centre, AP-HP, Université Paris Cité, FHU Prem'Impact, Paris, France, Université Paris Cité, INSERM U1153, Obstetric, Perinatal, Paediatric Life Course Epidemiology (OPPaLE) Research Team, Center for Research in Epidemiology and Statistics (CRESS), Paris, France, responsable de l'ENP

MOREL Olivier, Professeur de Gynécologie-Obstétrique au CHRU de Nancy, responsable du groupe de travail Bientraitance Périnatale pour la SFMP

RACKELBOOM Thibaut, Docteur en Anesthésie-Réanimation au CHU de Martinique, Fort-de-France, représentant du CARO

SCHANTZ Clemence, sociologue et sage-femme, Chargée de recherche au Centre Population et Développement (UMR 196), Université Paris Cité, iWISH, Institut de Recherche pour le Développement, Université Sorbonne Paris Nord, Inserm

VIAL Florence, Docteure en Anesthésie-Réanimation au CHRU de Nancy, représentante du CARO

Auteurs du rapport

AZRIA Elie, Professeur de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Paris Saint Joseph, UMR1153 OPPaLE, iWISH Institut Santé des Femmes, Université Paris Cité

BARJAT Tiphaine, Professeure de Gynécologie-Obstétrique au CHU de Saint-Étienne, représentante de la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP)

COUDRAY Jean, Gynécologue-Obstétricien retraité, représentant de la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP)

COSTANTINO Bénédicte, Gynécologue-Obstétricienne, Strasbourg

EVARD Anne, coprésidente du CIANE

DERUELLE Philippe, Professeur de Gynécologie-Obstétrique au CHU de Montpellier, Université Montpellier-Nîmes, président du CNP GO-GM

DUPONT Corinne, Sage-Femme Professeure des Universités, Lyon

HUISSOUD Cyril, Professeur de Gynécologie-Obstétrique au CHU de Lyon, représentant du CNGOF

JACQUES Marianne, Sage-femme et Docteure en épidémiologie, Université Paris Cité, INSERM U1153, Obstetric, Perinatal, Paediatric Life Course Epidemiology (OPPaLE) Research Team, Center for Research in Epidemiology and Statistics (CRESS), Paris, France

KUHN Pierre, Professeur de Néonatalogie, Strasbourg, représentant du GREEN

LE RAY Camille, Professeure de Gynécologie-Obstétrique Maternité Port-Royal, GHU Paris Centre, AP-HP, Université Paris Cité, FHU Prem'Impact, Paris, France, Université Paris Cité, INSERM U1153, Obstetric, Perinatal, Paediatric Life Course Epidemiology (OPPaLE) Research Team, Center for Research in Epidemiology and Statistics (CRESS), Paris, France, responsable de l'ENP

MORAU Estelle, Docteure en Anesthésie-Réanimation au CHU de Nîmes

MOREL Olivier, Professeur de Gynécologie-Obstétrique au CHRU de Nancy, secrétaire général du CNGOF pour l'obstétrique, responsable du groupe de travail Bientraitance Périnatale pour la SFMP

RACKELBOOM Thibaut, Docteur en Anesthésie-Réanimation au CHU de Martinique, Fort-de-France, représentant du CARO

ROZÉE Virginie, sociologue et directrice de recherche à l'Institut national d'Études démographiques – INED, Unité de recherche "Santé et droits sexuels et reproductifs"

SCHANTZ Clemence, sociologue et sage-femme, Centre Population et Développement (UMR 196), Université Paris Cité, iWISH, Institut de Recherche pour le Développement, Université Sorbonne Paris Nord, Inserm

VIAL Florence, Docteure en Anesthésie-Réanimation au CHRU de Nancy, représentante du CARO

1. Présentation générale

1.1 Contexte de mise en place du groupe de travail

La Société Française de Médecine Périnatale (SFMP) a souhaité mettre en place, fin 2022, un groupe de travail afin de promouvoir la bientraitance en périnatalité dans tous ses aspects et dans tous ses horizons professionnels. Ce groupe a été progressivement constitué, courant 2023, de représentants des différentes sociétés savantes impliquées, de représentants des femmes et des couples, ainsi que de professionnels déjà engagés dans une réflexion ou des travaux relatifs à cette thématique.

Le champ de l'environnement du soin, des pratiques, du point de vue des comportements soignants et du vécu des femmes et des couples, n'était pas historiquement intégré aux « recommandations de bonnes pratiques » des sociétés savantes. Les violences gynécologiques et obstétricales ont été initialement dénoncées par les femmes en Amérique du Sud et en Amérique latine à partir des années 2000 et en France à partir des années 2010. Il a été et demeure difficile pour les professionnels de santé de s'approprier le sujet. Le concept de bientraitance, porté par la SFMP, dépasse largement celui de la prévention des violences.

Le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) avait mis en place une commission « Probité ». Cette commission réunissait des professionnels issus de différentes disciplines ainsi que des associations de patientes. En raison de dissensions fondamentales, la commission s'est dissoute et ses travaux ont pris fin en 2022. Le cheminement professionnel et l'histoire de cette commission sont présentés dans le livre « Prendre soin des femmes », publié en 2024. Le CNGOF a, par la suite, publié des recommandations de bonnes pratiques pour la réalisation de l'examen gynécologique en 2022 et 2023. Ces recommandations ne couvrent cependant que le champ de pratique des gynécologues et obstétriciens.

D'autres disciplines de la périnatalité ont également publié des recommandations. En néonatalogie, le GREEN (Groupe de Réflexion et d'Évaluation de l'Environnement des Nouveau-nés) s'est saisi du vaste sujet de l'environnement et des comportements de soin, au-delà du soin technique proprement dit. Les travaux du GREEN ont également été initiés en adoptant une approche large, fondée sur la promotion de la bientraitance, plutôt que de s'inscrire dans une réaction à la dénonciation de violences dans le cadre des soins. En anesthésie, le défaut d'analgésie obstétricale a fait l'objet d'une recommandation du CARO (Collège d'Anesthésie-Réanimation en Obstétrique).

La publication de ce rapport s'inscrit dans un contexte très complexe. La périnatalité française est en crise. Les indicateurs de santé des enfants et des mères figurent parmi les moins bons au sein des pays de l'OCDE. Plus de 60 % des maternités françaises n'ont pas les effectifs nécessaires pour assurer, a minima, la permanence des soins. Alors qu'un consensus assez exceptionnel existe depuis plusieurs années sur le fait que la réorganisation des maternités soit une priorité nationale (rapport de l'académie de médecine, rapport sénatorial puis de la cours des comptes), un rapport de l'IGAS, publié début août 2026 à la suite de révélations du Canard Enchaîné (et largement critiqué par les sociétés savantes), ne voit pas ce problème...alors qu'un autre rapport de l'IGAS, publié le 26 août 2026, met en lumière la

gravité de la situation quant au temps de travail des médecins... Dans ce contexte de tensions extrêmes en matière d'organisation des soins et de fragilité des équipes, un nouveau rapport dénonçant les violences obstétricales a été publié par l'association Stop-VOG le 24 juin 2026. Répondant aux demandes de collectifs associatifs, un projet de loi, dite « intégrale », sur les violences sexuelles et sexistes, comportant plusieurs articles relatifs aux violences obstétricales et gynécologiques, est en cours d'examen.

Faire converger les besoins et les attentes des femmes et des professionnels des soins, afin de prévenir toutes les formes de violence dans le cadre des soins, constitue le préalable nécessaire à la mise en place de soins véritablement bientraitants. Les professionnels doivent pouvoir s'approprier positivement la question et participer activement à l'amélioration de la qualité des soins vécus et à la prévention des violences professionnelles.

Le présent rapport n'est qu'un point d'étape rendant compte de l'avancée des travaux du groupe de travail de la SFMP ; il n'est en aucun cas un aboutissement. Il vise à partager avec les communautés professionnelles et les usagers un état des lieux, à la fois qualitatif et quantitatif, fondé sur les données et la littérature existantes. Notre groupe a également formulé des recommandations pratiques en matière de formation et défini une méthode de travail afin de se mettre en mesure de produire, à court terme, des recommandations couvrant les multiples champs des soins périnataux.

1.2 Objectifs du groupe de travail

1.2.1 Objectifs de long terme

Ce groupe de travail a vocation à inscrire ses travaux sur le long terme. Il s'agit pour la SFMP de faire évoluer les pratiques et l'organisation des soins afin qu'elles répondent au mieux aux attentes des femmes, des couples et des professionnels. L'objectif est bien de travailler à la bientraitance périnatale en connaissance des violences qui peuvent exister dans les soins, mais non en réaction à celles-ci.

1.2.2 Objectifs à court terme

La problématique est complexe et a d'abord été mise en lumière par la dénonciation des violences subies par les femmes et les couples. La première réaction de certains professionnels a pu être d'adopter une posture défensive, dans un contexte d'incompréhension des reproches formulés. Les objectifs à court terme du groupe de travail de la SFMP étaient avant tout de réaliser un état des lieux qualitatif et quantitatif afin de poser les bases partagées d'un travail reposant sur des concepts clairement définis et, si possible, quantifiés.

1.3 Méthodologie – organisation de travail

Le groupe de travail s'est réuni régulièrement entre 2023 et 2026. Les réunions ont été consacrées à l'établissement d'un état des lieux partagé entre les membres, par la présentation des travaux et des points de vue de chacun. À partir de 2025, le groupe a travaillé à la production du présent rapport.

L'ensemble des textes inclus dans ce rapport a fait l'objet d'une relecture par l'ensemble du groupe. Chaque texte (ou chapitre) a pour vocation de pouvoir être appréhendé indépendamment ; ce choix, ainsi que la perspective de valorisation d'une partie des textes dans des revues indexées couvrant des champs de savoir à la fois médicaux et des sciences sociales, est à l'origine de quelques redondances

d'un chapitre à l'autre, ainsi que de styles de rédaction ou de présentation de la bibliographie pouvant présenter différentes nuances. Nous avons voulu, avant tout, conserver l'approche multidisciplinaire qui a présidé à la réalisation de ce travail.

Le rapport a été relu avant diffusion par les membres du bureau de la SFMP : Delphine Mitanchez (néonatalogue, présidente), Michel Dreyfus (gynécologue-obstétricien, ancien président), Damien Subtil (gynécologue-obstétricien, vice-président), Anne Ego (médecin de santé publique, secrétaire générale), Geneviève Creutzmeyer (sage-femme, trésorière), Denis Gallot (gynécologue-obstétricien, trésorier adjoint) et Julie Blanc (gynécologue-obstétricienne, présidente du conseil scientifique).

2. Terminologie, évolution des concepts

Si le choix des mots est crucial pour échanger sur de multiples sujets, il l'est tout particulièrement pour aborder un phénomène qui traverse l'obstétrique et la périnatalité depuis quelques années : celui de la dénonciation de violences obstétricales, de maltraitements, de mauvais traitements, de traitements inappropriés ou abusifs, ou encore de soins irrespectueux ou de viols. Parce que ces mots ne sont pas synonymes et qu'ils apparaissent dans le débat public, les revendications militantes, les échanges au sein de communautés professionnelles, les publications scientifiques ou encore dans des rapports d'instances comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le conseil de l'Europe, le Haut Conseil à l'Égalité entre femmes et hommes (HCE) ou l'Académie Nationale de Médecine, il nous est apparu nécessaire d'introduire ce rapport par quelques réflexions sur la terminologie et des choix que nous avons fait dans les pages qui suivent.

Définir les termes et s'entendre sur ces définitions pour un sujet aussi sensible que celui qui nous occupe est un enjeu important, tout autant pour aborder le sujet avec la rigueur qu'il mérite que pour éviter que le fond du sujet et les actions qui s'imposent ne soient mis de côté ou retardés par des désaccords sémantiques qui pourraient servir d'alibis.

2.1 Violences obstétricales

Si historiquement le terme de « violences obstétricales » a pu se référer à des pratiques discriminatoires visant les femmes de groupes sociaux opprimés pour forcer des conversions ou sauver l'âme de fœtus au détriment de la vie de leur mère par la pratique de césariennes forcées, forcer et encadrer la reproduction d'esclaves, les pratiques de stérilisation forcées ou encore l'utilisation du corps des femmes enceintes pour expérimenter, ce que désigne ce terme a évolué avec l'accélération de la médicalisation de la naissance qu'a connu le XX^{ème} siècle (1). Avec les mouvements visant à humaniser l'accouchement et à lutter contre la surmédicalisation de la naissance, le terme de "violence obstétricale" est apparu dans les années 1980, avec une connotation différente. Il s'agit, par son utilisation, de dénoncer l'usage abusif et/ou non consenti de procédures telles que le déclenchement du travail, l'épisiotomie ou la césarienne. Les violences obstétricales s'inscrivent, en raison de leur objet, dans le champ plus large des violences de genre (1).

Le terme de violence obstétricale est ainsi mobilisé depuis plus de 20 ans dans certains pays d'Amérique latine et des Caraïbes, où son utilisation vise explicitement à protéger les femmes contre les mauvais traitements pendant la grossesse et l'accouchement. Dans ces contextes, il apparaît même dans certains textes de loi (2).

L'utilisation de ce terme est néanmoins contestée par certains qui lui reprochent de ne pas être adapté à ce qu'il cherche à désigner. Chervenak et al. aux États-Unis considèrent, par exemple, qu'il s'agit d'une dénomination impropre et dénoncent son utilisation croissante dans la littérature scientifique (3). Ce qui est contesté dans cette terminologie, c'est en particulier le fait qu'elle renvoie à un acte délibéré,

à une intentionnalité, alors que l'utilisation de termes tels que « mauvais traitement » ou « maltraitance » laisse plus volontiers place à la dimension systémique de ces actes, résultat, pour beaucoup d'entre eux, d'organisations inadaptées, de moyens insuffisants, d'un manque de formation des professionnels, d'environnements stressants.

Ce débat sémantique illustre la difficulté à qualifier ces phénomènes, et plusieurs se sont essayés à dresser une typologie de pratiques liées à la grossesse et à l'accouchement qu'il convient de combattre. Bower et Hill proposent ainsi, en 2010, une catégorisation des soins irrespectueux et abusifs au cours de la naissance (4), typologie revisitée par Bohren et al. en 2015 à partir d'une revue systématique de la littérature (5). Alors que les soins inappropriés surviennent dans le cadre d'interactions entre une femme et un professionnel, les auteurs de cette revue en soulignent la dimension systémique, impliquant les politiques de santé et, plus largement encore, les rapports de pouvoir qui traversent nos sociétés, en particulier les rapports de genre. Ils font le choix de regrouper ces phénomènes sous l'appellation générique de « mistreatment of women during childbirth » que l'on pourrait traduire par « mauvais traitement des femmes durant l'accouchement » ou « maltraitance », terme que nous avons choisi consensuellement, considérant qu'il s'agit d'un terme plus apte à englober les expériences multiples rapportées par les femmes ou les professionnels, qu'il y ait intentionnalité ou pas, et quelle que soit la nature du rapport entre cause systémique et responsabilité individuelle. Dans tous les cas, il est souligné que ces « mauvais traitements », quels qu'ils soient, constituent des violations des droits humains fondamentaux, en particulier celui, pour chaque femme, de « jouir du meilleur état de santé mental et physique possible, en particulier en termes de santé sexuelle et reproductive » (6).

Les auteurs distinguent ainsi 7 catégories de mauvais traitements (5) :

- Violences physiques (utilisation de la force et de la contrainte physique)
- Violences sexuelles (abus sexuels et viols)
- Violences verbales (langage brutal, culpabilisant, expression de jugements, menaces)
- Stigmatisations et discriminations (sur la base de caractéristiques sociales, économiques, ethniques, religieuses, d'âge, d'infection par le VIH)
- Échecs dans l'obtention de soins conformes aux standards (absence de consentement, rupture de confidentialité, examens douloureux, retard ou refus de traitement analgésique, négligences)
- Défaut d'interaction entre les femmes et les professionnels de santé (défaut de communication, manque de soins d'accompagnement, manque d'autonomisation)
- État et contraintes du système de santé (manque de ressources, locaux inadaptés, manque de procédures, cultures au sein des établissements).

Un autre élément déterminant les choix sémantiques est le cadre dans lequel on se situe. Si celui-ci est juridique, ce qui n'est pas notre positionnement ici, il impose de s'appuyer sur une terminologie utilisée pour qualifier juridiquement les actes. À ce titre, la rapporteuse spéciale des Nations unies sur la violence contre les femmes et les filles, Dubravka Simonovic, précise que le terme « violence obstétricale » n'est pas utilisé en droit international des droits de l'homme et que, pour s'inscrire dans la perspective des normes internationales, elle recourt à la terminologie « violences faites aux femmes pendant l'accouchement » (7).

En France, l'apparition du terme « violence obstétricale » est plus récente. Deux rapports, cités plus haut, ont contribué à institutionnaliser cette terminologie : celui du HCE, publié le 29 juin 2018 (8), et celui de l'Académie nationale de médecine, adopté le 18 septembre de la même année (9). Ces rapports font tous deux suite à la mobilisation publique et médiatique croissante sur le sujet et proposent des définitions qui se recoupent largement, bien que la question soit abordée à partir de positions différentes.

Le rapport du HCE définit les violences gynécologiques et obstétricales comme « les actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes (8). Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un·e ou plusieurs membres du personnel soignant envers une patiente au cours de ce suivi (...). Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves (HCE 2018) ».

Sur la base de cette définition, le HCE identifie 6 types d'actes sexistes :

- 1) Non-prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation ;
- 2) Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, le désir ou non d'avoir un enfant, qui renvoient à des injonctions sexistes ;
- 3) Injures sexistes ;
- 4) Actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente ;
- 5) Actes ou refus d'actes non justifiés médicalement ;
- 6) Violences sexuelles : harcèlement sexuel, agressions sexuelles et viols.

Selon le rapport du HCE, toutes les violences décrites ici sont commises par des hommes et des femmes, quelle que soit leur spécialité, c'est-à-dire des gynécologues, des obstétriciens, des sages-femmes, des anesthésistes, des infirmiers et tout autre professionnel de santé travaillant dans le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie (8). C'est cette définition du HCE qui est majoritairement reprise par des associations à vocation militante.

Intitulé « De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités », le rapport de l'Académie nationale de médecine précise pour sa part que « le vocable de " Violences obstétricales " regroupe tout acte médical, posture, intervention non approprié ou non consenti. Il recouvre donc, non seulement des actes non conformes aux recommandations pour la pratique clinique (RPC) mais aussi des actes médicalement justifiés réalisés sans information préalable et/ou sans le consentement de la patiente ou avec une apparente brutalité. Enfin, les attitudes, comportements, commentaires ne respectant pas la dignité, la pudeur et l'intimité des femmes sont également cités sous ce terme et rapprochés de la non-prise en compte de la douleur pendant et après l'accouchement » (9).

Alors que le terme de violences obstétricales est utilisé par les associations militantes, car émanant d'un savoir issu de la mutualisation des expériences (10), et par certains universitaires (11), les professionnels de santé préfèrent celui de " gestes, attitudes, paroles inappropriés " (12).

Il est enfin nécessaire de revenir à l'étymologie et aux définitions du mot « violence » pour saisir la portée des désaccords lorsque celui-ci est adjoint à l'adjectif « obstétrical ». Comme le rappelle Marie-Christine Poujouly, l'étymologie du mot « violence », tout comme celle de l'adjectif « violent » et du verbe « violer », dérive du latin « vis », qui signifie « force en action, force exercée contre quelqu'un ». Le pluriel

« vires » désigne les forces physiques nécessaires à l'exercice de la « vis » (13). Une définition courante du terme est celle d'une « force brutale, intense, souvent destructrice exercée contre quelqu'un ». Cette définition se réfère en particulier à la violence physique (13) et à des faits. Elle peut de plus se manifester tout autant dans nos manières d'appréhender des faits, de les juger, de les voir ou, au contraire, de ne pas les voir. Le concept de violence suppose ainsi une référence à des normes institutionnelles, juridiques, culturelles, sociales et personnelles qui peuvent ne pas être partagées par tous (14). Sans relativiser l'expérience vécue, on comprend ainsi que la qualification d'un acte par rapport à ce concept puisse varier selon les représentations individuelles et le cadre de lecture adopté.

L'Organisation Mondiale de la Santé donne une définition large de la violence qui s'applique tout autant à la violence auto-infligée, interpersonnelle et collective qui peut être sociale, politique ou économique, et propose « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces ou du pouvoir à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès » (15). L'inclusion du terme « pouvoir » permet l'élargissement de la nature de l'acte violent en y incluant les menaces, l'intimidation, la négligence et les actes d'omission. Cette définition rend plus explicites les conséquences de la violence sur la santé physique et mentale de la personne qui la subit.

Cette définition, qui embrasse de manière générale la notion de violence, a cela d'intéressant de réduire son champ en impliquant un perpétreur, un individu, un collectif, une organisation et l'introduction de l'intentionnalité. Avec cette idée d'un perpétreur sujet de l'action violente, on peut ainsi tracer une ligne, qui sera certes toute théorique, entre ce que l'accouchement et la naissance portent intrinsèquement de violence physique, psychique et symbolique, une violence que certains qualifieraient de « naturelle » et l'action violente d'un individu, d'un collectif ou d'une organisation qui pourrait, elle, être qualifiée de violence obstétricale. Reste néanmoins la notion d'intentionnalité, qui réduirait le champ de la violence obstétricale à la violence intentionnelle et laisserait en dehors du champ de l'attention les violences de cause systémique si elle désignait l'intention de nuire. Or, c'est de l'intention d'agir dont il est question dans cette définition, ce qui signifie que la qualification de violence obstétricale s'applique à toutes les formes de violence, qu'il y ait ou non intention de nuire de la part du perpétreur.

Ce rapport entre la violence inhérente à un processus physiologique comme celui de la naissance ou de ses complications et celle issue de l'action intentionnelle d'un individu s'est construit alors que la naissance connaissait, au XX^e siècle, un processus de médicalisation qui, tout en faisant chuter de manière importante la morbidité et la mortalité tant maternelles que périnatales, a profondément transformé l'expérience de la grossesse et de l'accouchement pour les femmes. En arrivant à un contrôle sans précédent des risques somatiques de l'accouchement par cette médicalisation, ce sont peut-être plus les risques liés aux procédures médicales qui pèsent aujourd'hui sur les femmes, ce que le sociologue allemand Ulrick Beck appelle le risque réflexif, que ce qui reste du risque primaire (15). Néanmoins, ce risque primaire, bien que minimisé par la médicalisation et invisibilisé par la médiatisation du risque réflexif, demeure. Il est porteur d'une violence bien réelle, de même qu'il implique le déploiement de soins dont le caractère invasif, souvent important, ne constitue ni une condition nécessaire ni suffisante pour les qualifier de violences obstétricales.

On comprend, par ces lignes de crête étroites, que le terme de « violence obstétricale » est d'un usage très délicat. Si l'existence de violences obstétricales est documentée et ne fait pas l'objet de discussion, la violence de l'accouchement peut ne pas être imputable au professionnel intervenant. L'usage du terme « violence », applicable aux deux situations, est de nature à entretenir une confusion que les termes « traitement inapproprié », « mauvais traitements » ou « maltraitance » dissipent. Par le lien direct

et explicite que ces termes établissent avec le soin, l'ambiguïté est évacuée. Reste néanmoins que ces termes ne permettent pas de tracer une frontière toujours claire entre les soins inappropriés médicalement, c'est-à-dire non conformes aux connaissances actuelles (ce qui suppose d'être en mesure de définir les standards de soins), et les soins inappropriés humainement, c'est-à-dire irrespectueux, déniaient à la femme ses droits fondamentaux à l'autonomie ou à la dignité. Peut-être peut-on, d'ailleurs, considérer cette distinction comme caduque aujourd'hui et faire du respect des droits fondamentaux et de la sécurité émotionnelle un aspect sanitaire à part entière.

2.2 Bientraitance dans le soin

Si, comme nous l'avons pu voir, le HCE utilise explicitement le terme de « violences gynécologiques et obstétricales » pour souligner sa dimension structurelle, l'Académie nationale de médecine met l'accent sur la « bientraitance » pour en souligner les insuffisances et identifier les leviers à mobiliser. C'est également ce positionnement qui a été retenu par la Société Française de Médecine Périnatale et son groupe de travail pluridisciplinaire, auteur du présent rapport. En effet, dans la continuité des choix d'institutions comme l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) devenue Haute Autorité de Santé (HAS), nous avons souhaité mettre en avant le terme de « bientraitance » tout en considérant sa proximité avec celui de « maltraitance ». « Utiliser le terme de bientraitance oblige en effet les professionnels à garder la mémoire, la trace de la maltraitance. Ainsi, la bientraitance, démarche volontariste, situe les intentions et les actes des professionnels dans un horizon d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable. La bientraitance est donc à la fois démarche positive et mémoire du risque de maltraitance ou de violence » (17).

Références

1. O'Brien E, Rich M. Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*. 2022;399:2183–5. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01022-4
2. Pérez D'gregorio R. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2010;111:201–2. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.09.002
3. Chervenak FA, McLeod-Sordjan R, Pollet SL, et al. Obstetric violence is a misnomer. *Am J Obstet Gynecol*. 2024;230:S1138–45. doi: 10.1016/j.ajog.2023.10.003
4. Bowser D, Hill MPH. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth Report of a Landscape Analysis. 2010.
5. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*. 2015;12. doi: 10.1371/JOURNAL.PMED.1001847
6. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva 2014.
7. Simonovic, D. Rapport de la Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences concernant l'adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales. 2019. https://digitallibrary.un.org/record/3823698/files/A_74_137-FR.pdf
8. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Paris 2018.
9. Rudigoz RC, Milliez J, Ville Y, Crépin G. De la bientraitance en obstétrique – la réalité du fonctionnement des maternités. Rapport de l'Académie Nationale de Médecine, Sept 2018. <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2018/09/Rapport-M-cr%C3%A9pin-18-septembre-2018.pdf>
10. Evrard A, Schantz C, Tiet M. À l'écoute du vécu de femmes victimes de violences obstétricales. In Schantz C, Rozée V, Molinier P. *Violences obstétricales. Cahiers du Genre*, 2021, 71, 129-142 ISSN 1298-6046.
11. Rozée V, Schantz C. Accoucher pendant la pandémie de Covid-19 en France : la grande solitude des femmes. *The Conversation* 2023. <https://doi.org/10.64628/AAK.xfewga7jt>
12. Cinelli H, Lelong N, Le Ray C. Evolution of medical practices during labour and delivery: Data from the 2021 French national perinatal survey. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2023 May;51(5):237–238. doi: 10.1016/j.gofs.2022.12.002. Epub 2022 Dec 23.
13. Poujouly M-C. Violence. Les concepts en sciences infirmières. 2012;302–4. doi: 10.3917/ARSI.FORMA.2012.01.0302
14. Michaud Y. La violence. PUF. Paris: Presses Universitaires de France 2018.
15. World Health Organization. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé 2001.
16. Beck U. *Risk Society : Towards a New Modernity*. SAGE 1992.
17. ANESM. La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Paris 2008.

3. État des lieux

3.1 Violences obstétricales en France : où en est-on ?

Aujourd'hui, sans pour autant parler explicitement de « violences obstétricales », de nombreuses institutions nationales et internationales reconnaissent que la biomédicalisation de l'accouchement constitue une avancée majeure pour la santé des femmes et des enfants, mais qu'elle peut également conduire à des actes et comportements qui ne respectent pas la sécurité physique, mentale et sociale des femmes, voire à des pratiques non justifiées sur le plan médical. Ainsi, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dénonce ces traitements irrespectueux et abusifs et appelle à les prévenir et les éliminer dans le monde entier (World Health Organization 2014 ; 2018). Dans le même temps, la Fédération Internationale des Gynécologues Obstétriciens (FIGO) se positionne sur « l'épidémie mondiale de maltraitance et de manque de respect au cours des accouchements » et appelle à une union des forces (Miller et Lalonde 2015). En 2019, le Conseil de l'Europe adopte la résolution 2306 visant à prévenir les violences obstétricales et gynécologiques (Conseil de l'Europe 2019). Cinq années plus tard, la Commission européenne et le Parlement européen publient chacun un rapport pour rendre visibles ces violences et proposent des recommandations (European Parliament's Committee 2024 ; European Commission. Directorate General for Justice and Consumers, Scientific Analysis and Advice on Gender Equality in the EU (SAAGE), et Fondazione Giacomo Brodolini (FGB) 2024).

3.1.1 Émergence de la question des violences obstétricales en France

Si les violences obstétricales ont déjà fait l'objet de revendications, d'études scientifiques et même de la promulgation de lois en Amérique latine dans les années 2000 (Quattrocchi 2019), il a fallu attendre le milieu des années 2010 pour qu'elles deviennent une question publique et politique en France (Rozée et Schantz 2021).

La question des violences obstétricales est d'abord apparue dans les milieux féministes militants (Azcué et Tain 2021), puis sur les réseaux sociaux. En 2013, la féministe et juriste belge Marie-Hélène Lahaye lance son blog "Marie accouche-là" pour dénoncer les conditions d'accouchement. Des revendications publiques apparaissent ensuite sur les réseaux sociaux et s'élargissent aux violences gynécologiques, notamment via l'hashtag #PayeTonUtérus. Lancé le 19 novembre 2014, cet hashtag a recueilli 7 000 commentaires en 24 heures (HCE 2018). La même année, Agnès Ledig, autrice et sage-femme, dénonce publiquement une pratique dite « le point du mari ». Cette pratique, qui consiste, lors de la suture d'un périnée déchiré ou d'une épisiotomie, à faire un point supplémentaire pour resserrer l'entrée du vagin, est supposée accroître le plaisir sexuel de l'homme, alors qu'elle crée des dyspareunies chez la femme. En 2015, une cinquantaine de médecins, journalistes et féministes publient une tribune révélant et dénonçant la pratique de touchers vaginaux et anaux non consentis sur des patientes endormies sous anesthésie. Ces révélations suscitent l'indignation et sont accompagnées de nombreux témoignages sur les réseaux sociaux, notamment pour dénoncer les maltraitements lors des soins gynécologiques et obstétricaux, comme #PayeTonUterus, #PayeTonGyneco, #PayeTonAccouchement, #ViolencesObstétricales, #MonPostPartum (Salles 2021).

Dans le même temps, une certaine insatisfaction des femmes quant à la prise en charge et aux conditions de leur accouchement dans les hôpitaux est rendue publique : en 2016, 12 % des femmes interrogées dans le cadre de l'Enquête nationale périnatale de 2016 déclarent être peu ou pas du tout

satisfaites, de façon globale, de leur accouchement dans les hôpitaux français (Blondel et al. 2017). Un psychologue et un psychiatre font alors l'hypothèse que le contexte de libération de la parole des femmes aurait contribué à la déclaration, et donc à la visibilité, des violences à cette époque (Michel et Squires 2018).

Ces dénonciations et les débats publics suscités ont été repris par les journalistes et, dans les années suivantes, ravivés par la diffusion d'émissions radiophoniques et de documentaires sur le sujet (Salles 2021), ainsi que par la publication de bandes dessinées et de livres de vulgarisation (Déchalotte 2017 ; Lahaye 2018). Des produits culturels sur les violences obstétricales ont vu le jour. En mars 2016, la blogueuse et illustratrice Emma publie L'histoire de ma copine Cécile, dans laquelle elle décrit en détail, dessins à l'appui, les conditions de l'accouchement de son amie, notamment l'épisiotomie qu'elle avait pourtant refusée. En 2017, la journaliste Mélanie Déchalotte publie « Le livre noir de la gynécologie » (Déchalotte 2017) ; un an plus tard, Marie-Hélène Lahaye publie l'ouvrage « Accouchement, les femmes méritent mieux » (Lahaye 2018). Par la suite, des documentaires et des courts-métrages ont également été produits, comme « Tu enfanteras dans la douleur » d'Ovidie en 2019 et « Et si on s'écoutait » de Nils Tavernier en 2021.

Toutes ces mobilisations depuis 2013 ont conduit l'État à se saisir de la question. En 2017, Marlène Schiappa, alors secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, commande au Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) un rapport sur les violences gynécologiques et obstétricales. Le rapport de 164 pages, qui accorde une large place à la parole des femmes (avec de nombreuses citations d'entretiens), est publié en 2018 (HCE 2018). Deux mois plus tard, l'Académie nationale de médecine française produit à son tour un rapport de 22 pages sur le sujet (Académie de médecine 2018).

Ainsi, le concept de violences obstétricales est aujourd'hui de plus en plus connu et reconnu en France, à tous les niveaux, sociétaux, institutionnels ou étatiques. Malgré cela, le concept même de violences obstétricales continue de susciter des controverses et des débats, notamment au sein de la communauté médicale. Deux éléments principaux sont au cœur de la controverse sur le sujet : le consentement et l'intentionnalité.

La question du consentement a été mise en lumière en 2021, puis en 2022, lorsque des plaintes ont été déposées au pénal à l'encontre de gynécologues-obstétriciens. Ces plaintes s'appuient sur la loi Kouchner du 4 mars 2002, selon laquelle tout acte médical doit faire l'objet d'un consentement libre et éclairé, soulignant que ce consentement peut être retiré à tout moment. Ces plaintes ont conduit le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) à publier un avis en insistant sur le « Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques et touchant à l'intimité » (CCNE 2023). Jusqu'à récemment, en France, l'examen pelvien était quasi systématique lors des consultations en obstétrique et le consentement des femmes était considéré comme implicitement acquis lors de leur venue en consultation pour le suivi de grossesse.

La notion d'intentionnalité fait également l'objet d'une cristallisation des débats avec les professionnels de santé. Le Cercle d'Études des Gynécologues Obstétriciens d'Île-de-France (CEGORIF) écrit par exemple que « ce terme de violence induit une notion d'intentionnalité et c'est à nous, professionnels de santé, qu'il fait violence » (Hattem-Gantzer 2020) p.179). Cependant, le rapport du HCE précise que les violences gynécologiques et obstétricales sont commises par des femmes et des hommes qui n'ont pas nécessairement l'intention d'être violents.

3.1.2 Définitions institutionnelles en France

En France, les deux rapports institutionnels cités plus haut font référence aux violences gynécologiques et obstétricales : le rapport du HCE et celui de l'Académie nationale de médecine, tous deux publiés en 2018, à la suite de la mobilisation publique et médiatique croissante sur le sujet. Ces deux rapports traitent des violences obstétricales, mais sous une perspective épistémologique différente.

Le rapport du HCE définit les violences gynécologiques et obstétricales comme « les actes sexistes les plus graves susceptibles de se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes ». Selon le rapport du HCE, toutes les violences décrites ici sont exercées par des hommes et des femmes, quelle que soit leur spécialité, c'est-à-dire des gynécologues, des obstétriciens, des sages-femmes, des anesthésistes, des infirmiers et tout autre professionnel de santé qui travaille dans le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie (HCE 2018). En France, deux associations principales militent pour faire entendre la voix des femmes : le CIANE, collectif d'associations autour de la naissance, constitué en 2003, et StopVOG, créée en 2017. C'est cette définition du HCE qui est majoritairement reprise par l'association StopVOG.

En France, le terme de violences obstétricales est rarement utilisé par les professionnels de santé, qui emploient plus souvent le terme de « bientraitance » proposé par l'Académie de médecine, ou celui de « gestes inappropriés » (Le Ray, Lelong et Cinelli 2021). En revanche, le terme de « violences obstétricales » est mobilisé dans les collectifs et les associations (Bisch et al. 2020 ; Evrard 2020 ; Evrard, Tiet et Schantz 2021) et par des universitaires (Schantz, Rozée, et Molinier 2021 ; Simon et Supiot 2023) afin de reconnaître les expériences vécues par les femmes elles-mêmes, et les termes qu'elles utilisent quand elles les mettent en mots. Pour Camilla Pickles, les professionnels de santé (qui constituent le groupe social accusé de ces violences) ne seraient pas en position légitime pour en proposer une définition ou une conceptualisation (Pickles 2023). Enfin, la perception de la violence est subjective et dépend des histoires et des sentiments de chaque individu (Académie de médecine 2018 ; Lévesque et al. 2018 ; Michel et Squires 2018).

À l'échelle internationale, les débats sont toujours vifs quant aux mots à utiliser, et plusieurs commentaires ont récemment été publiés par des professionnels de santé et des sociétés savantes pour réfuter une nouvelle fois le terme de « violences obstétricales » (Ayres-de-Campos et al. 2024 ; Chervenak et al. 2024).

3.1.3 Données chiffrées disponibles en France

En France, de nombreuses recherches en médecine, en santé publique et en sciences sociales portent sur la santé reproductive et sexuelle. Mais les études sur les conditions et les vécus des soins obstétricaux et de l'accouchement sont plus rares. Lorsqu'elle existe, l'approche épistémologique est très rarement celle de la violence obstétricale. Ainsi, en France, il n'existe pas de données statistiques sur l'ampleur des violences obstétricales.

Trois grandes enquêtes se sont cependant intéressées à la santé mentale des femmes en lien avec des soins inappropriés lors de leur accouchement.

Une étude prospective multicentrique de cohorte menée en 2018 dans 25 maternités autour de la ville de Lyon (Réseau périnatal AUORE) a montré qu'environ 15 % des 627 femmes interrogées se déclaraient insatisfaites face à des comportements inappropriés des soignants (Gaucher et al. 2021). Cette même étude a également montré une association entre l'insatisfaction envers le comportement des soignants en salle de naissance et les symptômes d'un état de stress post-traumatique (ESPT) à 2

mois post-accouchement. L'ampleur de ce phénomène dans les soins périnataux est mal connue en France, en partie en raison de l'absence d'outils de mesure standardisés (Leavy et al. 2023).

En 2019, une enquête prospective multicentrique a été menée au sein du réseau périnatal de Bourgogne avec 1 149 femmes ayant répondu deux jours après leur accouchement à un questionnaire interrogeant les « violences au bloc obstétrical » suivantes : violence verbale, violence physique, information et consentement, non-respect des bonnes pratiques soignantes, manquements dans la relation soignant-soignée et stigmatisation/discrimination, ainsi que le vécu physique et psychologique des patientes (Malet et al. 2020). Ces catégories étaient inspirées des recommandations de l'OMS et se rapprochaient des définitions des violences obstétricales proposées par la littérature internationale : 44 % des femmes ont déclaré au moins une « violence au bloc obstétrical », avec, en premier lieu, l'absence de recherche et/ou de respect du consentement (21,5 %), un manquement aux bonnes pratiques soignantes (24,2 %), une information non satisfaisante pour au moins un geste (14,4 %) ou un manquement dans la relation soignant-soignée (11,1 %).

Enfin, depuis 1995, une Enquête Nationale Périnatale (ENP) est menée régulièrement (1995, 1998, 2003, 2010, 2016 et 2021), et ses résultats sont référencés dans le rapport européen sur la santé périnatale. La dernière ENP réalisée en 2021 dans les 480 maternités françaises (métropole et outre-mer), dont six maisons de naissance, a concerné 13 404 femmes (Le Ray, Lelong et Cinelli 2021). Pour la première fois, les femmes ont été recontactées deux mois après l'accouchement, et leur santé mentale a été évaluée. Pour les femmes ayant accepté, ce suivi a été réalisé par téléphone ou en ligne. Par ailleurs, 15,5 % des femmes ont vécu leur grossesse difficilement ou très difficilement, et 11,7 % ont un vécu mauvais, voire très mauvais, de leur accouchement (Le Ray, Lelong et Cinelli 2021). Pour la première fois également, cette enquête a introduit la notion de « soins inappropriés ». Cette notion peut servir de « proxy » pour mesurer les violences obstétricales. Environ 10 % des femmes rapportent avoir été exposées, parfois ou souvent, pendant leur grossesse, leur accouchement ou leur séjour à la maternité, à des paroles ou des attitudes inappropriées de la part des soignants, et environ 7 % à des gestes inappropriés (Le Ray, Lelong et Cinelli 2021).

3.1.4 Des violences au cœur des inégalités sociales

Dans les recherches en sciences sociales, y compris dans les études de genre, le concept de violences obstétricales peine parfois à faire sa place en France et divise même les féministes, comme d'autres problématiques qui touchent à la maternité et à sa biomédicalisation, dont le bien-fondé ne fait pas toujours consensus (c'est le cas, par exemple, des questions relatives à la contraception hormonale ou encore à l'analgésie péridurale) (Cardi et al. 2016). De nombreux travaux en sciences sociales en France ont abordé et analysé les rapports sociaux inégalitaires et les rapports de domination qui s'exercent sur le corps des femmes dans la sphère médicale, sans pour autant les appréhender comme des « violences » (Akrich et Laborie 1999 ; Löwy, Rozée Gomez et Tain 2014 ; Bajos et Ferrand 2004 ; Jacques 2007 ; Tain 2013 ; Vergès 2017). Pourtant, appréhender en termes de violences non seulement certains gestes, mais aussi certaines formes de domination de la part de l'institution médicale permettent de lever des injustices épistémiques qui disqualifient le vécu et la parole des femmes (Pickles 2023). S'appuyant sur les témoignages de femmes et de couples, Anne Evrard, vice-présidente du CIANE (Collectif InterAssociatif autour de la Naissance), rapporte des propos infantilissants, sexistes, humiliants, dénigrants, voire menaçants et intimidants vécus par certaines femmes au cours de leur grossesse et/ou de leur accouchement. Voici les sentiments spécifiques recueillis auprès de femmes qui disent avoir subi des violences obstétricales : la rupture du contact et du dialogue avec les professionnels de santé ; la perte de la place de la femme en tant qu'interlocutrice et actrice principale ; une perte de confiance dans l'équipe et une grande solitude ; un sentiment de dévalorisation,

d'humiliation et d'infantilisation ; la non-prise en compte de sentiments spécifiques ; la négation de sa capacité à faire des choix légitimes et considérés comme essentiels ; un sentiment de dépossession de son rôle, de son corps, de son bébé ou, à l'inverse, d'être réduite à un simple corps ; un vécu d'isolement et d'abandon, et l'émergence de la peur et du risque de mort sans qu'il soit possible de l'exprimer ouvertement (Evrard 2020).

La dimension structurelle des violences obstétricales, c'est-à-dire le fait qu'elles peuvent être indirectes, anonymes et invisibles, et produites par l'État et ses institutions, ou par les normes qui reproduisent les inégalités sociales (Galtung et Høivik, 1971), a été démontrée à un niveau transnational (Sadler et al., 2016). Cette dimension structurelle peut se manifester par des insuffisances de moyens matériels et humains au sein du système de soins (Bohren et al., 2015) et dans les politiques publiques en matière de santé. Et elle est avant tout liée au système de genre : ces violences s'exercent principalement sur le corps des femmes qui accouchent et s'inscrivent à la fois dans la construction historique du corps reproducteur des femmes, qui doit être performant, disponible et docile (Ehrenreich et English, 2016 ; Froidevaux-Metterie, 2018) et dans le gouvernement des corps qui impose le contrôle et la surveillance des corps par l'État, la société et l'institution médicale de façon générale (Fassin et Memmi, 2004 ; Paris, 2020). La spécificité du gouvernement des corps féminins tient au fait qu'il est renforcé par le patriarcat de l'État. Ainsi, à travers le concept de violences obstétricales, les pratiques médicales sont analysées comme des pratiques sociales qui « expriment des relations de pouvoir, des positions de classe, des hiérarchies » (Castrillo, 2016, p. 47). Les professionnel·les de santé impliqué·es dans la périnatalité et, à travers eux et elles, le système de soins, jouent un rôle essentiel dans la reproduction des normes de genre (Ehrenreich et English, 2016). Roberto Castro décrit, au Mexique, comment « l'habitus médical autoritaire » se situe à l'intersection des rapports de pouvoir de genre et de classe. Il montre ainsi que l'institution médicale est le produit de cette structure sociale inégalitaire et décrit comment elle contribue à la reproduction de ces inégalités. Ainsi, si ces violences se situent à l'intersection des violences dans les soins et des violences de genre, l'utilisation du concept de « violences obstétricales » permet de rendre visible la dimension structurelle de ces violences (Sadler et al., 2016) et de les inscrire dans le continuum des violences de genre (Delage, Lieber et Chetcuti-Orsovit, 2019), évoqué ci-dessus.

Tous les soignants peuvent être à l'origine de violences obstétricales, sans distinction de sexe, de classe ou d'âge (HCE 2018 ; Evrard 2020). Les violences de genre peuvent être exercées à la fois par des hommes et par des femmes, notamment par des sages-femmes. Comme expliqué plus haut, elles constituent ainsi la conséquence intériorisée et peu questionnée des rapports de pouvoir qui s'exercent sur le corps des femmes. Penser les violences obstétricales comme des violences de genre invite donc à considérer « les rapports sociaux inégalitaires qui favorisent les coups, les blessures, la pression psychologique et le contrôle » et à « reconnaître le contexte inégalitaire qui favorise leur manifestation » (Delage, Lieber, et Chetcuti-Orsovit 2019), mais aussi à penser ces questions dans l'historicité du contrôle et de l'appropriation du corps féminin par la société en général et par l'institution médicale en particulier. C'est pourquoi Mounia El Kotni et Chiara Quagliariello, en mobilisant une approche intersectionnelle à partir de terrains menés dans des aires géographiques éloignées (en Europe et en Amérique latine), insistent sur le fait que la réflexion ne doit pas se limiter aux interactions soignants-parturientes : le périmètre à prendre en compte doit englober les politiques de l'État (El Kotni et Quagliariello 2021).

Alors que tous les soignants peuvent être à l'origine de ces violences, de nombreux travaux ont également montré que toutes les femmes ne sont pas exposées de la même manière à ces violences. En France, l'Académie de médecine considère que les femmes socialement et psychologiquement «

fragiles » (antécédents psychiatriques, patientes victimes de violences sexuelles ou conjugales) sont plus susceptibles de subir des violences obstétricales (Académie de médecine 2018). Mounia El Kotni et Chiara Quagliariello montrent que les femmes « marginalisées » sont plus souvent exposées à ces violences que les autres. Elles introduisent le concept d'« injustice obstétricale » (El Kotni et Quagliariello 2021) pour décrire ces inégalités, dans la suite du concept de « racisme obstétrical » développé par Dana-Ain Davis (Davis 2019) auprès de femmes noires américaines.

À partir d'observations menées dans des établissements de santé et d'entretiens réalisés auprès de femmes après leur accouchement dans quatre pays (Ghana, Guinée, Myanmar et Nigeria), les travaux de Bohren et al. (2019) montrent que les mauvais traitements pendant l'accouchement touchent davantage les femmes les plus jeunes et les moins scolarisées. Aux États-Unis, une enquête a été menée en 2020 dans 6 États et à New York. Parmi les 4458 femmes interrogées 12 à 14 mois après la naissance de leur enfant, 13,4 % ont déclaré avoir été victimes de soins inappropriés (« mistreatment ») au cours de leur accouchement. Les personnes se déclarant lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, queer ; non mariées ; obèses étaient significativement plus exposées à ces soins inappropriés (Liu et al. 2024) confirmant que ces violences touchent plus souvent les femmes se situant « à la marge ». Ainsi, les violences obstétricales peuvent toucher toutes les femmes, mais certaines caractéristiques et situations (âge, orientation sexuelle, genre, obésité, précarité, handicap, prostitution, statut migratoire, séropositivité, par exemple) socialement construites comme marginales voire déviantes exposent davantage les femmes à ces violences.

3.1.5 Les conséquences des violences obstétricales

Le CIANE énumère certaines conséquences des violences obstétricales, telles que rapportées par des femmes (Evrard 2020). Sur le plan psychologique, le collectif note une perte de sommeil et d'appétit, des cauchemars, des réminiscences, des flashs répétitifs des moments les plus difficiles, une anxiété importante et des pleurs fréquents. Il observe que les violences obstétricales affectent l'estime de soi des femmes, entraînant une dégradation de l'image de soi, de la culpabilité et de la colère. Sur le plan physique, les violences obstétricales peuvent entraîner des douleurs corporelles diffuses et des douleurs périnéales persistantes, même en l'absence de blessure ou d'épisiotomie. Sur le plan social, il observe un isolement de la famille et des amis par peur de l'incompréhension, un repli sur soi, une incapacité à reprendre le travail en raison de l'obsession des événements, de la tristesse, du découragement, ainsi que d'une fatigue physique et psychologique intense. Des difficultés dans la relation avec l'enfant ont également été observées, ainsi qu'une sexualité fortement altérée ou inexistante, voire une crise conjugale. Ces violences peuvent aussi conduire à une perte de confiance dans les professionnels de santé, au non-recours ou au sous-recours aux services de santé, voire à l'errance médicale par crainte d'être à nouveau confrontée à ces violences (HCE 2018 ; Evrard 2020).

En dehors de ces données empiriques, peu de données probantes sont disponibles dans la littérature scientifique sur les conséquences des violences obstétricales. On constate parfois une association ou une coexistence de situations, sans pouvoir établir une causalité précise ni isoler les violences obstétricales vécues par les femmes. Cependant, travailler sur le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et sur le traumatisme vécu par certaines femmes lors de l'accouchement peut favoriser la réflexion.

Entre 3 et 6 % des femmes présentent un SSPT après leur accouchement (Horsch et al. 2024). Les femmes qui vivent une grossesse ou un accouchement traumatique (accouchement prématuré, mort fœtale in utero, pathologie maternelle, par exemple) ont un risque accru de développer un SSPT (Horsch et al. 2024), notamment chez celles qui rapportent une expérience subjective négative de

l'accouchement (Ayers et al. 2016). L'étude multicentrique du réseau périnatal AURORE menée autour de Lyon en 2018 a montré une association entre l'insatisfaction des femmes à l'égard du comportement des soignants en salle de naissance et le SSPT à 2 mois post-accouchement (Leavy et al. 2023). Une autre étude menée dans 27 hôpitaux français entre 2018 et 2020 a montré que les femmes ayant un souvenir négatif de leur accouchement, 2 jours après la naissance, avaient un risque accru de développer un SSPT (Froeliger et al. 2024). Le rapport de l'Académie de médecine reconnaît ainsi que « tous ces défauts dans la qualité de la prise en charge, bien réels ou ressentis par les patientes, peuvent entraîner des perturbations psychologiques majeures analogues à un état de stress post-traumatique (SPT) qui nécessitera une prise en charge psychosomatique complexe » (Académie de médecine 2018 ; p.13).

Des recherches complémentaires doivent être menées afin d'étudier les conséquences des violences obstétricales vécues par certaines femmes.

3.1.6 Les défis actuels : quantifier les violences et former les professionnels de santé

Comme mentionné plus haut, la violence a une dimension systémique, c'est-à-dire qu'elle est liée au système de santé défaillant, ainsi qu'aux inégalités de genre, de classe sociale et de race. Elle a également une dimension subjective, c'est-à-dire qu'elle est liée à l'histoire personnelle, sociale et médicale de chaque individu. Cette dimension subjective signifie qu'un même acte ou comportement aura des conséquences différentes selon les personnes. Ces dimensions systémiques et subjectives rendent difficile l'identification et donc la dénonciation et la prévention des violences. En outre, de nombreuses femmes qui, par exemple, ont été malmenées ou ont subi un acte médical injustifié, dont la douleur n'a pas été prise en compte et n'a pas été soulagée, n'identifieront pas systématiquement ces actes et comportements comme de la violence. Les mêmes schémas peuvent être observés dans toutes les formes de violences fondées sur le genre.

Tout cela rend difficile l'appréhension des violences obstétricales et surtout la mesure de leur prévalence du point de vue des femmes en France. Mener de telles recherches à partir du point de vue et de l'expérience des femmes est un défi urgent et nécessaire, y compris auprès des femmes socialement vulnérables et marginalisées (Lévesque et al. 2018). Le collectif StopVOG revendique également la réalisation d'études systématiques. Il propose notamment d'ajouter à l'ENP des questions spécifiques sur les violences obstétricales, la satisfaction des femmes lors de leur prise en charge médicale, ou encore leur consentement libre et éclairé. Il demande également que ces questions soient posées lors de l'ENP, à la sortie de la maternité (comme c'est le cas aujourd'hui), puis un an plus tard (dans la nouvelle version, les femmes sont interrogées deux mois plus tard, comme indiqué plus haut). Pour le collectif StopVOG, « il ne paraît pas possible de vivre les événements et de les analyser en même temps. Un recul est parfois nécessaire pour comprendre ce qui est réellement arrivé et en saisir toutes les dimensions et impacts » (Bisch et al. 2020). Dans cette optique, le CNSF a publié en 2022 un commentaire soulignant l'importance de reconnaître et de mesurer l'étendue des violences obstétricales, ainsi que la nécessité de les aborder du point de vue des femmes, en proposant un ensemble de questions qui pourrait être intégré à une prochaine enquête nationale afin de mesurer ces violences (Sauvegrain et al. 2022).

Un autre défi actuel important est la prise de conscience et l'engagement des professionnels de santé, qui doivent adopter un regard plus critique sur leurs pratiques pour assurer la qualité des soins (Lévesque et Ferron-Parayre 2021). Leur formation est donc au cœur de ce défi. Différents rapports nationaux et internationaux soulignent que la prévention des violences gynécologiques et obstétricales passe par la formation des professionnels de santé (HCE 2018 ; Académie Nationale de Médecine 2018

; European Parliament's Committee 2024 ; European Commission. Directorate General for Justice and Consumers, Scientific Analysis and Advice on Gender Equality in the EU (SAAGE), et Fondazione Giacomo Brodolini (FGB) 2024). Les professionnels de santé en périnatalité (notamment les étudiants) sont nombreux à s'engager aujourd'hui dans cette réflexion, qui portera ses fruits et favorisera le dialogue entre les soignants, les patientes et les familles.

Références

- Académie Nationale de Médecine. 2018. « De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités. » Paris: Académie Nationale de Médecine.
- Akrich, Madeleine, et Françoise Laborie. 1999. « De la contraception à l'enfantement. L'offre technologique en question ». Les cahiers du genre, no 25, 6-16.
- Ayers, S., R. Bond, S. Bertullies, et K. Wijma. 2016. « The Aetiology of Post-Traumatic Stress Following Childbirth: A Meta-Analysis and Theoretical Framework ». *Psychological Medicine* 46 (6): 1121-34. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>.
- Ayres-de-Campos, Diogo, Frank Louwen, Victoria Vivilaki, Chiara Benedetto, Neena Modi, Mirosław Wielgos, Melania-Elena Pop Tudose, et al. 2024. « European Association of Perinatal Medicine (EAPM), European Board and College of Obstetricians and Gynaecologists (EBCOG), European Midwives Association (EMA). Joint Position Statement: Substandard and Disrespectful Care in Labour – Because Words Matter ». *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 296 (mai):205-7. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.02.048>.
- Bajos, Nathalie, et Michèle Ferrand. 2004. « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ». *Sciences sociales et santé* 22 (3): 117-42.
- Bisch, Sonia, Chloé Bernard, Aliénor Rigaux, et Juliette Berthold. 2020. « Enquête Nationale sur la Naissance pendant le Covid-19 du Collectif Tout.es contre les Violences Obstétricales et Gynécologiques ». France.
- Bohren, Meghan A., Hedieh Mehrdash, Bukola Fawole, Thae Maung Maung, Mamadou Dioulde Balde, Ernest Maya, Soe Soe Thwin, et al. 2019. « How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys ». *The Lancet*, octobre. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0).
- Bohren, Meghan A., Joshua P. Vogel, Erin C. Hunter, Olha Lutsiv, Suprita K. Makh, João Paulo Souza, Carolina Aguiar, et al. 2015. « The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review ». *PLOS Medicine* 12 (6): e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>.
- Cardi, Coline, Lorraine Odier, Michela Villani, et Anne-Sophie Vozari. 2016. « Penser les maternités d'un point de vue féministe ». *Genre, sexualité & société*, no 16 (décembre). <https://doi.org/10.4000/gss.3917>.
- Castrillo, Belén. 2016. « Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica ». *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, no 24, 43-68.
- CCNE. 2023. « Avis 142 du CCNE « Consentement et respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques et touchant à l'intimité » ». Communiqué de presse.
- Chervenak, Frank A., Renee McLeod-Sordjan, Susan L. Pollet, Monique De Four Jones, Mollie R. Gordon, Adriann Combs, Eran Bornstein, et al. 2024. « Obstetric Violence Is a Misnomer ». *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 230 (3): S1138-45. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.10.003>.
- Conseil de l'Europe. 2019. « Violences obstétricales et gynécologiques - Résolution 2306 ». Assemblée parlementaire. Europe.
- Davis, Dána-Ain. 2019. « Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing ». *Medical anthropology* 38 (7): 560-73.
- Delage, Pauline, Marylène Lieber, et Natacha Chetcuti-Osorovitz. 2019. « Lutter contre les violences de genre. Des mouvements féministes à leur institutionnalisation ». *Cahiers du Genre* n° 66 (1): 5-16.
- Ehrenreich, Barbara, et Deirdre English. 2016. *Fragiles ou contagieuses. Le pouvoir médical et le corps des femmes (Complaints & Disorders: The Sexual Politics of Sickness)*. Cambourakis. Paris.
- El Kotni, Mounia, et Chiara Quagliariello. 2021. « L'injustice obstétricale. Une approche intersectionnelle des violences obstétricales ». *Cahiers du Genre* 71 (2): 107-28. <https://doi.org/10.3917/cdgc.071.0107>.
- European Commission. Directorate General for Justice and Consumers, Scientific Analysis and Advice on Gender Equality in the EU (SAAGE), et Fondazione Giacomo Brodolini (FGB). 2024. « Obstetric Violence in the European Union: Situational Analysis and Policy Recommendations. » LU: Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2838/440301>.
- European Parliament's Committee. 2024. « Obstetric and Gynaecological Violence in the EU - Prevalence, Legal Frameworks and Educational Guidelines for Prevention and Elimination ». European Parliament's Committee on Women's Rights and Gender Equality (FEMM). Brussels: European Union.
- Evrard, Anne. 2020. « Reconnaître et analyser les violences obstétricales, une démarche pertinente d'évaluation et d'amélioration des pratiques ». *Périnatalité Vol. 12* (4): 172-77.
- Fassin, Didier, et Dominique Memmi, éd. 2004. *Le gouvernement des corps. Cas de figure 3*. Paris: Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.
- Froeliger, Alizée, Catherine Deneux-Tharoux, Lola Loussert, Hugo Madar, Loïc Sentilhes, et Tranexamic Acid for Preventing Postpartum Hemorrhage after Cesarean Delivery (TRAAP2) trial study group. 2024. « Posttraumatic Stress Disorder 2 Months after Cesarean Delivery: A Multicenter Prospective Study ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, mars, S0002-9378(24)00440-X. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.03.011>.
- Froidevaux-Metterie, Camille. 2018. *Le Corps Des Femmes. La Bataille de l'... Points féministes*. <https://www.editionspoints.com/ouvrage/le-corps-des-femmes-la-bataille-de-l-intime-camille-froidevaux-metterie/9782757888490>.
- Galtung, Johan, et Tord Höivik. 1971. « Structural and Direct Violence: A Note on Operationalization ». *Journal of Peace Research* 8 (1): 73-76. <https://doi.org/10.1177/002234337100800108>.
- Gaucher, Laurent, Cyril Huissoud, René-Charles Rudigoz, Marion Cortet, Lionel Bouvet, Laetitia Bouveret, et al. 2021. « Women's Dissatisfaction with Inappropriate Behavior by Health Care Workers during Childbirth Care in France: A Survey Study ». *Birth* 48 (3): 328-37. <https://doi.org/10.1111/birt.12542>.
- HCE. 2018. « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme ». Rapport n°2018-06-26-SAN-034. Paris, France.

- Horsch, Antje, Susan Garthus-Niegel, Susan Ayers, Prabha Chandra, Katharina Hartmann, Edi Vaisbuch, et Joan Lalor. 2024. « Childbirth-Related Posttraumatic Stress Disorder: Definition, Risk Factors, Pathophysiology, Diagnosis, Prevention, and Treatment ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 230 (3S): S1116-27. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.089>.
- Jacques, Béatrice. 2007. *Sociologie de l'accouchement*. PUF. Paris.
- Leavy, Emma, Marion Cortet, Cyril Huissoud, Thomas Desplanches, Jessica Sormani, Sylvie Viaux-Savelon, Corinne Dupont, Swann Pichon, et Laurent Gaucher. 2023. « Disrespect during Childbirth and Postpartum Mental Health: A French Cohort Study ». *BMC Pregnancy and Childbirth* 23 (1): 241. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05551-3>.
- Lévesque, Sylvie, et Audrey Ferron-Parayre. 2021. « To Use or Not to Use the Term “Obstetric Violence”: Commentary on the Article by Swartz and Lappeman ». *Violence Against Women* 27 (8): 1009-18. <https://doi.org/10.1177/1077801221996456>.
- Liu, Chen, Kristen Underhill, Janice J. Aubey, Goleen Samari, Heidi L. Allen, et Jamie R. Daw. 2024. « Disparities in Mistreatment During Childbirth ». *JAMA Network Open* 7 (4): e244873. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.4873>.
- Löwy, Ilana, Virginie Rozée Gomez, et Laurence Tain. 2014. « Nouvelles techniques reproductives, nouvelle production du genre: Introduction ». *Cahiers du Genre* 56 (1): 5. <https://doi.org/10.3917/cdge.056.0005>.
- Malet, S., C. Choux, M. Akkrich, E. Simon, et P. Sagot. 2020. « Violence au bloc obstétrical : une enquête prospective multicentrique auprès des femmes dans les maternités de Bourgogne ». *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 48 (11): 790-99. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.04.012>.
- Miller, Suellen, et Andre Lalonde. 2015. « The Global Epidemic of Abuse and Disrespect during Childbirth: History, Evidence, Interventions, and FIGO's Mother-baby Friendly Birthing Facilities Initiative ». *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 131 (S1). <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.005>.
- Paris, Myriam. 2020. « La racialisation d'une politique publique : le contrôle de la natalité à La Réunion (années 1960-1970) ». *Politix* 131 (3): 29-52. <https://doi.org/10.3917/pox.131.0029>.
- Pickles, Camilla. 2023. « “Obstetric Violence,” “Mistreatment,” and “Disrespect and Abuse”: Reflections on the Politics of Naming Violations During Facility-Based Childbirth ». *Hypatia* 38 (3): 628-49. <https://doi.org/10.1017/hyp.2023.73>.
- Rozée, Virginie, et Clémence Schantz. 2021. « Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique ». *Santé Publique* 33 (5): 629-34. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0629>.
- Sadler, Michelle, Mário JDS Santos, Dolores Ruiz-Berdún, Gonzalo Leiva Rojas, Elena Skoko, Patricia Gillen, et Jette A Clausen. 2016. « Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence ». *Reproductive Health Matters* 24 (47): 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>.
- Sauvegrain, P, C Schantz, L Gaucher, et AA Chantry. 2022. « Avenues for Measuring and Characterising Violence in Perinatal Care to Improve Its Prevention: A Position Paper with a Proposal by the National College of French Midwives ». *Midwifery*, octobre, 103520. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103520>.
- Schantz, Clémence, Virginie Rozée, et Pascale Molinier. 2021. « Les violences obstétricales: un nouvel axe de recherche pour les études de genre, un nouveau défi pour le soin et la société ». *Cahiers du Genre* 71 (2): 5-24. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0005>.
- Simon, Anne, et Elsa Supiot. 2023. « Les violences gynécologiques et obstétricales saisies par le droit ». *Rapport n°19.18*. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637408821001656>.
- Tain, Laurence. 2013. *Le corps reproducteur: dynamiques de genre et pratiques reproductives*. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Vergès, Françoise. 2017. *Le Ventre des femmes: Capitalisme, racialisation, féminisme*. Albin Michel.
- World Health Organization. 2014. « The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth ». 2018. *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*.

3.2 Mesure du vécu des parturientes et indicateurs de suivi

L'expérience patiente lors de l'accouchement et, plus largement, en périnatalité fait partie intégrante de la qualité des soins selon l'OMS, et son évaluation systématique est donc recommandée (1). Cette évaluation du vécu de l'accouchement est cruciale car une expérience négative peut avoir un impact sur la santé physique et psychique maternelle, ainsi que sur sa relation avec son partenaire et son enfant. De nombreux indicateurs liés à l'expérience patiente ont été décrits dans la littérature.

Notre objectif était ici de proposer une synthèse des questionnaires utilisés à l'international et en France pour mesurer l'expérience des parturientes, et plus spécifiquement de ceux centrés sur les comportements inappropriés des soignants et les violences obstétricales au cours de l'accouchement.

3.2.1 Au niveau international

Plusieurs typologies internationales ont été publiées à partir des années 2010 proposant une définition et une catégorisation des soins inappropriés expérimentés par les femmes dans le monde (2,3,4). Cependant, aucun outil de mesure standardisé n'avait été validé à l'échelle internationale au moment de ces propositions de catégorisation (5). En novembre 2013, des experts internationaux ont sollicité l'OMS, soulignant la nécessité de quantifier ces soins inappropriés à l'aide d'outils et d'indicateurs standardisés, utilisables dans différents pays et contextes, afin de les comparer à l'échelle internationale (6). Un projet de recherche a ainsi été initié par l'OMS en 2014, ayant pour objectifs de développer puis de valider une grille d'observation et un questionnaire, tous deux standardisés, afin de rendre compte de la manière dont les femmes étaient traitées au cours de leur accouchement dans le monde (6). Ces deux outils ont été développés à partir d'une étude multi-pays comprenant le Ghana, la Guinée, la Birmanie et le Nigéria. Ils ont été conçus à partir de revues systématiques de la littérature, d'enquêtes qualitatives exploratoires, de l'analyse de 36 outils existants identifiés, d'ateliers de test, de consolidation et d'évaluation menés par des femmes, des experts et des membres du projet (6). Les outils développés ont été publiés en 2018 (7). Les auteurs reprennent le terme « mistreatment of women during childbirth », choisi par l'OMS, afin de placer la femme au cœur de l'approche.

Il s'agit d'observations directes en salle de naissance et dans des centres de santé. Ces observations sont menées depuis l'admission de la femme (c'est-à-dire le moment du recrutement et de la demande de consentement) jusqu'à deux heures après l'accouchement (ou lors de sa sortie de la salle de naissance). Une enquêtrice (toujours une femme) ne peut observer qu'une seule femme à la fois et de façon continue. Trois volets constituent cette grille.

Le premier volet est un formulaire d'admission, composé de données sociodémographiques. Le deuxième volet est un formulaire de rapport d'incident qui n'est rempli que si l'un des événements suivants a lieu : violence physique, violence verbale, stigmatisation et discrimination, ou toucher vaginal. Concernant les touchers vaginaux, les items permettent de déterminer si l'échange d'informations, le consentement, l'intimité et la confidentialité ont été respectés. Enfin, le troisième volet concerne les événements survenus tout au long de la période de travail et d'accouchement de la femme, notamment le soulagement de la douleur, la mobilisation, les liquides, l'accompagnement du travail, les demandes des prestataires de soins, les honoraires, la négligence, l'issue de l'accouchement, l'état du bébé, le respect de l'intimité pendant l'accouchement, la disponibilité des lits, les interventions maternelles et le consentement éclairé, les interventions sur le nouveau-né, la sortie de salle de naissance.

Les questionnaires sont administrés à des femmes recrutées dans les centres de santé, au moment de leur travail d'accouchement, qui acceptent d'être recontactées 8 semaines après leur accouchement pour un questionnaire supplémentaire. Ce questionnaire recueille des données sociodémographiques, les antécédents obstétricaux, les expériences de l'accouchement (y compris les mauvais traitements (« mistreatment »), notamment les abus verbaux, les abus physiques, la discrimination, les touchers vaginaux, l'accompagnement et le soulagement de la douleur, l'accouchement, les interventions, la dépression post-partum, les intentions d'avoir d'autres enfants dans le futur et la satisfaction à l'égard des soins (8).

3.2.2 En France

En Europe, plus spécifiquement en France, plusieurs questionnaires validés ont été proposés. Ils ont été créés soit par les soignants, soit par les usagères elles-mêmes. Ces questionnaires auto-administrés permettent d'évaluer soit spécifiquement le comportement des soignants, soit, plus largement, le vécu des femmes à l'égard des soins. Enfin, il convient de souligner l'émergence d'un questionnaire destiné aux coparents.

Questionnaires centrés sur le comportement des soignants proposés par les soignants.

Deux équipes françaises de soignants ont développé des questionnaires axés sur les comportements inappropriés des soignants.

Le premier questionnaire, publié par Malet et al. en 2020 (9), a été diffusé au sein du réseau de périnatalité de Bourgogne et envoyé aux femmes ayant accouché dans 11 des 12 maternités qui le composaient. Inspiré par celui de Bohren et al., il couvre les dimensions de l'Alliance de Ruban Blanc (10), de la FIGO (11) et du travail de Browser et Hill (12). Ce questionnaire anonyme interrogeait les parturientes sur 82 items, dont 80 portaient sur les violences au bloc obstétrical (VBO) et 2 sur leur vécu. Les principales dimensions explorées incluaient : les mots et comportements irrespectueux (insultes, gifles, paroles menaçantes, humiliation, utilisation de la force), la recherche de consentement au regard de différents actes réalisés, l'information jugée satisfaisante concernant les actes réalisés, la réalisation d'acte malgré l'expression d'un refus, la gestion de la douleur, la liberté de mouvement et de position respectée, le respect de l'accompagnant, de l'intimité, la possibilité d'un dialogue avec l'équipe, la réalisation du peau à peau. Chaque réponse était analysée de manière indépendante, sans construction d'un score composite.

Le second questionnaire, publié par Gaucher et al. en 2021, a été diffusé au sein du réseau périnatal AURORE (13). Ce questionnaire, validé (alpha de Cronbach de 0,92), était inspiré du rapport de l'académie nationale de médecine (ANM). Il couvre les 7 dimensions proposées par l'ANM avec 7 items, à savoir : l'attitude des soignants, le respect de l'intimité, les mots utilisés par les soignants, la délicatesse des soins et des actes, l'information transmise, la participation au processus de décision partagée et la prise en considération de la douleur des femmes. Chacun de ces 7 items comprend 4 modalités de réponse selon une échelle de Likert : Tout à fait ou complètement / Suffisamment / Insuffisamment / Pas du tout. La réponse est notée de 0 (pour « pas du tout ») à 3 (pour « tout à fait » ou « complètement »). Les femmes ayant répondu 0 ou 1 à au moins une des sept dimensions ont été jugées insatisfaites au regard de cet item. Le critère de jugement principal correspond à la proportion de femmes qui déclarent être insatisfaites au regard d'au moins l'une des 7 dimensions du questionnaire.

Un dernier questionnaire a été publié par Sauvegrain et al. en 2023, sous l'égide du Collège national des sages-Femmes de France (CNSF) (14). Les auteurs proposent, en termes de méthodologie, de poser

une première question à la mère : « Considérez-vous avoir subi des violences lors des soins prénataux, de l'accouchement ou du post-partum ? ». Si la femme répond affirmativement, d'autres questions sont posées afin de catégoriser précisément la violence qu'elle a vécue et d'en identifier les déterminants. Les auteurs suggèrent trois dimensions principales : les violences liées aux soins et aux pratiques inappropriées ; les violences liées aux comportements inappropriés lors des soins ; et les abus sexuels. De plus, ce questionnaire explore le contexte de la violence (pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum) ainsi que la catégorie de personnel soignant impliqué (médecin, sage-femme, etc.).

Questionnaires centrés sur le comportement des soignants proposés par les usagers.

Un premier questionnaire, publié en 2015 par un collectif d'usagères, l'Observatoire des Violences Obstétricales et Gynécologiques (OVOG), avait pour objectif de recueillir des témoignages anonymes sur les expériences des femmes lors de soins gynécologiques et obstétricaux. Il abordait 4 dimensions principales : les attitudes du personnel, les pratiques médicales et le respect de la dignité et des droits des patientes (15). En 2017, l'Observatoire des Violences Obstétricales et Gynécologiques (OVOG) rejoint le collectif Stop à l'Impunité des Violences Obstétricales (SIVO) pour former l'Institut de Recherches et d'Actions pour la Santé des Femmes (IRAS) qui poursuit la diffusion du questionnaire (16).

Un second questionnaire a été publié par le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) en 2016 avec pour dimensions le comportement inapproprié des soignants, la qualité de l'information reçue et la participation aux décisions médicales (17).

Enfin, un troisième questionnaire a été proposé par l'Association Stop aux Violences Obstétricales et Gynécologiques en 2017 et aborde les violences obstétricales à travers 3 dimensions principales : les interventions médicales sans consentement, les traitements humiliants et le manque de soutien émotionnel (18).

Questionnaire sur le vécu de l'accouchement, élargi au-delà du seul comportement des soignants.

Un nombre important de questionnaires ont été développés pour évaluer le vécu de l'accouchement, mais deux semblent particulièrement adaptés au contexte des soins en France.

Le questionnaire le plus utilisé en France a été publié par Carquillat et al. en 2017 (19) et validé en français en 2021 (20). Il existe une version courte (13 items) et une version longue (17 items). Ce questionnaire interroge les femmes autant sur le vécu de l'accouchement que sur le post-partum autour de 5 dimensions principales : le sentiment de sécurité, de confiance et d'autonomie ; le soutien émotionnel et la communication ; la satisfaction globale et la conformité aux attentes ; la gestion de la douleur ; les interactions mère-enfant et les réactions émotionnelles. Chaque item est codé selon une échelle de Likert à 4 points : 1 (totalement), 2 (en partie), 3 (pas tellement) et 4 (pas du tout). Un score total élevé reflète un vécu négatif. De fait, les questions formulées négativement ont été notées en forme négative. À notre connaissance, deux équipes françaises ont utilisé ce questionnaire. La première dans le cadre d'une évaluation à l'échelle du réseau périnatal de Nantes (envoi à M2, n=2121, taux de réponses : 49,6 %) (21), la seconde dans un centre près de Paris (mesure avant le départ de la maternité, n=256) (22).

Un second questionnaire, développé par Brown et al. en 1994 et adapté par Beaton et al. en 2000, a finalement été traduit et validé en français (23). Il comprend 30 items qui explorent, du prénatal au postnatal, 5 dimensions principales : la qualité des soins, la communication et l'information, le soutien émotionnel et le respect, le sentiment de sécurité et le confort, et la satisfaction générale. Chaque item est codé selon une échelle de Likert à 7 points, de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord).

3.2.3 Vécu du co-parent

Un questionnaire publié en 2012 par Premberg et al. a été validé en français en 2016 (24). Le questionnaire original a été validé en Suède et (25). Il comprend 22 questions réparties en 4 dimensions : l'inquiétude, l'information, le soutien émotionnel et l'acceptation par le personnel. Les pères expriment leur degré d'accord sur une échelle de 1 à 4 (1 : tout à fait ; 2 : en partie ; 3 : pas tellement ; 4 : pas du tout). Plus le score est élevé, plus le vécu est négatif. À ce jour, à notre connaissance, deux équipes francophones l'ont utilisé dans des contextes différents, respectivement en 2021 dans un centre hospitalier universitaire de type III en Suisse (n=160/350) (26] et en 2023 via un questionnaire en ligne (n=250) (27).

Au total, de nombreux questionnaires validés dans le contexte français peuvent servir de support aux équipes pour mesurer l'expérience des parturientes et celle du co-parent sous leurs soins. Ces mesures constituent des indicateurs de suivi essentiels.

Références :

1. Tuncalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gëulmezoglu AM, Bahl R, Daelmans B, Mathai M, Say L, Kristensen F, Temmerman M, Bustreo F. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *BJOG* 2015;122:1045–1049
2. Bowser, Diana, et Kathleen Hill. 2010. « Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth ». Report of a Landscape Analysis. Harvard School of Public Health
3. Freedman, Lynn P, Kate Ramsey, Timothy Abuya, Ben Bellows, Charity Ndwiga, Charlotte E Warren, Stephanie Kujawski, Wema Moyo, Margaret E Kruk, et Godfrey Mbaruku. « Defining Disrespect and Abuse of Women in Childbirth: A Research, Policy and Rights Agenda ». 2014 : Bulletin of the World Health Organization 92 (12): 915-17.
4. Bohren, Meghan A., Joshua P. Vogel, Erin C. Hunter, Olha Lutsiv, Suprita K. Makh, João Paulo Souza, Carolina Aguiar, et al. « The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review ». *PLOS Medicine* 2015;12 (6): e1001847.
5. Bohren, M. A., Joshua P. Vogel, Bukola Fawole, Ernest T. Maya, Thae Maung Maung, Mamadou Diouldé Baldé, Agnes A. Oyeniran, et al. « Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey ». *BMC Medical Research Methodology* 2018 : 18 (1): 132.
6. Vogel JP, Bohren MA, Tuncalp O, Oladapo OT, Adanu RM, Balde MD, et al. How women are treated during facility-based childbirth: development and validation of measurement tools in four countries - phase 1 formative research study protocol. *Reprod Health*. 2015;12:60.
7. Bohren MA, Vogel JP, Fawole B, Maya ET, Maung TM, Baldé MD, Oyeniran AA, Ogunlade M, Adu-Bonsaffoh K, Mon NO, Diallo BA, Bangoura A, Adanu R, Landoulsi S, Gülmezoglu AM, Tunçalp Ö. Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries : labor observation and community survey. *BMC Med Res Methodol*. 2018 Nov 15;18(1):132
8. OMS : Shortened version of the WHO mistreatment community survey https://gh.bmj.com/content/5/Suppl_2/e004822
9. Malet S, Choux C, Akrich M, Simon E, Sagot P. (Mistreatment during childbirth : A prospective multicentric survey among women in maternities in Burgundy]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. nov 2020;48(11):790-9
10. Alliance du ruban blanc. White Ribbon Alliance (WRA)Charte des droits universels des femmes et des nouveaux nés 2019 Disponible https://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2022/05/WRA_RMC_CharterBrochureFrench_PRINT.pdf; <https://ciane.net/biblio/public/2687.pdf>
11. Miller S, Lalonde A. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth : History, evidence, interventions, and FIGO's mother–baby friendly birthing facilities initiative. *Int J GO* 2015: 131 S49–S52
12. Bowser D, Hill Kathleen. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. 2010; 57p.
13. Gaucher L, Huisoud C, Ecochard R, Rudigoz RC, Cortet M, Bouvet L, Bouveret L, Touzet S, Gonnard F, Colin C, Gaucherand P, Dupont C, Group the A. Women's dissatisfaction with inappropriate behavior by health care workers during childbirth care in France : A survey study. *Birth*. 2021;48(3):328-37.).
14. Sauvegrain P, Schantz C, Gaucher L, Chantry AA, CNSF (Collège National des sages-Femmes de France – French National College of Midwives). Avenues for measuring and characterising violence in perinatal care to improve its prevention: A position paper with a proposal by the National College of French Midwives. *Midwifery*. janv 2023;116:103520
15. <https://stopaudeni.com/post/129701444832/questionnaire-devaluation-des-violences>
16. <https://www.xn--violences-obstetricales-gynecologiques-ogdm.org/enquete-violences-obstetricales/>
17. <https://ciane.net/2017/10/violences-obstetricales-comprendre-prevenir-reparer/>
18. <https://stop-vog.fr/>
19. Carquillat P, Vendittelli F, Perneger T, Guittier MJ. Development of a questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):279
20. Chabbert M, Devouche E, Rozenberg P, Wendland J. (Validation of the questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE) in a French population]. *Encephale*. août 2021;47(4):326-33
21. Arthuis C, LeGoff J, Olivier M, Coutin AS, Banaskiewicz N, Gillard P, Legendre G, Winer N. The experience of giving birth : a prospective cohort in a French perinatal network. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 May 26;22(1):439. doi: 10.1186/s12884-022-04727-7. PMID: 35619093; PMCID: PMC9134581.
22. Predictors of Negative Childbirth Experiences Among French Women. Chabbert M, Rozenberg P, Wendland J. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2021 Jul;50(4):450-463
23. L. Floris and C. de Labrusse. Cross-cultural validation and psychometrics' evaluation of women's experience of maternity care scale in French: the ESEM. *BMC Med Res Methodol*. 2020 ; 20: 188. PMID : 32652954

24. Capponi, P. Carquillat, Å. Premberg, F. Vendittelli, M.-J. Guittier. Vécu de l'accouchement par les pères : Traduction et validation transculturelle du First-Time Father Questionnaire sur un échantillon francophone. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 44 (9) (2016), p. 480-486,
25. Premberg A, Carlsson G, Hellström AL, Berg M. First-time fathers' experiences of childbirth – A phenomenological study *Midwifery*, 27 (6) (2011), pp. 848-853
26. First-time fathers' experience of childbirth : a cross-sectional study. Franzen J, Cornet I, Vendittelli F, Guittier MJ. *Midwifery*. 2021 Dec : 103:103153.
27. (Fathers' negative experience of childbirth is associated with an increased risk of paternal postpartum depression]. Courtois E, Wendland J. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2023 Nov-Dec;51(11-12):517-523

3.3 Soins irrespectueux pendant l'accouchement en France : données de l'Enquête Nationale Périnatale

Seuls 17 % de la littérature scientifique consacrée aux soins irrespectueux en maternité a été réalisée dans des pays à hauts revenus, ce qui peut laisser croire que ce phénomène ne concerne que les pays à bas et moyens revenus.¹¹ Ainsi, si la définition des soins irrespectueux en maternité dans les pays à hauts revenus n'est pas complètement établie, il semble que dans ces pays, les femmes dénoncent en particulier les stigmatisations et discriminations ainsi que les actes réalisés sans consentement, fréquemment étudiés de façon isolée dans la littérature.¹¹⁻¹³ Les études s'intéressant à ces questions rapportent des prévalences très hétérogènes de soins irrespectueux en maternité, allant de 6 % à 67 %, selon le pays d'étude, les méthodes d'échantillonnage et les définitions utilisées.¹⁴⁻²³ Certaines études se sont spécifiquement intéressées aux interventions réalisées sans recueil préalable du consentement de la femme, pour lesquelles elles ont identifié des fréquences très variables selon les interventions considérées et les pays d'étude, allant de moins de 10% pour le déclenchement du travail rapporté dans une enquête régionale australienne à plus de 55% en Italie.^{16,17,19,20,24-27} Ces études ont également permis d'identifier certains facteurs associés aux soins irrespectueux, notamment des caractéristiques maternelles individuelles (âge jeune, ethnie, statut socio-économique faible ou élevé, primiparité, lieu de résidence), des caractéristiques obstétricales (grossesse à haut risque, participation à des cours de préparation à l'accouchement, projet de naissance, mode d'accouchement) ou des caractéristiques liées à l'organisation des soins.^{14,14,16-27} Toutefois, l'interprétation de ces études est limitée par leur conception. Aucune n'est basée sur la population à l'échelle nationale, avec des données provenant à la fois d'entretiens avec les mères et de dossiers médicaux (nécessaires en particulier lorsque l'on s'intéresse aux interventions réalisées sans le consentement, car de nombreuses femmes n'ont pas connaissance des interventions qu'elles ont eues). De plus, nombre de ces études sont limitées par des biais de sélection liés au recrutement en ligne des femmes ou via les réseaux sociaux. En France, peu de données quantitatives sont disponibles sur ce sujet. Trois études régionales ont été menées et ont permis d'inclure des femmes en maternité (en Auvergne-Rhône-Alpes, en Bourgogne et dans les Pays de la Loire)²⁸⁻³⁰, et l'association d'usagers Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) a réalisé une enquête en ligne qui a fait l'objet de plusieurs rapports.^{12,13,31} Ces études rapportaient que l'absence de recueil du consentement pour le déclenchement du travail était observée chez 25 à 35% des femmes, 50% pour la naissance instrumentale et 60 à 85% pour l'épisiotomie. Certaines interventions, comme l'administration d'oxytocine au cours du travail ou la césarienne, n'y étaient pas évaluées. En ce qui concerne les soins irrespectueux, décrits dans ces études sous les dénominations de « comportements inappropriés », « violence au bloc obstétrical », « irrespect pendant l'accouchement »... et considérant comme irrespectueuses des pratiques de soins plus ou moins étendues, ils concernaient 5 à 45% des femmes.^{28,30,32} La fréquence et les déterminants des soins irrespectueux pendant l'accouchement et la période post-partum restent ainsi mal évalués au sein de la population, en particulier dans les pays à revenu élevé.

Les comportements irrespectueux des soignants au cours de l'accouchement constituent une rupture du lien de confiance entre la femme et les soignants. De plus en plus de preuves scientifiques indiquent que cela peut entraîner d'importantes conséquences à court, moyen et long terme, dont un vécu négatif de la naissance, un évitement des soins ultérieurs, un défaut d'attachement mère-enfant, ainsi que des conséquences sur la santé mentale maternelle.^{15,29,33-35} En effet, la période périnatale est une période de vulnérabilité particulière à l'apparition ou à l'aggravation de troubles psychiatriques, avec un

pic des troubles dépressifs dans les semaines suivant l'accouchement.^{36,37} La dépression post-partum (DPP) est une maladie hétérogène définie comme un épisode dépressif majeur survenant entre la quatrième semaine et un an après l'accouchement dont la prévalence est estimée à 16,7% des femmes à deux mois post partum en France.³⁸ Les conséquences de la DPP varient en fonction de leur gravité et de leur durée, pouvant mener jusqu'au suicide qui est désormais la première cause de mortalité maternelle dans l'année suivant l'accouchement en France.^{39,40}

Ainsi, identifier l'ampleur des soins irrespectueux en maternité en France et leurs facteurs de risque à partir de données de population est essentiel pour proposer des mesures ciblées et efficaces. De plus, déterminer si cela constitue un facteur lié à la dépression post-partum, en contrôlant soigneusement les biais de confusion connus, est majeur au regard de son alarmante prévalence et de ses conséquences potentielles.

Pour la première fois, l'édition 2021 de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP 2021) nous a donné l'opportunité de nous intéresser à ces questions à partir de données de population nationale, en se basant sur des questions spécialement conçues pour interroger les femmes sur leur vécu de l'accouchement et évaluer la DPP à deux mois de façon standardisée. L'objectif de ces analyses était donc d'étudier, pour la première fois à partir de données représentatives :

- La fréquence et les déterminants du non-recueil du consentement pour trois des interventions les plus fréquemment réalisées pendant l'accouchement (administration d'oxytocine pendant le travail, réalisation d'une épisiotomie et césarienne en urgence)
- La fréquence et les déterminants des paroles, gestes ou attitudes des professionnels lors de l'accouchement et du séjour en maternité vécus comme irrespectueux par les femmes
- L'existence d'une association entre des soins irrespectueux pendant l'accouchement et/ou le post-partum et la survenue d'une DPP à deux mois.

3.3.1 Méthode de recueil et d'analyse des données

Source de données

Les ENP sont des études transversales menées à intervalles réguliers pour évaluer l'état de santé des mères et des enfants en France.⁴¹ Ces études représentatives au niveau national suivent une méthodologie commune et incluent toutes les naissances (enfants nés vivants ou mort-nés à partir de 22 semaines d'aménorrhée ou pesant au moins 500 g) pendant une semaine dans toutes les maternités françaises. Les données de l'enquête de 2021 ont été collectées pendant une semaine en mars et provenaient de quatre sources différentes :

- un questionnaire complété par le chef de service ou la sage-femme coordinatrice de la maternité, décrivant ses caractéristiques principales
- un entretien avec chaque mère en suites de couches, concernant ses caractéristiques sociodémographiques, les soins prénataux et l'accouchement
- des données issues du dossier médical, comprenant les antécédents médicaux, le déroulement de la grossesse, l'accouchement et l'état de santé de l'enfant à la naissance
- un questionnaire complété par les mères par courriel ou téléphone à deux mois, l'enquête de 2021 était la première à inclure un suivi après la sortie.

Population d'étude

La population d'étude comprenait toutes les femmes ayant accepté de participer à l'enquête à la naissance et au suivi à deux mois, pour lesquelles les données issues du dossier médical étaient disponibles. Seules les femmes ayant répondu aux questions d'intérêt (recueil du consentement, soins irrespectueux et/ou symptômes de DPP selon l'analyse) ont été analysées. Pour l'analyse portant sur le recueil du consentement des femmes aux interventions médicales, nous avons, pour chaque intervention, restreint notre analyse aux femmes dont le dossier médical mentionnait explicitement qu'elles avaient reçu l'intervention étudiée. Des particularités locales de l'organisation des soins nous ont amenés à exclure les femmes vivant dans les DROM de ces analyses.

Absence de recueil du consentement

Les questions relatives au recueil du consentement ont été posées aux femmes deux mois après l'accouchement (Annexe 1). Elles ont été interrogées sur les interventions qu'elles ont eues pendant le travail, comme suit : « Avez-vous reçu de l'ocytocine pendant le travail, une épisiotomie ou une césarienne non planifiée ? ». Elles ont ensuite été interrogées sur le recueil de leur consentement : « La sage-femme ou le médecin a-t-il demandé votre accord pour le réaliser ? ». Nous avons considéré que les femmes qui ne savaient pas avoir eu l'intervention ne pouvaient pas y avoir consenti. Ces femmes ont donc été considérées comme ayant répondu que leur consentement n'avait pas été recherché. Les femmes qui ont déclaré avoir donné leur consentement ont été regroupées avec celles qui ne s'en souvenaient pas, en partant de l'hypothèse que certaines d'entre elles avaient pu oublier que leur consentement avait été sollicité.

Paroles, gestes et attitudes irrespectueux

Les questions sur les paroles, gestes ou attitudes inappropriés ont été posées aux femmes deux mois après l'accouchement et formulées comme suit : « Pendant votre grossesse ou votre accouchement, les professionnels de santé ont-ils eu (i) une attitude ou un comportement, (ii) des gestes, (iii) des paroles qui vous ont mise mal à l'aise, choquée ou offensée ? » (Annexe 2). Le(s) moment(s) de survenue a ensuite été évalué par la question : « Quand cela s'est-il produit ? Pendant : (i) les consultations de suivi de grossesse, (ii) les échographies, (iii) les consultations aux urgences, (iv) la pose de la péridurale, (v) le travail ou l'accouchement, (vi) votre séjour en maternité, (vii) autre ». Les femmes ayant répondu avoir vécu des paroles, gestes et/ou attitudes irrespectueux « très rarement », « parfois » ou « souvent » pendant la pose de la péridurale et/ou pendant le travail ou l'accouchement et/ou le séjour en maternité ont été considérées comme ayant vécu des soins irrespectueux pendant l'accouchement et/ou le post-partum.

Dépression post-partum

La DPP a été évaluée à l'aide de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), complétée par les femmes à deux mois (Annexe 3).⁴² Les femmes ayant obtenu un score de 13 ou plus ont été considérées comme souffrant de DPP.

Déterminants et facteurs de confusion étudiés

Les caractéristiques maternelles comprenaient l'âge, l'indice de masse corporelle, le pays de naissance, le niveau d'éducation, la participation à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) et l'expression d'attentes pour l'accouchement (aucune ou un projet de naissance, écrit ou oral). La santé mentale comprenait les antécédents psycho-psychiatriques (suivi avec un psychologue ou un psychiatre depuis l'adolescence, d'au moins 3 mois, ou au moins une

hospitalisation pour un motif psychologique/psychiatrique) et la santé mentale pendant la grossesse (tristesse/anhédonie/les deux). Les caractéristiques obstétricales comprenaient la parité, les antécédents d'accouchement par voie vaginale, la grossesse multiple et le niveau de risque de la grossesse.⁴³ Les caractéristiques de naissance comprenaient l'âge gestationnel, le mode de déclenchement du travail, la dilatation cervicale à l'instauration de l'oxytocine, le praticien à la naissance, le moment de la césarienne (avant ou pendant le travail), les complications de la naissance (épisiotomie et/ou lésion obstétricale du sphincter anal et/ou hémorragie sévère). Les indications de césarienne en urgence ont été classées en fœtales, maternelles ou obstétricales selon les motifs indiqués dans le dossier médical. Un mauvais état néonatal était défini par un pH artériel ombilical < 7,00, un score d'Apgar à 5 minutes < 7, une réanimation néonatale, une admission en unité de soins intensifs néonataux ou un décès en maternité. Les caractéristiques du nouveau-né comprenaient également le mode d'alimentation à la maternité et l'hospitalisation du nouveau-né au cours des deux premiers mois. Le séjour en maternité était défini comme un séjour classique en cas de sortie à J4 pour un accouchement par voie basse ou à J5 pour une césarienne, et comme un séjour prolongé dans les autres cas. Les caractéristiques organisationnelles des maternités comprenaient le type (I/II/III), le statut juridique, le nombre annuel de naissances, ainsi que la labellisation Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB).

Analyses statistiques

Pour chacune des analyses nous avons décrit les caractéristiques générales des femmes incluses dans l'analyse. Nous avons ensuite estimé la prévalence et les intervalles de confiance (IC) à 95% des critères de jugement principaux. Les analyses ont été pondérées pour tenir compte du biais d'attrition résultant de la non-réponse à deux mois afin que nos résultats soient représentatifs des naissances en 2021 en France métropolitaine. Chaque femme répondant au suivi de deux mois s'est vu attribuer un poids calculé en utilisant des groupes de réponse homogènes pour modéliser les probabilités de réponse à chaque étape de la sélection de l'échantillon.⁴⁴ Nous avons utilisé le test du Chi² de Pearson pour comparer les pourcentages, le test t de Student pour comparer les moyennes et estimé les Prevalence Ratios ajustés (PRa) par régressions de Poisson multivariées à variance robuste.⁴⁵ Pour les analyses visant à évaluer les déterminants, les covariables candidates étaient celles associées dans les analyses brutes avec une p-value < 0,20 ou considérées comme d'intérêt d'un point de vue clinique. Pour l'analyse visant à évaluer l'association entre les soins irrespectueux et le DPP, le modèle a été ajusté en fonction des facteurs précédemment identifiés dans la littérature, à l'aide d'un diagramme acyclique orienté (DAG). Des imputations multiples ont été effectuées pour les données manquantes des covariables.⁴⁶ Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R v4.2.1.

3.3.2 Résultats

Absence de recueil du consentement

Parmi les 12 088 femmes ayant accouché de nouveau-nés vivants et pour lesquelles les dossiers médicaux étaient disponibles, 4 396 ont reçu de l'oxytocine pendant le travail (36,4 %), 787 ont eu une épisiotomie (8,3 % des accouchements par voie basse) et 1 640 (13,6 %) ont eu une césarienne en urgence. Les populations d'étude comprenaient uniquement les femmes ayant complété le questionnaire de deux mois : 2 688 femmes pour l'administration d'oxytocine (61,1% de celles qui l'avaient reçue), 473 femmes (60,1%) pour l'épisiotomie et 946 femmes pour l'accouchement par césarienne en urgence (57,7%). Parmi les femmes analysées, 44,7% (prévalence pondérée, IC 95% 42,6-47,0) ont déclaré que leur consentement n'a pas été recherché pour l'administration d'oxytocine

(y compris 816 femmes qui ignoraient en avoir reçu), 60,2% (IC 95% 55,4-65,0) pour la réalisation d'une épisiotomie et 36,6% (IC 95% 33,3-40,0) pour la césarienne en urgence.

L'absence de recueil du consentement pour l'administration d'oxytocine pendant le travail était plus fréquemment déclaré par les nullipares (PRa 1,14 ; IC 95%, 1,02-1,28) que par les femmes ayant déjà accouché voie basse, par les femmes nées à l'étranger (PRa 1,20 ; IC 95%, 1,06-1,36, par rapport à celles nées en France) et par les celles ayant un niveau d'éducation inférieur à 5 ans d'études post-bac (PRa 1,15 ; IC 95%, 1,01-1,32 pour 3-4 post-bac ; PRa 1,23 ; IC 95%, 1,07-1,40 pour 1-2 ans post-bac et PRa 1,29 ; IC 95%, 1,13-1,48 pour un niveau lycée). En revanche, les femmes qui avaient exprimé verbalement leurs attentes pour l'accouchement (PRa 0,87 ; IC 95%, 0,76-0,99) ou qui avaient un projet de naissance écrit (PRa 0,79 ; IC 95%, 0,62-0,92) ont rapporté moins souvent une absence de recueil de leur consentement que celles qui n'en avaient pas. Un stade plus avancé de dilatation cervicale au moment de l'initiation de l'oxytocine était associé à une absence de consentement plus fréquente (PRa 1,49 ; IC 95 %, 1,28-1,74 à 3-4 cm ; PRa 2,04 ; IC 95 %, 1,76-2,37 à 5-9 cm ; et PRa 2,34 ; IC 95 %, 2,03-2,70 à la dilatation complète, par rapport à moins de 3 cm). Le consentement était moins souvent recherché dans les maternités privées que dans les CHU (PRa 1,24 ; IC 95%, 1,01-1,52 pour les maternités avec ≥2000 accouchements/an et PRa 1,18 ; IC 95%, 1,01-1,38 pour <2000 accouchements/an) (Figure 1).

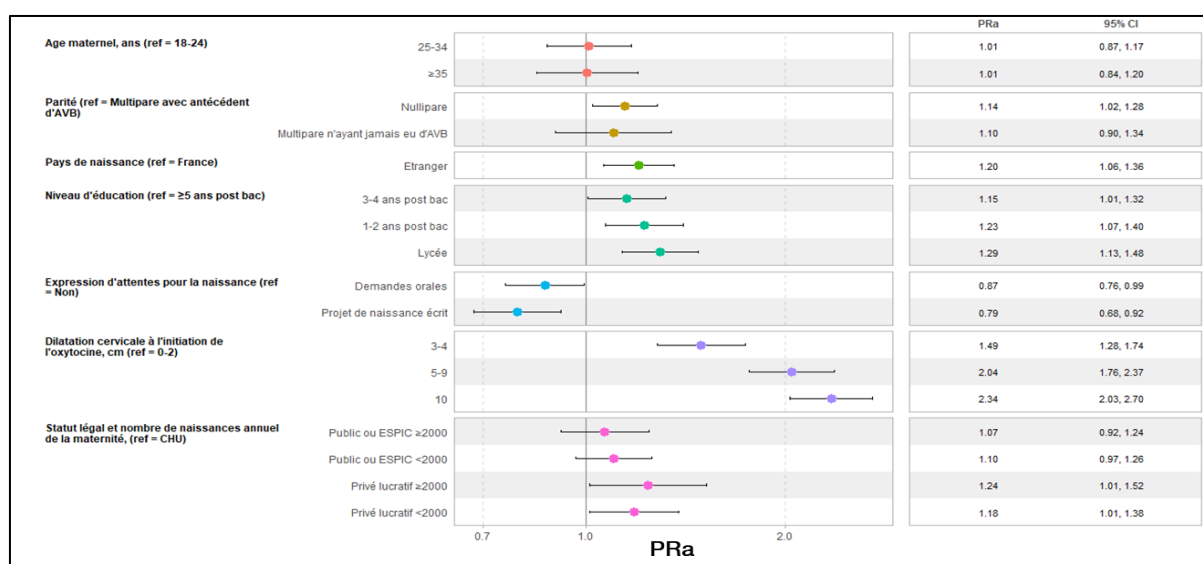


Figure 1. Analyse multivariée des déterminants associés avec l'absence de recueil du consentement pour l'administration d'oxytocine pendant le travail

Le consentement pour l'épisiotomie était moins souvent recueilli chez les femmes ayant été assistées par un obstétricien plutôt que par une sage-femme lors de leur accouchement, qu'il soit spontané (PRa 1,46 ; IC 95%, 1,11-1,94) ou instrumental (PRa 1,39 ; IC 95%, 1,13-1,72), et chez celles ayant accouché dans des maternités avec moins de 2000 accouchements annuels, que ce soit dans des établissements publics (PRa 1,41 ; IC 95%, 1,06-1,87) ou privés (PRa 1,36 ; IC 95%, 1,01-1,83) par rapport aux CHU. Aucune association n'a été identifiée avec les caractéristiques maternelles ou néonatales (Figure 2).

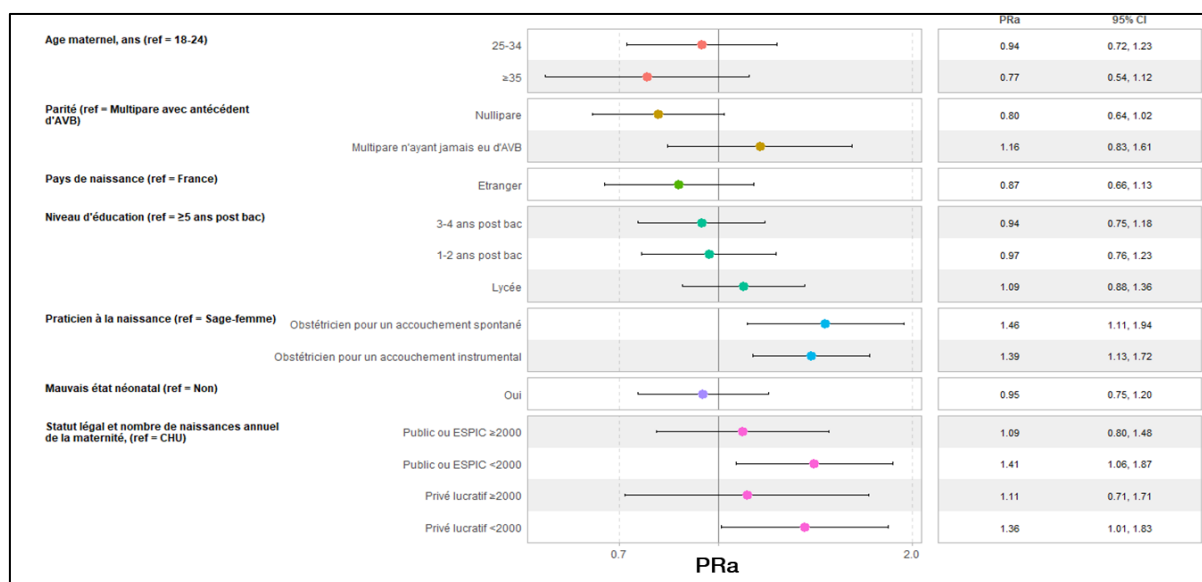


Figure 2. Analyse multivariée des déterminants associés avec l'absence de recueil du consentement pour la réalisation d'une épisiotomie

L'absence de recherche de consentement pour les césariennes en urgence était moins fréquente chez les femmes multipares ayant accouché par césarienne (PRa 0,61 ; IC 95 %, 0,41-0,90) et chez celles ayant accouché avant 37 SA (PRa 0,67 ; IC 95 %, 0,46-0,96). Plus fréquemment, le consentement n'a pas été recherché lorsque l'indication de la césarienne était fœtale (PRa 1,58 ; IC 95%, 1,28-1,96) plutôt qu'obstétricale (Figure 3).

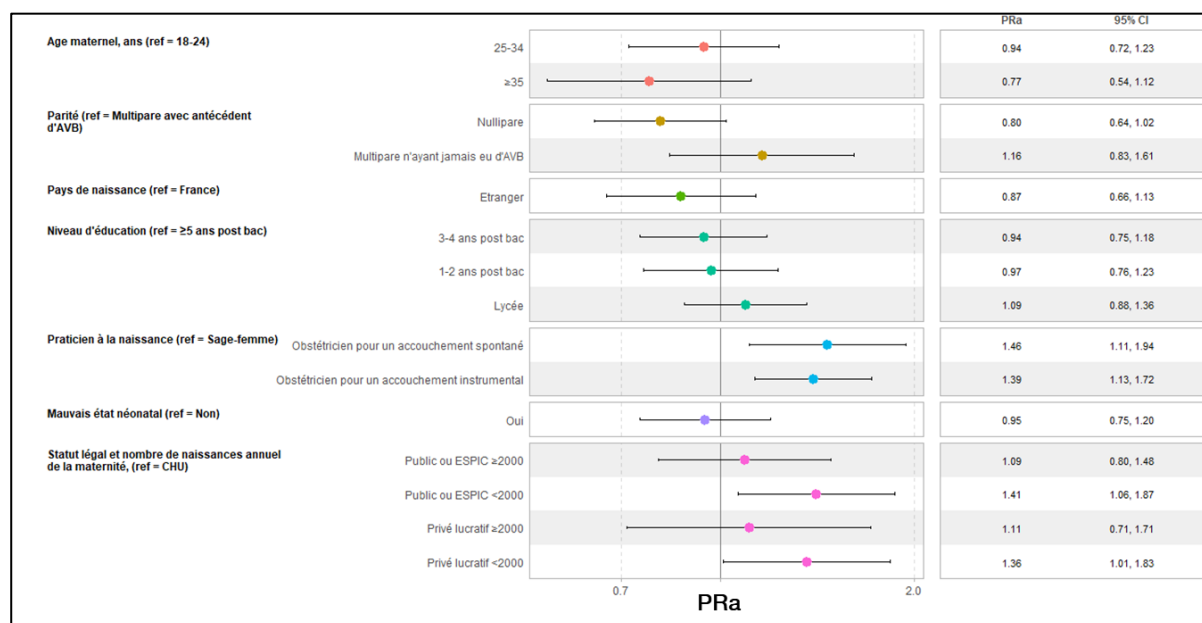


Figure 3. Analyse multivariée des déterminants associés à l'absence de recueil du consentement pour la réalisation d'une césarienne en urgence

Soins irrespectueux lors de l'accouchement et du post-partum

Les femmes étaient 7 332 (54,7 %) à avoir participé à l'enquête à deux mois et à avoir répondu aux questions relatives aux soins irrespectueux lors de l'accouchement ou du séjour à la maternité. Parmi elles, 24,8 % (IC 95 % : 23,8-26,0, n = 1 888) ont déclaré que des professionnels de santé avaient tenu

des propos, fait des gestes ou adopté des attitudes qui les avaient mises mal à l'aise, choquées ou blessées, que ce soit survenu très rarement, parfois ou souvent pendant le travail, l'accouchement ou le séjour en maternité. En analysant ces soins irrespectueux selon le moment de la période périnatale où les femmes les ont subis, 16,6 % ont déclaré qu'ils ont eu lieu uniquement pendant l'accouchement et 72,0 % en ont vécu pendant le séjour en maternité (Figure 4).

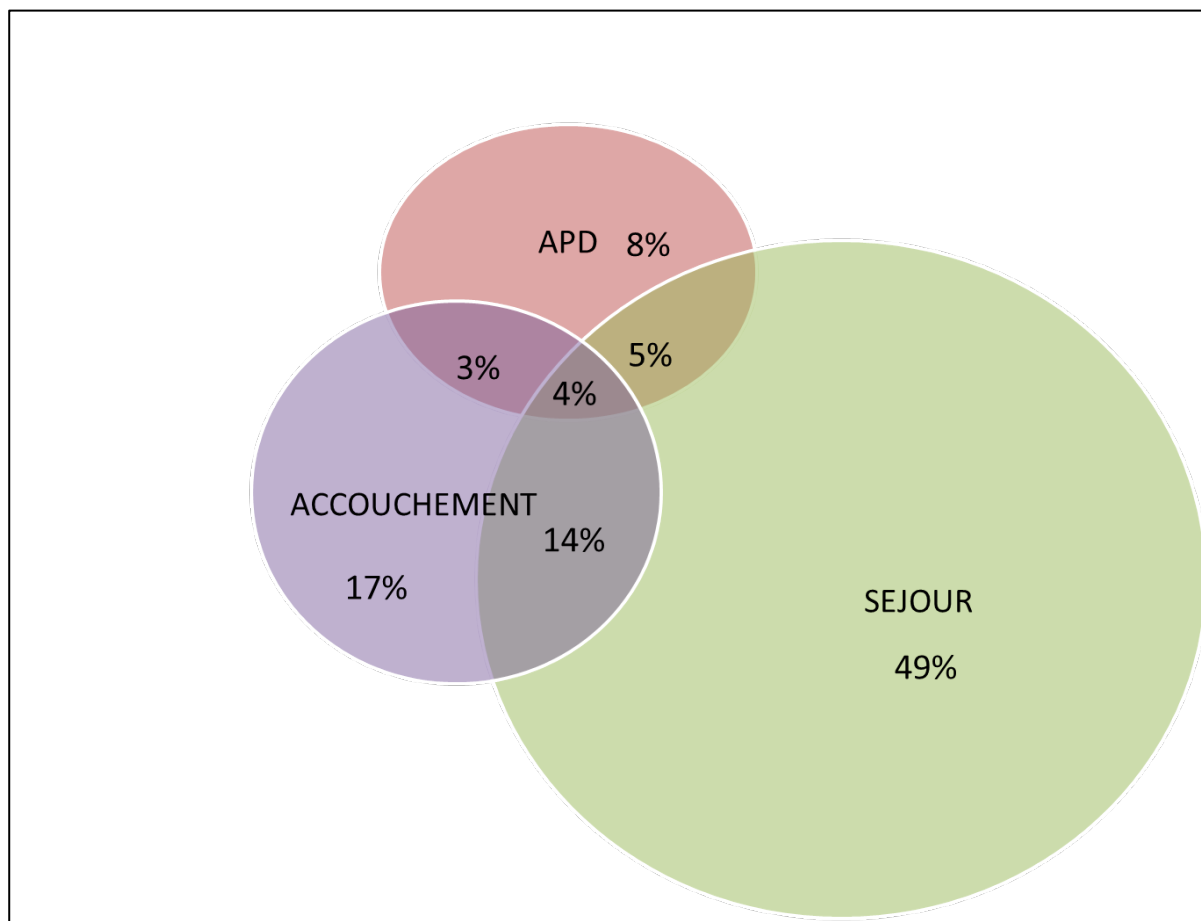


Figure 4. Diagramme de Venn des moments de survenue de soins irrespectueux

Parmi les femmes ayant vécu des soins irrespectueux, 33,1% ont rapporté des paroles inappropriées qui se produisaient parfois ou plus fréquemment, 19,4% ont vécu des gestes inappropriés parfois ou plus fréquemment et 31,3% des attitudes inappropriées qui se produisaient parfois ou plus fréquemment (Figure 5).

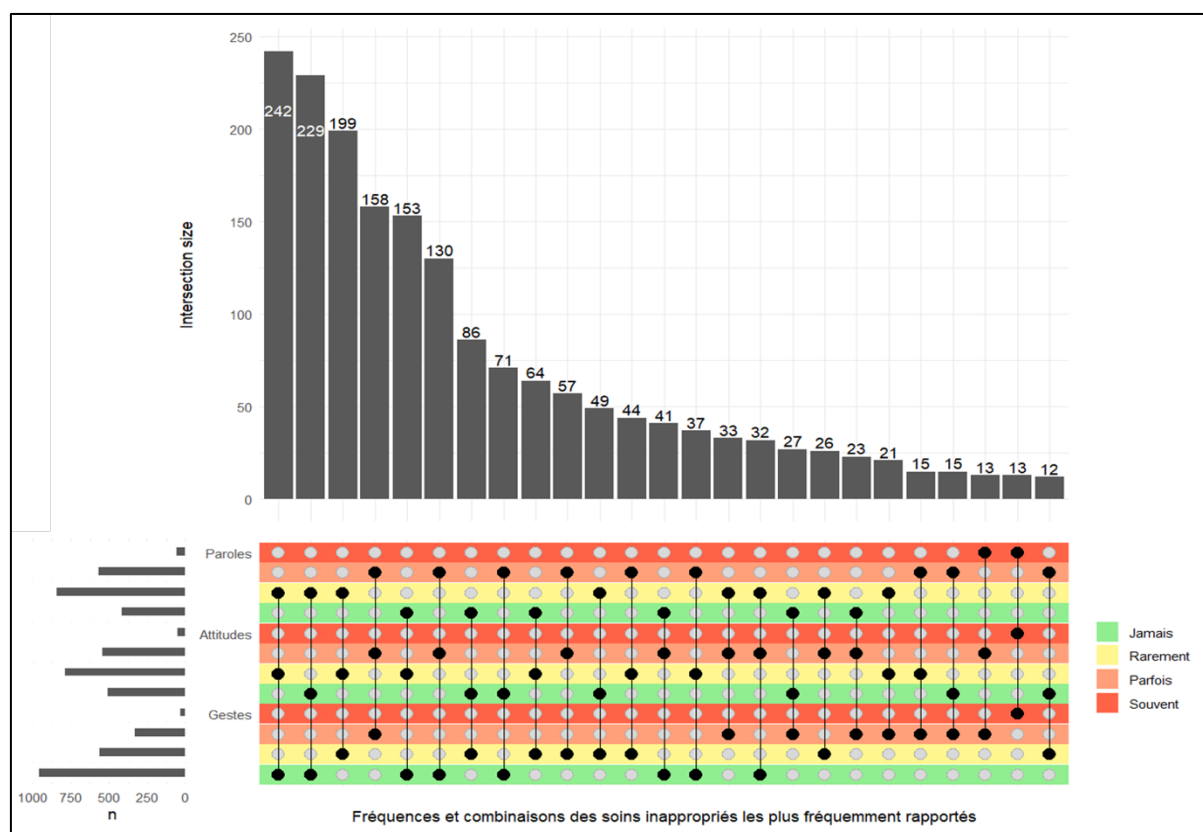


Figure 5. Combinaisons des soins irrespectueux rapportés pendant l'accouchement et le séjour en maternité

Les femmes déclarant avoir vécu des soins irrespectueux étaient plus souvent nullipares (PRa 1,25, IC 95% 1,13-1,40), en surpoids ou obèses (PRa 1,13, IC 95% 1,01-1,26 et PRa 1,15, IC 95% 1,01-1,32) et avaient un niveau d'éducation plus élevé (PRa 1,23, IC 95% 1,07-1,41 pour 1-2 années d'études post-secondaires, PRa 1,28, IC 95% 1,12-1,47 pour 3-4 années d'études post-secondaires et PRa 1,24, IC 95% 1,08-1,42 pour ≥ 5 années d'études post-secondaires, par rapport au lycée) que celles qui n'avaient pas vécu de soins irrespectueux (Tableau 1). La participation à des séances de PNP (PRa 1,16, IC 95% 1,03-1,31) et à un projet de naissance oral ou écrit (PRa 1,20, IC 95% 1,09-1,32) étaient associées à davantage de soins irrespectueux rapportés. Les femmes ayant des antécédents de soins psychologiques depuis l'adolescence (PRa 1,22, IC 95% 1,08-1,38) ou de soins psychiatriques avec ou sans hospitalisation (PRa 1,43, IC 95% 1,22-1,69) rapportaient plus fréquemment avoir vécu des soins irrespectueux que celles n'en n'ayant pas, de même que celles ayant déclaré avoir eu des symptômes de dépression pendant la grossesse à type de tristesse ou désespoir (PRa 1,15, IC 95% 1,01-1,31) ou à la fois de tristesse et anhédonie (PRa 1,43, IC 95% 1,26-1,63). En ce qui concerne les caractéristiques de l'accouchement, l'accouchement instrumental ou par césarienne (PRa 1,17, IC 95% 1,03-1,33 et 1,26, IC 95% 1,12-1,42, respectivement, par rapport à un accouchement par voie basse spontané) était associé à une déclaration de soins irrespectueux plus fréquente. Enfin, les femmes qui ont choisi d'allaiter et ont au moins essayé pendant le séjour en maternité ont rapporté plus souvent des soins irrespectueux que les femmes qui ont nourri leur enfant avec des préparations pour nouveau-né (PRa 1,18, IC 95% 1,05-1,33). Aucune association significative avec les caractéristiques des établissements n'a été trouvée.

Tableau 1. Analyses uni et multivariées entre les soins inappropriés et leurs déterminants potentiels

	Pas de soins irrespectueux n=5 444 n (%)	Soins irrespectueux n=1 888 n (%)	P-value	Modèle multivarié	
				PRa	IC 95%
Mère					
Age maternel (ans)			0,14		
18-24	493 (75,6)	159 (24,4)		1	-
25-34	3 543 (73,5)	1 276 (26,5)		1,10	0,91-1,33
≥35	1 408 (75,7)	453 (24,3)		1,05	0,85-1,30
IMC maternel			0,58		
<25 kg/m ²	3 485 (74,6)	1 189 (25,4)		1	-
(25-30) kg/m ²	1 173 (73,6)	421 (26,4)		1,13	1,01-1,26
≥30 kg/m ²	732 (73,3)	267 (26,7)		1,15	1,004-1,32
NA	54	11			
Parité			<0,001		
Multipare	2 223 (68,7)	1 011 (31,3)		1	-
Nullipare	3 212 (78,6)	873 (21,4)		1,25	1,13-1,40
NA	9	4			
Pays de naissance			0,001		
France	4 468 (73,5)	1 614 (26,5)		1	-
Etranger	920 (78,0)	260 (22,0)		0,91	0,79-1,05
NA	56	14			
Niveau d'étude			<0,001		
Lycée	1 959 (78,7)	530 (21,3)		1	-
1-2 ans post bac	1 011 (73,9)	357 (26,1)		1,23	1,07-1,41
3-4 ans post bac	1 068 (70,8)	440 (29,2)		1,28	1,12-1,47
≥ 5 ans post bac	1 403 (71,5)	559 (28,5)		1,24	1,08-1,42
NA	3	2			
Statut marital			0,9		
Couple	5 101 (74,3)	1 767 (25,7)		1	-
Seule	340 (74,4)	117 (25,6)		1,08	0,88-1,32
NA	3	4			
Grossesse					
PNP			<0,001		
Non	2 246 (79,4)	583 (20,6)		1	-
Oui	3 184 (71,0)	1 302 (29,0)		1,16	1,03-1,31
NA	14	3			
Expression d'attentes pour la naissance			<0,001		
Non	3 722 (76,8)	1 126 (23,2)		1	-
Projet de naissance écrit ou oral	1 716 (69,3)	760 (30,7)		1,20	1,09-1,32
NA	6	2			
Grossesse à bas risque			0,8		
Oui	2 876 (74,1)	1 040 (25,9)		1	-
Non	2 462 (74,4)	846 (25,6)		0,99	0,89-1,09
NA	6	2			

Contexte psychologique					
Antécédents psychiatriques			<0,001		
Aucun	4 288 (76,2)	1 340 (23,8)		1	-
Soins psychologiques (≥3 mois)	502 (67,6)	241 (32,4)		1,22	1,08-1,38
Soins psychiatriques (≥3 mois) et/ou hospitalisation psychiatrie	201 (62,4)	116 (36,6)		1,43	1,22-1,69
NA	453	191			
Symptômes dépressifs pendant la grossesse			<0,001		
Aucun	3 837 (75,9)	1 218 (24,1)		1	-
Tristesse, désespoir	655 (72,1)	253 (27,9)		1,15	1,01-1,31
Anhédonie	315 (72,7)	118 (27,3)		1,14	0,95-1,38
Les deux	622 (67,7)	297 (32,3)		1,43	1,26-1,63
NA	15	2			
Accouchement					
Début de travail			<0,001		
Travail spontané	3 552 (75,1)	1 175 (24,9)			
Déclenchement (amniotomie / oxytocine)	449 (78,0)	127 (22,0)			
Déclenchement par maturation cervicale	919 (69,4)	406 (30,6)			
Césarienne avant travail	513 (74,3)	177 (25,7)			
NA	11	3			
Anesthésie à la naissance			0,03		
Aucune	754 (77,7)	217 (22,3)			
Péridurale	3 943 (74,0)	1 384 (26,0)			
Rachianesthésie	652 (72,4)	248 (27,6)			
Anesthésie générale	58 (69,0)	26 (31,0)			
NA	37	13			
Mode d'accouchement			<0,001		
AVB	3 752 (76,9)	1 125 (23,1)		1	-
Naissance instrumentale	674 (68,8)	306 (31,2)		1,17	1,03-1,33
Césarienne	1 012 (69,0)	454 (31,0)		1,26	1,12-1,42
NA	6	3			
Complications de l'accouchement ³			<0,001		
Non	4 890 (74,9)	1 643 (25,1)		1	-
Oui	491 (69,1)	220 (30,9)		1,06	0,92-1,23
NA	63	25			

Nouveau-né					
Terme de naissance			0,9		
<37 SA	308 (74,0)	108 (26,0)		1	-
≥37 SA	5 129 (74,3)	1 777 (25,7)		0,95	0,75-1,20
NA	7	312			
Mauvaise adaptation à la vie extra-utérine			0,02		
Non	4 774 (74,7)	1 617 (25,3)		1	-
Oui	670 (71,2)	271 (28,8)		1,04	0,90-1,21
Mode d'alimentation du nouveau-né			<0,001		
Préparation pour nouveau-né	1 266 (78,0)	358 (22,0)		1	-
Allaitement	4 053 (73,2)	1 486 (26,8)		1,18	1,05-1,33
NA	125	44			
Séjour en maternité					
Durée de séjour			0,002		
Sortie précoce ou classique	4 873 (74,8)	1 641 (25,2)		1	-
Séjour prolongé	561 (69,8)	243 (30,2)		1,03	0,89-1,19
NA	10	4			
Maternité ⁴					
Type de maternité			0,3		
I	1 194 (74,9)	400 (25,1)			
Ila and Ilb	2 834 (73,5)	1 024 (26,5)			
III	1 416 (75,3)	464 (24,7)			
Statut légal			0,51		
CHU	1 003 (74,9)	337 (25,1)			
CH public ou mutualiste	3 329 (74,5)	1 138 (25,5)			
Privé	1 112 (72,9)	413 (27,1)			
Nombre d'accouchements / an			0,8		
<1000	1 065 (74,5)	364 (25,5)		1	-
(1000-2000(	1 621 (73,6)	582 (26,4)		1,02	0,89-1,16
(2000-3000(	1 076 (74,0)	379 (26,0)		0,97	0,84-1,12
≥3000	1 682 (74,9)	563 (25,1)		0,97	0,85-1,11
Baby Friendly Hospital Initiative accreditation			0,3		
Yes	613 (75,9)	195 (24,1)			
No	4 831 (74,0)	1 693 (26,0)			

Association entre soins irrespectueux et DPP

Parmi les femmes incluses, 7 115 ont répondu à la fois aux questions sur les soins irrespectueux et à l'évaluation EPDS dans le questionnaire à deux mois. Parmi celles-ci, 16,7% (IC 95% (15,7-18,0], n = 1 119) étaient symptomatiques d'une DPP à deux mois. Dans les analyses brutes, la DPP était associée aux soins irrespectueux pendant l'accouchement ou post-partum, mais également à des caractéristiques maternelles telles qu'un âge maternel jeune, la naissance en Afrique, la monoparentalité, le faible niveau d'éducation et l'absence d'emploi ; des caractéristiques de la grossesse telles qu'un faible soutien social ou l'absence de PNP; des caractéristiques psychiatriques telles qu'un antécédent psycho-psychiatrique ou des symptômes dépressifs pendant la grossesse ; des caractéristiques de l'accouchement telles que le déclenchement du travail et l'accouchement instrumental ou par césarienne ; et post-partum comme l'hospitalisation du nouveau-né (Tableau 2).

Après ajustement pour les facteurs de confusion et les facteurs précédemment identifiés comme associés à la DPP, les soins irrespectueux restaient significativement associés à une fréquence plus élevée de DPP à deux mois (PRa 1,41, IC 95% 1,24-1,60).

Tableau 2. Analyses univariées entre les soins inappropriés et la survenue d'une DPP

	Pas de DPP n=5 996 n (%)	DPP n=1 119 n (%)	p-value
Mère			
Age maternel (ans)			0,001
<24	495 (8,3)	119 (10,6)	
(25-29]	1 671 (27,9)	320 (28,6)	
(30-34]	2 296 (38,3)	405 (36,2)	
(35-39]	1 239 (20,7)	199 (17,8)	
≥40	295 (4,9)	76 (6,8)	
IMC maternel (kg/m ²)			0,14
<25	3 867 (64,9)	684 (61,9)	
(25-30[	1 293 (21,7)	255 (23,1)	
≥30	796 (13,4)	166 (15,0)	
NA	40	14	
Pays de naissance			<0,001
France	5 071 (85,4)	884 (79,9)	
Autres pays européens	193 (3,2)	36 (3,3)	
Afrique du nord	264 (4,4)	80 (7,2)	
Autres pays africains	271 (4,6)	81 (7,3)	
Autres	140 (2,4)	26 (2,3)	
NA	57	12	
Statut marital			<0,001
Couple	5 783 (96,5)	1 053 (94,3)	
Seule	208 (3,5)	64 (5,7)	
NA	5	2	
Niveau d'étude			0,04
≥ 3 ans post bac	2 903 (48,5)	507 (45,3)	
Bac ou 1-2 ans post-bac	2 281 (38,1)	432 (38,6)	
< bac	807 (13,5)	180 (16,1)	
NA	5	0	

Activité professionnelle			<0,001
Emploi	4 527 (76,4)	773 (70,7)	
Sans emploi	1 402 (23,6)	321 (29,3)	
NA	67	25	
Grossesse			
Parité			0,6
Multipare	2 660 (44,4)	505 (45,3)	
Nullipare	3 327 (55,6)	611 (54,7)	
NA	9	3	
Soutien de l'entourage perçu par la femme			<0,001
Très bon	4 014 (67,2)	593 (53,3)	
Bon	1 579 (26,4)	344 (30,9)	
Faible ou absent	381 (6,4)	175 (15,7)	
NA	22	7	
PNP			0,02
Oui	3 750 (62,6)	658 (59,0)	
Non	2 236 (37,4)	458 (41,0)	
NA	10	3	
Expression d'attentes pour la naissance			0,10
Non	3 975 (66,4)	706 (63,1)	
Attentes orales	1 303 (21,8)	271 (24,2)	
Projet de naissance écrit	712 (11,9)	141 (12,6)	
NA	6	1	
Grossesse à bas risque			<0,001
Oui	4 413 (73,7)	765 (68,4)	
Non	1 576 (26,3)	353 (31,6)	
NA	7	1	
Contexte psychologique			
Antécédents psychiatriques			<0,001
Aucun	4 787 (85,5)	784 (76,0)	
Soins psychologiques (≥3 mois)	581 (10,4)	160 (15,5)	
Soins psychiatriques (≥3 mois) et/ou hospitalisation psychiatrie	228 (4,1)	87 (8,4)	
NA	400	88	
Symptômes dépressifs pendant la grossesse			<0,001
Aucun	4 412 (73,7)	515 (46,2)	
Tristesse désespoir	671 (11,2)	205 (18,4)	
Anhédonie	334 (5,6)	82 (7,4)	
Les deux	568 (9,5)	313 (28,1)	
NA	11	4	
Naissance			
Début de travail			0,007
Travail spontané	3 926 (65,6)	671 (60,2)	
Déclenchement (amniotomie / oxytocine)	457 (7,6)	95 (8,5)	
Déclenchement par maturation cervicale	1 055 (17,6)	227 (20,4)	
Césarienne avant travail	548 (9,2)	122 (10,9)	
NA	10	4	
Mode d'accouchement			0,02
AVB	4 033 (67,4)	706 (63,1)	
Naissance instrumentale	779 (13,0)	169 (15,1)	
Césarienne	1 176 (19,6)	243 (21,7)	
NA	8	1	
Complications de l'accouchement ³			0,2

Non	5 326 (89,9)	1 009 (91,1)	
Oui	597 (10,1)	99 (8,9)	
NA	73	11	
Soins irrespectueux pendant l'accouchement et/ou le post partum			<0,001
Non	4 558 (76,0)	719 (64,3)	
Oui	1 438 (24,0)	400 (35,7)	
Nouveau-né			
Grossesse multiple			0,01
No	5 912 (98,7)	1 093 (97,8)	
Yes	77 (1,3)	25 (2,2)	
NA	7	1	
Term de naissance (SA)			0,14
<37	330 (5,5)	74 (6,6)	
≥37	5 657 (94,5)	1 044 (93,4)	
NA	9	1	
Mauvaise adaptation à la vie extra-utérine			0,2
Non	4 264 (85,0)	785 (83,3)	
Oui	754 (15,0)	157 (16,7)	
NA	978	177	
Postpartum			
Mode d'alimentation du nouveau-né			0,10
Préparation pour nouveau-né	4 506 (76,8)	860 (79,1)	
Allaitement	1 358 (23,2)	227 (20,9)	
NA	132	32	
Hospitalisation du nouveau-né pendant les 2 premiers mois			0,008
Non	5 235 (93,6)	932 (91,3)	
Oui	360 (6,4)	89 (8,7)	
NA	401	98	
Maternité			
Type de maternité			0,5
I	1 325 (22,1)	231 (20,6)	
IIa and IIb	3 156 (52,6)	591 (52,8)	
III	1 515 (25,3)	297 (26,5)	
Statut légal			0,4
CHU	1 073 (17,9)	216 (19,3)	
CH public ou mutualiste	3 651 (60,9)	682 (60,9)	
Privé	1 272 (21,2)	221 (19,7)	
Nombre d'accouchements / an			0,6
<1000	1 814 (30,3)	356 (31,8)	
(1000-2000(	1 205 (20,1)	208 (18,6)	
(2000-3000(	1 800 (30,0)	334 (29,8)	
≥3000	1 177 (19,6)	221 (19,7)	

3.3.3 Interprétation des résultats issus de l'ENP 2021

Synthèse des résultats

Dans cette analyse nationale en population, les femmes ont fréquemment rapporté que les soignants n'avaient pas demandé leur consentement pour les interventions médicales pendant l'accouchement (un tiers pour la césarienne en urgence, 45 % pour l'administration d'oxytocine et presque deux tiers pour l'épisiotomie) et un quart des femmes ont déclaré avoir été confrontées à des mots, gestes ou attitudes irrespectueux de la part des professionnels de la santé lors de l'accouchement et/ou du séjour

en maternité. De plus, avoir vécu des soins irrespectueux était significativement associé au risque de présenter une DPP à deux mois. Les soins irrespectueux consistaient principalement en des mots et des attitudes inappropriés et étaient principalement vécus pendant le séjour en maternité. L'étude des différents déterminants a permis d'identifier les profils des femmes les plus vulnérables à l'expérience de soins irrespectueux, mais aussi à l'absence de recueil du consentement pour les interventions pendant l'accouchement.

Forces et limites

À notre connaissance, l'ENP 2021 est la première enquête nationale représentative, basée sur la population, fournissant un aperçu précis et représentatif de la question des soins irrespectueux et de ses conséquences dans un pays à haut revenu. Le taux de réponse à deux mois était élevé (plus de 65 %), et les données disponibles sur les femmes n'ayant pas répondu nous ont permis de pondérer les analyses. Le nombre de variables recueillies nous a permis d'étudier finement un grand nombre de déterminants et d'ajuster avec précision sur les facteurs de confusion autour de la relation entre soins irrespectueux et DPP. Nos résultats autour du consentement sont par ailleurs renforcés par la disponibilité des dossiers médicaux des femmes, ce qui nous a permis nous intéresser aux expériences des femmes ayant réellement vécu les interventions d'intérêt et d'identifier les femmes ignorant les interventions qu'elles avaient reçues. Enfin, la standardisation de l'intervalle de temps entre l'accouchement et la collecte des données à deux mois post-partum nous a permis d'homogénéiser le biais de mémoire.

Cependant, nos analyses peuvent présenter certaines limites. En ce qui concerne les analyses dédiées au recueil du consentement, seules les femmes ayant subi l'intervention ont été incluses, à l'exception des cas rares où elles ont refusé une intervention à laquelle on leur avait demandé de consentir. Nos résultats ne doivent pas être interprétés pour évaluer si les femmes ont effectivement consenti à ces interventions, mais plutôt comme une évaluation de leur perception des pratiques de recherche sur le consentement des professionnels de santé. De plus, nous avons supposé que les femmes ayant répondu qu'elles ne se souvenaient pas (5-6 %) avaient pu oublier que leur consentement avait été demandé. Les regrouper avec celles qui ont déclaré que leur consentement avait été recherché a pu sous-estimer la prévalence des femmes dont le consentement n'a pas été recueilli. Concernant les soins irrespectueux en maternité, la conception du questionnaire limite notre capacité à interpréter précisément la survenue de soins irrespectueux vécus uniquement pendant l'accouchement et/ou le séjour en salle d'accouchement. L'ENP vise à évaluer l'évolution d'un grand nombre d'indicateurs périnataux au fil du temps. Ainsi, les questions utilisées dans cette analyse secondaire concernant les mots, gestes ou attitudes inappropriés étaient fermées, ce qui limite notre capacité à aller plus loin dans l'interprétation de ce que les femmes considéraient exactement comme inapproprié. Enfin, pour l'analyse de l'association entre les soins irrespectueux et le DPP, l'évaluation concomitante (à 2 mois post-partum) des soins irrespectueux et des symptômes de DPP peut entraîner un biais de classement différentiel si les femmes souffrant de DPP sont plus susceptibles de déclarer avoir subi des soins irrespectueux pendant l'accouchement ou le post-partum que les femmes sans trouble mental. Le choix d'interroger les femmes à distance a été fait afin d'éviter un biais dans la déclaration des soins irrespectueux, lié à l'interrogatoire des femmes à la naissance par des sages-femmes formées pour l'enquête, qui faisaient généralement partie de l'équipe présente à la naissance et en post-partum.

3.3.4 Conclusion

Les prévalences de l'absence de recueil du consentement aux interventions pendant l'accouchement et de soins irrespectueux en maternité sont préoccupantes. Plusieurs facteurs de vulnérabilité liés à

des caractéristiques individuelles, au contexte obstétrical, aux pratiques des soignants et aux facteurs organisationnels ont été identifiés. Les soins irrespectueux en maternité sont significativement associés à la survenue d'une DPP à deux mois. Le respect des patients, de leurs attentes et de leur implication dans les décisions est une forte attente des femmes et des professionnels. L'alarmante prévalence et la morbidité associées à la DPP sont un argument supplémentaire pour majorer nos efforts dans la conception d'interventions efficaces visant à promouvoir les soins respectueux en maternité auprès des professionnels et des institutions.

Références

- Brüggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Abuse in health care: a concept analysis. *Scand J Caring Sci*. 2012 Mar;26(1):123–32.
- Chieze M, Clavien C, Kaiser S, Hurst S. Coercive Measures in Psychiatry: A Review of Ethical Arguments. *Front Psychiatry*. 2021 Dec 14;12:790886.
- Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme. Paris: Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes; 2018 p. 173. Report No.: 2018-06-26-SAN-034.
- Šimonović D. Adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales. New York, N.Y: Nations Unies; 2019 Jul p. 27. Report No.: A/74/137.
- Azcué M, Tain L. L'émergence du concept de « violence obstétricale » : l'impact du mouvement féministe: *Santé Publique*. 2022 Mar 11;Vol. 33(5):635–43.
- Rozée V, Schantz C. Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique: *Santé Publique*. 2022 Mar 11;Vol. 33(5):629–34.
- Chervenak FA, McLeod-Sordjan R, Pollet SL, De Four Jones M, Gordon MR, Combs A, et al. Obstetric violence is a misnomer. *Am J Obstet Gynecol*. 2023 Oct;S0002937823007329.
- Sauvegrain P, Schantz C, Gaucher L, Chantry A. Avenues for measuring and characterising violence in perinatal care to improve its prevention: a position paper with a proposal by the National College of French Midwives. *Midwifery*. 2023 Jan;116:103520.
- Organisation mondiale de la Santé. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2017 (cited 2024 Apr 2). 73 p. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/254673>
- Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLOS Med*. 2015 Jun;12(6):e1001847.
- Shuman HL, Grupp AM, Robb LA, Akers KG, Bedi G, Shah MA, et al. Approaches and geographical locations of respectful maternity care research: A scoping review. Alwy AL-beity F, editor. *PLOS ONE*. 2023 Aug 24;18(8):e0290434.
- Collectif interassociatif autour de la naissance. (Experiences with induction of childbirth - an update of the CIANE survey) [Internet]. 2015 (cited 2023 Mar 29). Available from: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/12/Enquete-du-Ciane-n9-declenchement.pdf>
- Collectif interassociatif autour de la naissance. (Episiotomy: State of play and women's experiences) [Internet]. 2013 (cited 2023 Mar 29). Available from: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enqu%C3%AAt-%C3%A9pisiotomie-Ciane-2013.pdf>
- Martínez-Galiano JM, Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women Birth*. 2021 Sep;34(5):e526–36.
- Martínez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery*. 2022 May;108:103297.
- Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Oct 22;17(21):7726.
- Logan RG, McLemore MR, Julian Z, Stoll K, Malhotra N, GvTM Steering Council, et al. Coercion and non-consent during birth and newborn care in the United States. *Birth*. 2022 Dec;49(4):749–62.
- Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N, et al. The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reprod Health*. 2019 Dec;16(1):77.
- Ravaldi C, Skoko E, Battisti A, Cericco M, Vannacci A. Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018 May;224:208–9.
- Scandurra C, Zapparella R, Policastro M, Continisio GI, Ammendola A, Bochicchio V, et al. Obstetric violence in a group of Italian women: socio-demographic predictors and effects on mental health. *Cult Health Sex*. 2022 Nov 1;24(11):1466–80.
- Van Der Pijl MSG, Verhoeven CJM, Verweij R, Van Der Linden T, Kingma E, Hollander MH, et al. Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey. *Reprod Health*. 2022 Dec;19(1):160.
- Baranowska B, Doroszewska A, Kubicka-Kraszyńska U, Pietrusiewicz J, Adamska-Sala I, Kajdy A, et al. Is there respectful maternity care in Poland? Women's views about care during labor and birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Dec;19(1):520.
- Zaigham M, Linden K, Sengpiel V, Mariani I, Valente EP, Covi B, et al. Large gaps in the quality of healthcare experienced by Swedish mothers during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study based on WHO standards. *Women Birth*. 2022 Nov;35(6):619–27.
- Lazzerini M, Covi B, Mariani I, Drglin Z, Arendt M, Nedberg IH, et al. Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *Lancet Reg Health - Eur*. 2022 Feb;13:100268.
- Miller YD, Tone J, Talukdar S, Martin E. A direct comparison of patient-reported outcomes and experiences in alternative models of maternity care in Queensland, Australia. Dahlen H, editor. *PLOS ONE*. 2022 Jul 12;17(7):e0271105.
- Valente EP, Mariani I, Covi B, Lazzerini M. Quality of informed consent practices around the time of childbirth: a cross-sectional study in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun;19(12):7166.
- Van Der Pijl MSG, Klein Essink M, Van Der Linden T, Verweij R, Kingma E, Hollander MH, et al. Consent and refusal of procedures during labour and birth: a survey among 11 418 women in the Netherlands. *BMJ Qual Saf*. 2023 May 22;bmjqs-2022-015538.

28. Malet S, Choux C, Akric M, Simon E, Sagot P. Mistreatment during childbirth: a prospective multicentric survey among women in maternities in Burgundy. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 2020 Nov;48(11):790–9.
29. Arthuis C, Le Goff J, Olivier M, Coutin AS, Banaskiewicz N, Gillard P, et al. The experience of giving birth: a prospective cohort in a French perinatal network. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Dec;22(1):439.
30. Gaucher L, Huissoud C, Ecochard R, Rudigoz R, Cortet M, Bouvet L, et al. Women's dissatisfaction with inappropriate behavior by health care workers during childbirth care in France: A survey study. *Birth*. 2021 Sep;48(3):328–37.
31. Collectif interassociatif autour de la naissance. (The initiation and acceleration of labour: first results of the survey launched by CIANE) [Internet]. 2012 (cited 2023 Mar 29]. Available from: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/04/DeclenchementAccelerationCiane.pdf>
32. Leavy E, Cortet M, Huissoud C, Desplanches T, Sormani J, Viaux-Savelon S, et al. Disrespect during childbirth and postpartum mental health: a French cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023 Apr 12;23(1):241.
33. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health*. 2014 Dec;11(1):71.
34. Koster D, Romijn C, Sakko E, Stam C, Steenhuis N, Vries D, et al. Traumatic childbirth experiences: practice-based implications for maternity care professionals from the woman's perspective. *Scand J Caring Sci*. 2020 Sep;34(3):792–9.
35. Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Obstetric factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder after spontaneous vaginal birth. *Birth*. 2021 Sep;48(3):406–15.
36. Doncarli A, Gorza M, Gomes E, Cardoso T, Vacheron M, Regnault N, et al. Suicide en période périnatale : données épidémiologiques récentes et stratégies de prévention. *Bull Épidémiol Hebd*. 2023;(3–4):68–76.
37. Tebeka S, Le Strat Y, Mandelbrot L, Benachi A, Dommergues M, Kayem G, et al. Early- and late-onset postpartum depression exhibit distinct associated factors: the IGEDEPP prospective cohort study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2021 Sep;128(10):1683–93.
38. Cinelli H, Lelong N, Le Ray C, ENP2021 Study Group. (French National Perinatal Survey. Births, two-months follow-up and facilities. Situation and evolution since 2016) [Internet]. Paris: Inserm; 2022 Oct (cited 2022 Nov 1] p. 297. Available from: <https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf>
39. Vacheron MN, Tessier V, Rossignol M, Deneux-Tharaux C. Mortalité maternelle par suicide en France 2013–2015. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 2021 Jan;49(1):38–46.
40. Vacheron MN, Tessier V, Chiesa-Dubruille C, Deneux-Tharaux C. Mortalité maternelle par suicide et autres causes psychiatriques en France 2016–2018. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 2024 Feb;S2468718924000515.
41. Le Ray C, Lelong N, Cinelli H, Blondel B, Le Ray C, Lelong N, et al. Results of the 2021 French National Perinatal Survey and trends in perinatal health in metropolitan France since 1995. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2022 Dec;51(10):102509.
42. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987 Jun;150(6):782–6.
43. Overview | Intrapartum care for healthy women and babies | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2014 (cited 2023 Mar 28]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG190>
44. Haziza D, Beaumont JF. On the construction of imputation classes in surveys. *Int Stat Rev*. 2007 Apr;75(1):25–43.
45. Zou G. A Modified Poisson Regression Approach to Prospective Studies with Binary Data. *Am J Epidemiol*. 2004 Apr 1;159(7):702–6.
46. Little R, Rubin D. Statistical Analysis with Missing Data, Third Edition [Internet]. 1st ed. Wiley; 2019 (cited 2023 Oct 5). (Wiley Series in Probability and Statistics). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781119482260>

Annexes

Annexe 1. Questionnaire à deux mois portant sur la recherche du consentement

A8 - Pendant le travail en salle de naissance, avez-vous eu de l'ocytocine artificielle par perfusion (produit pour augmenter l'intensité ou la fréquence des contractions, commercialisé sous le nom de Syntocinon®) ?
0 : non ; 1 : oui ; 2 : je ne sais pas

A8a - La sage-femme ou le médecin vous-a-t-il demandé votre accord pour débuter le produit ?
Si oui 0 : non, 1 : oui ; 2 : je ne sais plus

A9 - Avez-vous eu une épisiotomie (coupure aux ciseaux au niveau du périnée) ? 0 : non ; 1 : oui ; 2 : je ne sais pas

A9a - La sage-femme ou le médecin vous-a-t-il demandé votre accord pour la réaliser ?
Si oui 0 : non, 1 : oui ; 2 : je ne sais plus

A10 - Avez-vous eu une césarienne non programmée ou en urgence ? 0 : non, 1 : oui ; 2 : je ne sais plus

A10a - L'équipe médicale vous-a-t-elle demandée votre accord pour la réaliser ?
Si oui 0 : non ; 1 : oui ; 2 : je ne sais plus

Annexe 2. Questionnaire à deux mois portant sur les soins irrespectueux

A3 - Pendant votre grossesse ou votre accouchement, les professionnels de santé ont-ils parfois eu des paroles qui vous ont mise mal à l'aise, qui vous ont choquée ou qui vous ont blessée ?

0 : jamais ; 1 : très rarement ; 2 : parfois ; 3 : souvent

A4 - Pendant votre grossesse ou votre accouchement, des professionnels de santé ont-ils parfois eu des gestes qui vous ont mise mal à l'aise, qui vous ont choquée ou qui vous ont blessée ?

0 : jamais ; 1 : très rarement ; 2 : parfois ; 3 : souvent

A5 - Pendant votre grossesse ou votre accouchement, des professionnels de santé ont-ils parfois eu une attitude ou un comportement qui vous ont mise mal à l'aise, qui vous ont choquée ou qui vous ont blessée ?

0 : jamais ; 1 : très rarement ; 2 : parfois ; 3 : souvent

Si oui à l'une de ces questions (A3 ou A4 ou A5),

A6 - A quel moment cela est-il arrivé ?

A6a - Pendant les consultations de suivi de grossesse 0 : non ; 1 : oui

A6b - Pendant les échographies 0 : non ; 1 : oui

A6c - Pendant les consultations aux urgences 0 : non ; 1 : oui

A6d - Pendant la pose de l'anesthésie 0 : non ; 1 : oui

A6e - Pendant l'accouchement 0 : non ; 1 : oui

A6f - Pendant votre séjour à la maternité 0 : non ; 1 : oui

A6g - Autre, préciser

Annexe 3. Questionnaire à deux mois portant sur les symptômes de DPP

Préambule : l'ensemble des **10 questions** qui suivent cherche à connaître votre ressenti dans **la semaine qui vient de s'écouler**

D6 - Au cours de la semaine qui vient de s'écouler-vous avez pu rire et prendre les choses du bon côté

- 0 : Aussi souvent que d'habitude
- 1 : Pas tout à fait autant
- 2 : Vraiment beaucoup moins ces jours-ci
- 3 : Absolument pas

D7 - (Au cours de la semaine qui vient de s'écouler), vous vous êtes sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

- 0 : Aussi souvent que d'habitude
- 1 : Pas tout à fait autant
- 2 : Vraiment beaucoup moins ces jours-ci
- 3 : Absolument pas

D8 - (Au cours de la semaine qui vient de s'écouler), vous vous êtes reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal

- 3 : Oui, la plupart du temps
- 2 : Oui, parfois
- 1 : Pas très souvent
- 0 : Non, jamais

D9 - (Au cours de la semaine qui vient de s'écouler), vous vous êtes sentie inquiète ou soucieuse sans motif

- 0 : Non, pas du tout
- 1 : Presque jamais
- 2 : Oui, parfois
- 3 : Oui, très souvent

D10 - (Au cours de la semaine qui vient de s'écouler), vous vous êtes sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons

- 3 : Oui, vraiment souvent
- 2 : Oui, parfois
- 1 : Non, pas très souvent
- 0 : Non, pas du tout

3.4 État des lieux en anesthésie

La préoccupation sécuritaire constitue un aspect majeur de la pratique anesthésique. La présence accrue des anesthésistes-réanimateurs dans les maternités, les recommandations de pratique clinique, l'essor de l'anesthésie locorégionale et la diminution du recours à l'anesthésie générale ont permis, au cours des 60 dernières années, de réduire la mortalité maternelle ainsi que l'imputabilité de l'anesthésie parmi les causes de morbidité. La large proportion de femmes pouvant accéder à l'analgésie péridurale en France constitue également un marqueur de l'investissement de la profession dans le soulagement des douleurs, principe opposable de l'exercice (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

Pour autant, comme sur le versant obstétrical, les avancées technologiques et la sécurité des prises en charge anesthésiques peuvent être vécues par les femmes comme une forme d'emprise, d'injonctions, voire d'obligations incomprises.

Les témoignages de situations d'insuffisance d'analgésie, de césariennes à vif sont également devenus, ces dernières années, des sujets régulièrement imputables à l'anesthésie.

La pression exercée sur les établissements de santé pour prendre en charge un nombre croissant de patientes, avec un nombre décroissant de praticiens, a également entraîné une diminution des temps d'échange entre praticiens et patientes, ainsi qu'une standardisation des parcours de soins.

Bien que le périmètre exact de ce que l'on entend développer dans le champ de la bientraitance en anesthésie-réanimation obstétricale ne soit pas formellement défini, un plan d'actions articulé autour des principes de l'OMS serait à décliner dans les années à venir autour de trois piliers : la prévention et la gestion de la douleur, le respect des choix des patientes, leur autonomie, la personnalisation des traitements, mais aussi l'écoute, la communication qualitative, et la prise en compte des besoins globaux des patientes.

3.4.1 Données disponibles

Insuffisance d'analgésie

Déclenchement

La prise en charge de l'analgésie des déclenchements reste un défi majeur pour un pourcentage non négligeable de patientes. La formation des personnels en médecine douce reste peu développée, et les protocoles de prise en charge de l'analgésie sont insuffisants pour des niveaux de douleur très élevés.

Accouchement

Le rapport de la dernière Enquête nationale périnatale de 2021 (1), réalisée auprès de 480 maternités, objectivait un taux de péridurale de l'ordre de 82,7 %, avec une efficacité jugée de « efficace » à « très efficace » de l'ordre de 75,9 %. La satisfaction globale des patientes interrogées à l'égard de l'analgésie proposée, toutes techniques confondues, était de l'ordre de 89 %. Cependant, la naissance en présence d'une analgésie a été jugée insupportable par 29,7 % des patientes, et 37,8 % en cas de manœuvre instrumentale, ce qui laisse une marge de progression.

Césarienne

En 2016, dans un article publié dans ****Douleur et Analgésie****, G. Moulin (2) aborde le vécu de patientes ayant subi des césariennes avec une anesthésie inefficace ou insuffisante. Le terme de « césarienne à

vif » était alors posé, les expériences vécues allant d'expériences sensorielles et émotionnelles désagréables à de réelles interventions traumatisantes.

En réponse, un éditorial publié dans la même revue, rédigé par le Pr Benhamou (3), reprend la problématique en confirmant l'existence de ces situations rares. Il est rappelé que tous les professionnels de santé doivent s'y opposer, car l'impératif de sécurité fœtale ne doit jamais exclure la mère, d'autant plus qu'attendre quelques minutes de plus ne modifie pas le pronostic vital (4). Cet éditorial conduit à la réalisation d'une série d'articles sur l'analgésie des césariennes, le management des insuffisances d'analgésie, le stress post-traumatique et sa prise en charge, et constitue le début d'un travail (CARO-SFAR-CNGOF-CIANE), aboutissant à la rédaction de préconisations sur l'insuffisance d'analgésie lors des césariennes en 2021 (5).

L'enquête périnatale de 2021 (1) confirme cette réalité, avec 232 patientes (10,4 %) rapportant des douleurs insupportables au début de la césarienne et 171 (7,7 %) d'entre elles après la naissance.

Respect des choix des patientes

Sur le plan de la qualité de la prise en charge de l'analgésie en cours de travail, les données issues de nombreuses publications et de rapports de périnatalité permettent une évaluation fiable de la situation.

Sur le plan des sciences sociales, les études sur les conditions et le vécu des pratiques anesthésiques propres à l'anesthésie obstétricale en France sont rares.

En 2006, M. Akrik (6) rapporte, sous le titre « La péridurale, un choix douloureux », dans les Cahiers du Genre, une recherche menée avec l'aide de l'INSERM visant à analyser les conditions pratiques dans lesquelles se détermine l'usage ou le non-usage des techniques d'analgésie, dont la péridurale. La notion de choix qui accompagnait la décision des patientes était l'élément déterminant recherché. Pour les auteurs, l'intérêt de ce travail sur la péridurale vient du fait qu'elle représente l'une des rares techniques médicales dont la décision relève autant des usagères, informées et libres de leur choix, en fonction de critères qui leur sont propres. Cet article s'appuie sur 40 entretiens avec des femmes issues de milieux diversifiés, ayant accouché dans des établissements publics ou privés, de tailles et de lieux différents. Ces entretiens confirment l'importance d'une prise de décision repoussée au jour de l'accouchement, sans obligation de choix préalable, et d'une information éclairée sur les risques de la technique, qui demeure un sujet d'inquiétude.

Les organisations du travail au sein des établissements constituent un facteur important du non-respect des choix. Le défaut d'analgésie dû à l'indisponibilité d'un médecin anesthésiste réanimateur (MAR), un échec de la technique ou un travail rapide sont mis en avant pour les patientes souhaitant une péridurale. En revanche, pour d'autres patientes ne souhaitant pas initialement une péridurale, c'est la réalisation de certains gestes plus ou moins consentis (déclenchement, rupture de la poche des eaux, etc.) qui, en raison de l'intensité des douleurs ressenties, conduit à des choix fermés ou à un risque accru de césarienne. Pour d'autres patientes, leur capacité d'initiative passe volontairement par l'avis des professionnels, qui se reposent entièrement sur leurs décisions ou leurs incitations. Choisir librement, c'est aussi être accompagnée par des professionnels impliqués, qu'il s'agisse d'une péridurale ou non. C'est offrir un accompagnement qui ne se limite pas à une épreuve de force sans engagement des professionnels, dans l'attente de la pose d'une péridurale, ou, une fois la péridurale posée, à la possibilité d'être peu présente aux côtés des patientes.

En 2013, le dossier douleur et accouchement du CIANE (7) rapporte que 56 % des patientes ayant une analgésie péridurale (APD) se disaient insatisfaites en raison d'un manque d'accompagnement et du fait qu'on ne leur avait pas laissé le choix.

En 2015, une étude réalisée par Kpéa et coll. (8) à partir des données de l'enquête périnatale de 2010 a fait polémique. Dans ce travail visant à analyser les facteurs associés au recours à une analgésie du travail par péridurale chez des patientes ne la souhaitant pas initialement, la parité, une surcharge de travail des sages-femmes, l'utilisation d'ocytocine et la disponibilité des anesthésistes sont identifiés comme facteurs de risque principaux. Un quart des patientes ne souhaitaient pas de péridurale dans ce travail ; 50 % d'entre elles en ont finalement une. Les résultats de cette étude sont immédiatement détournés par les médias. Une tribune dans Le Monde, intitulée « Non, les anesthésistes ne rôdent pas en salle d'accouchement pour imposer la péridurale », permet de sortir de ces débats corporatistes et confirme la possibilité d'allier sécurité, sérénité et accouchement naturel.

En 2021, dans la revue internationale francophone d'anthropologie de la santé, Chiara Quagliariello (9) écrit un article intitulé « La péridurale : un non-choix ». Cet article présente une analyse des différentes stratégies de résistance, d'évitement et de contournement des femmes vis-à-vis de la péridurale.

Ce travail ethnographique réalisé dans une maternité de type 3 parisienne confirme qu'un certain nombre de femmes, ne souhaitant pas de péridurale a priori, finissent par y avoir recours. Les consultations d'anesthésie de 153 patientes ont été observées, et 10 patientes, ne souhaitant pas de péridurale, ont été suivies. Chez ces patientes, l'inquiétude vis-à-vis de la péridurale, ainsi que son manque d'intérêt, sont les éléments évoqués. Les consultations d'anesthésie sont rapides, laissant peu de place à une information détaillée, notamment sur ses risques et complications. En cas de refus des patientes, les arguments les plus fréquemment avancés pour poser une péridurale par les anesthésistes sont la fréquence des changements d'avis en salle de travail, l'incidence faible des effets secondaires et des défauts de la technique. Une fois hospitalisées, cet article démontre que les marges de négociation pour en limiter la pose sont étroites, si ce n'est en arrivant trop tardivement.

Écoute et communication qualitative

La consultation d'anesthésie est un moment privilégié de contact entre l'anesthésiste et la patiente au cours de la grossesse. Cette consultation, souvent centrée sur l'évaluation des risques et des complications, laisse peu de place aux échanges sur les modalités et les souhaits de prise en charge analgésique.

À cette fin, le CARO a volontairement réalisé en 2020 une notice et une vidéo intitulées @preanesthesie (10) pour améliorer l'information et la communication autour du rôle des anesthésistes-réanimateurs en obstétrique. Mais plus qu'une notice, c'est souvent d'échanges et de discussions dont les patientes ont besoin. Les recommandations HAS sur l'accouchement normal parlent d'accompagnement vers des choix éclairés après discussion avec les équipes soignantes. L'analgésie en fait partie.

Pour cela, encore faut-il savoir communiquer de la bonne manière. Or, cette communication ne va pas toujours de soi, comme le montrent les données des enquêtes. Savoir-être nécessite aussi un apprentissage. Dans le rapport de périnatalité de 2021 (1), 12,1 % des patientes rapportent des paroles inappropriées parfois ou souvent, et 6,7 % des gestes inappropriés parfois ou souvent ; ces paroles, gestes ou attitudes pouvaient survenir tout au long de leur suivi ou à l'accouchement, y compris lors de la pose de la péridurale.

3.4.2 Perspectives et avancées

Sur le plan de la douleur et de la gestion de l'analgésie, cela passera très certainement par une extension des réflexions sur l'insuffisance d'analgésie au décours des césariennes aux insuffisances d'analgésie pendant le travail. Le rôle et l'implication croissante des infirmiers anesthésistes dans les

salles de naissance représenteront très certainement, dans les années à venir, un véritable atout pour la personnalisation et l'amélioration des prises en charge analgésiques.

Concernant le respect des choix des patientes, même si l'anesthésie est une spécialité très attachée à la sécurité, elle devra impérativement s'inscrire dans une dynamique de recherche du meilleur équilibre entre sécurité, choix et confort maternel. Enfin, le développement des techniques déambulatoires et la formation des professionnels aux thérapies psychocorporelles pourront parfaitement s'intégrer à une vision moins médicalisée de l'accompagnement.

Pour cela, développer un savoir-être en se formant et en acquérant des clés de communication, à la fois dans le quotidien lors des consultations, au bloc opératoire, en salle de naissance, et dans les situations d'urgence extrême, permettra très certainement de faciliter cette dynamique et de réduire les maladroites et les violences verbales. Communiquer, c'est aussi avoir du temps pour communiquer, un temps de qualité pour informer, discuter et créer une relation de confiance.

Références

1. Enquête périnatale 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>
2. G. Moulin. La césarienne à vif. *Douleur Analg* 2016, 29 : 64-66
3. D. Benhamou. La césarienne à vif : parlons-en ! *Douleur Analg*, 2016, 29: 61-63
4. C Huissoud. Decision-to-delivery interval for emergency caesareans in the Aurore perinatal network. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010, 149 : 159-164.
5. Préconisations insuffisance d'analgésie au cours de la césarienne sous anesthésie périmédullaire : prévention – prise en charge immédiate et différée. <https://sfar.org/preconisations-insuffisance-danalgesie-au-cours-de-la-cesarienne-sous-anesthesie-perimedullaire-prevention-prise-en-charge-immediate-et-differee/>
6. Ciane 2013. Douleurs et accouchement. Enquête sur les accouchements, Dossier n°3, <https://ciane.net/2013/04/douleur-et-accouchement-un-dossier-tire-de-lenquete-ciane/>
7. M. Akrich. La péridurale un choix douloureux. *Cahiers du Genre* 1999, 25 : 17-48
8. L. Kpéa. Initial preference for labor without neuraxial analgesia and actual use: results from a national survey in France. *Anesth Analg*, 2015, 121: 759-766.
9. C. Quagliariello. La péridurale un non choix ? Ethnographie des formes de résistance à une innovation miracle. *Anthropologie et Santé*. 2021, 23 :1-21.
10. Evaluation preanesthésique des femmes enceintes. <https://preanesthesie.fr/>

3.5 État des lieux en pédiatrie de maternité et néonatalogie

La bientraitance relève d'une approche respectueuse à l'égard des personnes vulnérables. Le nouveau-né est un patient très vulnérable, limité dans son autonomie et dans ses capacités d'expression. Il dépend entièrement de l'attention et des soins prodigués par ses parents et, en cas d'hospitalisation, également par les équipes médicales et soignantes. Les parents, et plus largement la famille nucléaire, sont des partenaires privilégiés des soins à leur enfant. Ils en sont également les responsables légaux. Le respect de la personne, quelles que soient ses déficiences, et le respect de ses capacités sont essentiels à toute bientraitance. Il en va de même du respect de ses choix et de ses souhaits, qui, dans le contexte du nouveau-né, doivent être envisagés et évalués avec les parents. La bientraitance est cruciale pour garantir des soins de qualité et promouvoir une culture du respect et de la sécurité au sein des établissements de santé (1,2). La bientraitance pour le nouveau-né est donc une démarche guidant les actions individuelles et les relations collectives visant à promouvoir le bien-être de l'usager qu'est le nouveau-né, tout en gardant à l'esprit le risque de « maltraitance institutionnelle » (2). Ainsi, pour le nouveau-né, au sens de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) (3), la bientraitance doit être une démarche collective visant à identifier l'accompagnement le plus adapté possible pour l'enfant, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins, qui sont partagés avec ses parents.

Avec cette définition large, au sein de la périnatalité, plusieurs aspects peuvent être envisagés pour faire un état des lieux des possibles soins inappropriés au nouveau-né en maternité et en néonatalogie malgré l'intention des équipes de faire au mieux dans un contexte de contraintes institutionnelles fortes. Nous nous focaliserons sur différents aspects spécifiques, notamment : la prise en compte des besoins physiologiques, sensoriels et développementaux des bébés, la prévention de la douleur associée aux soins, la proximité continue avec les parents dans une approche zéro-séparation, incluse dans le concept des 1000 premiers jours (4), et le respect des attentes et des besoins des parents des nouveau-nés hospitalisés (5). Plusieurs soins apparaissent ainsi inappropriés à l'aune du vécu des enfants et des parents, et eu égard à la charte du nouveau-né hospitalisé (6) et aux standards de soins disponibles au niveau européen, comme ceux de l'European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI) (7).

En effet, le nouveau-né peut être exposé à un environnement dystimulant, source de stress et d'inconfort (8,9), à des expériences douloureuses liées aux soins procéduraux ou standards (10-12), à une séparation plus ou moins importante d'avec ses parents (13), à des risques de troubles du neurodéveloppement (14,15), auxquels les éléments précédemment cités peuvent aussi contribuer (16,17,18).

Par ailleurs, la mère, le co-parent et la famille peuvent aussi être exposés à de la douleur ou de l'inconfort liés aux soins péripartum (mère), à la séparation d'avec leur enfant, au stress et à l'anxiété, à la dépression et aux phénomènes de stress post-traumatique (19). Les soins inappropriés peuvent ainsi résulter d'une : i) non-prise en compte des besoins physiologiques, sensoriels et développementaux des bébés ; ii) prévention et traitement imparfaits de la douleur associée aux soins ; iii) séparation d'avec les parents ; iv) non-respect des besoins, de la singularité et de la temporalité des parents des nouveau-nés hospitalisés.

L'initiative du Groupe de Réflexion et d'Évaluation de l'Environnement des Nouveau-nés hospitalisés (GREEN) a été portée par la SFN pour effectuer un travail multidisciplinaire et collaboratif avec les

associations de représentants d'usagers afin d'élaborer un ensemble de recommandations et de propositions visant à améliorer la qualité des soins et à réduire fortement l'incidence de ces soins inappropriés (20). Son travail s'intègre parfaitement dans celui du groupe de Bientraitance de la Société Française de Médecine Périnatale. Il repose sur une approche environnementale de la néonatalogie.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé, Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la sante. Genève: OMS; 2002.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Haute Autorité de Santé, 2024 Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement. Mise en oeuvre en milieu sanitaire, médico-social et social https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-10/rapport_bientraitance_maltraitance_etablissement_sanitaire_medico-social_social.pdf
3. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) 2008, Guide de bonnes pratiques en bientraitance (ANESM ;), Juin 2008. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf
4. Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020. Rapport de la commission des 1000 premiers jours. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
5. Sizun J et al. Quels sont les besoins des parents en unité de néonatalogie (Parental needs in the NICU] Perfectionnement en Pédiatrie 2018; 1 : 265-270.
6. Charte du nouveau-né hospitalisé https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_du_nouveau_ne_hospitalise.pdf
7. EFCNI, 2018. European Standard of Care for Newborn Infant. <https://newborn-health-standards.org/standards/standards-english/infant-family-centred-developmental-care/>
8. Smith GC, Gutovich J, Smyser C, et al. Neonatal intensive care unit stress is associated with brain development in preterm infants. *Ann Neurol* 2011;70:541-9.
9. Marchal A, Melchior M, Dufour A, Poisbeau P, Zores C, Kuhn P. Pain Behavioural Response to Acoustic and Light Environmental Changes in Very Preterm Infants. *Children (Basel)*. 2021 Nov 24;8(12):1081.
10. Carbajal R, Rousset A, Danan C, et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA*. 2008 Jul 2;300(1):60-70.
11. Courtois E, Cimerman P, Dubuche V, et al. The burden of venipuncture pain in neonatal intensive care units: EPIPPAIN 2, a prospective observational study. *Int J Nurs Stud*. 2016 May;57:48-59.
12. Walter-Nicolet E, Marchand-Martin L, Guellec I, et al. Premedication practices for neonatal tracheal intubation: Results from the EPIPPAIN 2 prospective cohort study and comparison with EPIPPAIN 1. *Paediatr Neonatal Pain*. 2021 Apr 4;3(2):46-58.
13. Raikola S, Axelin A, Toome L et al. Parents' presence and parent-infant closeness in 11 neonatal intensive care units in six European countries vary between and within the countries. *Acta Paediatr*. 2017 Jun;106(6):878-888.
14. Pierrat V, Marchand-Martin L, Arnaud C, et al. EPIPAGE-2 writing group. Neurodevelopmental outcome at 2 years for preterm children born at 22 to 34 weeks' gestation in France in 2011: EPIPAGE-2 cohort study. *BMJ*. 2017 Aug 16;358:j3448.
15. Pierrat V, Marchand-Martin L, Marret S, et al. EPIPAGE-2 writing group. Neurodevelopmental outcomes at age 5 among children born preterm: EPIPAGE-2 cohort study. *BMJ*. 2021 Apr 28;373:n741.
16. Brummelte S, Grunau RE, Chau V, et al. Procedural pain and brain development in premature newborns. *Ann Neurol* 2012;71:385-96.
17. Vinall J, Miller SP, Bjornson BH, et al. Invasive procedures in preterm children: brain and cognitive development at school age. *Pediatrics* 2014;133:412-21.
18. Selvanathan T, Ufkes S, Guo T, et al. Pain Exposure and Brain Connectivity in Preterm Infants. *JAMA Netw Open*. 2024 Mar 4;7(3):e242551.
19. Alkozei A, McMahon E, Lahav A. Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the early postpartum period. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014 Nov;27(17):1738-43.
20. Kuhn P, Sizun J, Casper C; GREEN study group from the French Neonatal Society. Recommendations on the environment for hospitalised newborn infants from the French neonatal society: rationale, methods and first recommendation on neonatal intensive care unit design. *Acta Paediatr*. 2018 Nov;107(11):1860-1866.

3.6 Violences obstétricales : apports des récits des femmes

L'entrée dans le débat sur les violences obstétricales et gynécologiques s'est d'abord faite par une remise en cause de gestes et d'actes techniques. On se souvient de la dénonciation des touchers vaginaux sur des patientes endormies, de l'épisiotomie ou des extractions instrumentales et césariennes « à vif ». Encore aujourd'hui, les femmes rapportent souvent des actes réalisés au mépris de leur douleur, répétitifs, brutaux ou ne correspondant pas à leur choix, voire à une obstétrique de qualité.

Ces témoignages ont pu polariser l'analyse de ces questions sur les actes et les techniques, appropriés ou non, respectant ou non les recommandations de bonnes pratiques, le droit du patient et le principe du « Primum non nocere ».

Logiquement, la science permet de répondre à certaines de ces problématiques, et plusieurs recommandations fournissent de solides pistes d'action : administration d'oxytocine durant le travail spontané (CNSF 2017), accompagnement physiologique de l'accouchement normal (HAS 2017), prévention et préservation périnéale (CNGOF 2018), prévention de l'insuffisance d'analgésie au cours de la césarienne (CARO, 2021), examen pelvien (CNGOF 2023).

Ces textes sont bien entendu indispensables. Toutefois, ils ne permettent pas de traiter un point central, signalé par les femmes et les couples dans quasiment tous leurs récits : le mode relationnel du/des soignant(e)s, leur posture et leur attitude sont dans ces situations un préalable déjà défavorable à une relation de qualité.

Notre analyse s'appuiera sur des extraits de témoignages représentatifs de l'ensemble de ceux que reçoit le Ciane chaque année. Ils constituent une ressource indispensable pour analyser la question des maltraitements liés aux soins en obstétrique.

3.6.1 Violences obstétricales : une perturbation de la relation de soin dans sa globalité

Comprendre la spécificité des violences vécues en obstétrique nécessite de se décentrer de quelques a priori. Ainsi, le temps de l'accouchement n'est-il pas le seul moment où s'expriment ces dysfonctionnements : consultations de suivi, échographies, suites de couches sont tout autant des lieux possibles de ces vécus douloureux, voire traumatiques. Il ne s'agit pas non plus, dans l'écrasante majorité des cas, de parcours sans encombre où un soignant viendrait rompre la belle harmonie entre une femme, un couple et l'équipe qui les accompagne. Enfin, la violence peut aussi s'imposer sans atteinte au corps et sans geste intrusif ou douloureux.

C'est le cas pour cette femme, qui ne remettra pas en cause le déroulement médical de son accouchement mais sera profondément déstabilisée par le mode de communication qui s'est imposé :

« Quand je propose quelque chose c'est 'Je suis médecin, c'est moi qui sais, et vous, vous êtes là pour accoucher, pas pour réfléchir, d'accord ? Alors vous restez dans l'émotionnel là, l'hémisphère droit, et vous arrêtez avec le rationnel'. Plus tard, le besoin de pousser. Je me redresse. La médecin m'appuie sur l'épaule. 'Je veux me redresser'. 'Vous n'avez pas la force'. Je lui dis que j'ai la force, que je veux me redresser, me mettre à quatre pattes ou accroupie.

Elle me répond que je n'ai pas la force, qu'elle est médecin, qu'elle et l'équipe soignante savent mieux que moi, ils ont 'une conscience plus générale' de mon état. J'insiste, elle me dit que ça suffit, qu'elle m'avait déjà dit d'arrêter de réfléchir. Tout le long de mon accouchement, elle me parle mal, comme si

j'étais une enfant, elle ne m'écoute pas... J'arrête de lutter, je suis en position gynécologique, je me sens humiliée, vulnérable. »

Même sentiment ici, dans la relation avec la sage-femme :

« Je la vois prendre un médicament sans rien me dire. Je finis par lui demander ce que c'est... Elle me rétorque sèchement 'et ça va vous dire quoi ? Vous êtes trop dans le mental, faut lâcher prise et faire confiance. Et puis là, il va falloir augmenter votre seuil de résistance à la douleur !' J'en ai les larmes aux yeux, je voudrais juste qu'elle m'explique, que je sache où je vais, mais depuis le début, elle n'a jamais une attitude humaine, elle ne m'explique pas, toujours des mots durs et culpabilisants. »

Chez cette autre femme, l'absence de communication avec l'obstétricien lui paraît responsable de l'intensité extrême de la douleur éprouvée :

« La sage-femme me dit qu'un bout de membrane est resté à l'intérieur et que l'anesthésiste va arriver pour qu'on puisse après l'enlever et elle s'en va. Un monsieur rentre, je me dis que c'est lui, il passe entre mes jambes, je ne comprends pas. Je l'entends mettre des gants chirurgicaux, je comprends que cet homme n'est pas là pour m'anesthésier, je dis 'attendez'. »

Ce qu'il ne fait pas et cet homme introduit son bras dans mon intimité. Tout ce que je peux faire à ce moment-là c'est prendre le masque, inhaler le gaz en espérant que cette douleur atroce devienne plus supportable. C'était un acte de torture. Si seulement il m'avait dit 'Madame, l'anesthésiste ne peut pas venir, il faut que j'y aille, ça va faire très mal mais je vais faire au mieux et je suis avec vous', s'il m'avait dit pendant que je hurlais 'je comprends ce que vous ressentez, je suis navré, tenez bon', je ne l'aurais pas vécu pareil, ça n'aurait pas été aussi horrible, je me serai préparée. Mais il n'a rien dit et après, il discutait avec la sage-femme et me parlait du choix du prénom de mon fils. »

Dans ces défauts de communication, les jugements ou les moqueries sont très souvent le premier point d'achoppement et de bascule vers l'angoisse et la perte de confiance :

« Ni il se présente, ni il me dit bonjour et direct 'ah ben avec votre poids, c'est pas sûr que la péri fonctionne'. J'ai eu honte, c'était déplacé et il a été tout le temps désagréable. »

« Je lui avais dit que je voulais essayer sans péridurale, il m'a répondu en se moquant 'oui, oui, très bien, et après, vous trouverez que je n'arrive pas assez vite et vous viendrez me la réclamer à genou'. Je suis ressortie humiliée et angoissée. »

« Dès le début, la sage-femme se moquait de moi, me disait que je faisais ma chochette, et puis 'eh bien, si vous avez trouvé que ça fait mal maintenant, qu'est-ce que ça sera plus tard !'. Tout le temps, elle était sèche. Même quand j'ai voulu me redresser pour accoucher, elle m'a parlé brutalement, elle ne voulait pas. »

Après, elle me disait que je ne savais pas pousser, que je n'avais rien compris à la technique. Je voulais pousser en expirant, elle disait non, que ce n'était pas efficace. Elle criait 'allez, faut y aller, mais vous l'avez faite cette préparation ???' Et puis après 'Mais vous ne donnez pas tout là, ce n'est pas possible, parce que là, il ne se passe rien là, mais qu'est-ce qui vous retient ? Vous êtes sûre que vous le voulez ce bébé ?', et ces phrases répétées, et encore répétées plusieurs fois.

Je me suis sentie nulle, humiliée, j'avais envie de pleurer, comme si je ne savais pas ce qu'il fallait faire de bien pour mon bébé. J'ai envie d'oublier cet accouchement, mais tous les soirs, ça revient, plus je veux oublier, plus ça revient. »

Ces postures sont souvent associées à une information jugée défailante ou inadaptée aux besoins des parents, ce qui accroît le sentiment de perte de confiance.

« Ce déclenchement me fait très peur, d'autant que je ne comprends pas leur décision : tous mes dextros étaient bons. Mon mari était avec moi, il a râlé en disant qu'on aimerait en discuter, qu'on nous explique, moi je pleurais, on nous a dit "on vous a déjà suffisamment écouté, vous devriez voir la psy, manifestement tout se mélange dans votre tête, et si vous n'êtes pas d'accord, voilà votre dossier, vous pouvez aller ailleurs". Je suis à 38SA, ils veulent que j'aille où ?

Et puis le déclenchement, je l'ai appris entre deux portes, à la fin de la consultation, on ne m'avait jamais parlé de ça avant. Je croyais trouver du réconfort auprès de la sage-femme, je me suis fait engueuler comme si j'étais une gamine de 5 ans, elle m'a traitée d'irresponsable, m'a punie en me disant "si vous vous obstinez comme ça, je ne vous ferai pas votre séance d'acupuncture". A mon mari, l'obstétricienne a dit "s'il arrive quelque chose au bébé, faudra pas venir pleurer". Plus ça va, plus j'ai peur, je n'ai plus confiance, je ne veux pas y aller, je voudrais juste qu'on écoute ce que j'ai à dire. »

Notons que l'absence d'écoute et de considération de la parole de la femme est systématique lors d'extractions instrumentales ou de césariennes réalisées malgré une analgésie défailante. La totalité des témoignages montre des femmes qui tentent vainement, à de nombreuses reprises, de faire entendre leurs douleurs, souvent déjà présentes en amont de ces interventions. Leur parole est niée, la douleur mise sur le compte de l'angoisse, d'une sensibilité excessive ou d'une incapacité à l'affronter. On peut aussi leur affirmer qu'elles confondent la douleur avec des « sensations » normales, qui subsistent lorsque l'analgésie est fonctionnelle et bien dosée. L'absence d'écoute joue alors un rôle crucial dans l'intensité du traumatisme, ces femmes imaginant même pouvoir mourir sans que personne ne s'en inquiète.

« La péri avait été posée plusieurs heures avant mais je sentais bien qu'elle ne fonctionnait pas du tout. Ils ont rajouté des doses, ça ne changeait rien et l'anesthésiste n'est pas revenu, je n'en pouvais plus et je voyais bien qu'ils me trouvaient pénible. Au bloc, j'ai dit que j'avais mal, que je sentais tout. La sage-femme m'a dit "vous êtes sous péri, vous avez des sensations mais pas de douleur", je ne savais plus comment leur faire comprendre. Je l'ai dit à l'anesthésiste, il m'a dit "vous avez mal ou vous avez des sensations, soyez précise", je n'en pouvais plus, j'ai dit que je sentais quand il me touchait, leurs instruments, que j'avais mal, il m'a dit que c'était normal, que c'était aussi le stress.

A l'incision, j'ai hurlé dès le départ, le gyn-obs m'a dit "ah, arrêtez de crier, vous me stressez". Et on me disait "mais calmez-vous enfin ! c'est normal ! tout va bien !". Mais je ne pouvais pas me calmer, ce n'était pas des sensations, c'était l'agonie totale, une torture médiévale, comme si on me poignardait jusqu'au dos, je n'arrivais plus à respirer, comme un poids énorme sur mes poumons, j'ai pensé que j'allais mourir. Ils disaient "elle fait une crise de panique" !! »

Certaines femmes, qui ont l'énergie de parler de leur vécu en suites de couches, le voient aussi normalisé.

« Pendant le séjour, personne ne me croyait quand je racontais ce que j'avais vécu, on me disait "mais non, vous n'avez pas vraiment ressenti la douleur, vous deviez être trop stressée. Maintenant, il faut être contente, parce que vous avez un fils en bonne santé". La psy est passée, quand j'ai eu mon dossier, j'ai vu qu'elle avait noté "a eu l'impression de sentir des sensations de douleur pendant la césarienne" !! Tout a été totalement minimisé, ce qui rend mon expérience encore plus violente. »

Cette incapacité à se faire entendre est, quelles que soient les situations dénoncées, l'une des causes majeures de l'irruption du traumatisme. Alors même que ces femmes se pensent dans un lieu de

sécurité, entourées de personnes vigilantes et objectives, le déni de leur parole les plonge dans un profond désarroi :

« Je me suis dit ‘mais tu es où ?’, je n’avais plus confiance en rien. Je leur donnais des informations importantes et ils n’en tenaient pas du tout compte ! Je me suis dit, s’il se passe quelque chose de grave, ils ne verront rien. Je posais 3-4 fois les mêmes questions à mon mari, j’avais tout le temps peur, j’étais en panique. Quand on est partis au bloc, j’ai pensé ‘voilà, j’avais raison, ça arrive, je vais mourir et mon bébé avec’ ! »

Ainsi, si les atteintes au corps, la douleur, les gestes intrusifs... occupent bien entendu une place spécifique dans les témoignages de violences obstétricales, la violence verbale (dénigrement, propos infantilisants, sexistes, intimidations ou menaces...), une communication et une information défaillantes et inadaptées, le non-respect des choix exprimés, l’absence fréquente de recherche du consentement sont des éléments récurrents. Globalement, les femmes ont le sentiment que leurs ressentis spécifiques et leur capacité à poser des choix légitimes sont niés. Tout cela participe fortement à l’irruption des traumatismes, quelle que soit la situation médicale et même lorsque celle-ci est jugée normale par les soignants.

Dans le contexte spécifique de l’urgence, l’absence d’une personne dédiée à l’explication des décisions prises, voire à un simple contact avec la mère et le co-parent, est particulièrement délétère pour le vécu des parents et leur santé psychique.

Les récits des femmes illustrent clairement les conséquences de ces dysfonctionnements :

- rupture du contact et du dialogue avec les soignants
- perte par la femme de sa place d’interlocutrice, d’actrice centrale des événements
- perte de confiance dans l’équipe et sentiment de grande solitude
- sentiment de dévalorisation, d’infantilisation, d’humiliation et de ridicule
- sentiment de dépossession de son rôle, de son corps, de son bébé ou, à l’inverse, d’être réduite à n’être qu’un corps
- vécu d’isolement et d’abandon
- émergence de la peur et du risque de mort sans qu’ils puissent être ouvertement exprimés.

Leurs conséquences sont très sérieuses pour les femmes mais aussi, souvent, pour leur conjoint. Même en l’absence de stress post-traumatique, dont on connaît la gravité, des sentiments de colère et de grande tristesse, de culpabilité, une perte de confiance envers les soignants, un renoncement au suivi médical, une atteinte des relations conjugales, et un lien perturbé avec l’enfant sont très fréquents.

3.6.2 Les récits comme support d’analyse des pratiques

On comprend la nécessité de lutter contre ces situations avec des outils adaptés aux enjeux. S’appuyer sur la science pour éviter une obstétrique éloignée des meilleurs standards est indispensable. Mais cela doit s’accompagner de moyens susceptibles de permettre l’évolution des comportements, des postures et des modes relationnels mis en place par certains soignants : sans actions d’information et de formation ciblées, on risque de ne répondre que partiellement aux attentes des femmes et des couples.(e3.1) Et cela d’autant que l’attention à la sécurité émotionnelle des femmes et à son maintien

est une composante indispensable de la sécurité médicale, laquelle ne peut être limitée au strict déroulement technique et thérapeutique d'un parcours de soins.

En ce sens, les récits des femmes constituent un support précieux pour comprendre les axes de formation et de recherche à privilégier. Il est à noter que lorsqu'ils sont adressés à notre Collectif, c'est toujours en vue d'une démarche auprès des professionnels concernés. Ce sont donc bien des témoignages « adressés », à destination des soignants et de l'institution, établis dans le but que les situations subies ne se reproduisent plus.

Ce sont ainsi des récits construits, qui ont en commun d'être chronologiques et précis. Ils décrivent une consultation, un accouchement, un entretien en suite de couches... et mettent en parallèle les faits vécus et les émotions qu'ils ont engendrées chez la femme et souvent chez son conjoint. S'ils ne sont bien entendu pas à comparer à un compte-rendu médical, ils fournissent une matière riche pour comprendre l'analyse par les parents des événements. Leurs interrogations permettent de relever les points à éclaircir dans l'enchaînement des faits, les manquements dans l'information et les décalages de perception entre les professionnels, la femme et le couple. L'impact des postures et des attitudes des soignants sur leur vécu immédiat et à plus long terme constitue une part importante de ces témoignages. C'est d'autant plus intéressant que nombre de ces comportements ne sont pas relevés par les soignants eux-mêmes et qu'ils échappent donc à leur évaluation. Enfin, les conséquences des événements sur l'état physique et psychique des femmes sont toujours expliquées, donnant accès aux professionnels à des informations qui ne leur reviennent que trop rarement. Ainsi, il n'est pas excessif d'affirmer que ces témoignages apportent une contribution essentielle à l'analyse de leurs pratiques par les soignants.

C'est grâce aussi à leurs récits que l'on comprend l'importance de former les soignants à l'impact de la douleur et des défauts de sa prise en compte sur la santé globale des femmes, à ce qu'est une information de qualité, ainsi qu'à la notion de consentement et de choix. Plus largement, les témoignages des femmes démontrent qu'on ne peut négliger ce qui met en péril la santé psychique des femmes, au risque de porter atteinte à leur santé globale. C'est pourquoi on ne doit pas hésiter à les utiliser comme support de formation, ce que d'ailleurs réclament les femmes qui les rédigent.

4. Impact des effectifs et de la charge de travail sur la qualité des soins en maternité

Des études portant sur les effectifs, la charge de travail, l'environnement de travail, les soins non réalisés, les soins de maternité respectueux, la maltraitance et la violence obstétricale ont été identifiées dans le contexte des maternités des pays à revenu élevé. Ces termes sont utilisés de manière inhomogène. Certaines études ont mesuré les abus explicites ou les actes commis sans consentement ; d'autres ont mesuré des résultats connexes tels que des retards dans la réalisation des soins, l'absence d'explications, l'absence de soutien ou une mauvaise expérience patiente.

Dans les maternités des pays à revenu élevé, la pression sur les effectifs est constamment associée, dans la littérature, à des processus de soins de moindre qualité, mais les données ne permettent pas encore d'établir une relation causale simple entre les ratios d'effectifs et le risque de violences dans les soins. Les données quantitatives les plus solides concernent les soins non réalisés, retardés ou dépersonnalisés : réduction de la présence des soignants, de la communication, de l'éducation aux soins et du soutien ; surveillance moindre et sorties retardées (1 - 5).

L'impact de l'organisation des soins sur la bientraitance est documenté. Une charge de travail élevée et des effectifs insuffisants réduisent le temps disponible pour l'écoute, l'explication, le consentement et la prise en charge de la douleur. Ils accroissent également la fatigue, l'épuisement professionnel et la détresse morale. Plus la charge est élevée, plus la pratique est centrée sur les tâches. Dans ces conditions, des interventions routinières peuvent être réalisées avec des explications insuffisantes et sans consentement explicite. Des études menées auprès de professionnels aux États-Unis, en Espagne, en Australie et dans d'autres contextes de pays à revenu élevé ont identifié comme cofacteurs une hiérarchie et des protocoles rigides, un faible niveau de sécurité psychologique et une responsabilité individuelle insuffisante (6 - 9).

Il reste cependant difficile de proposer des ratios soignants-soignés adaptés de manière reproductible à tous les contextes. Définir la charge de travail de chaque poste, la combinaison des compétences, le temps de récupération et l'amélioration de l'environnement de travail constituent des axes prioritaires. Les interventions organisationnelles devraient protéger les soins relationnels et le consentement éclairé, renforcer le leadership d'équipe et les dispositifs de prise de parole, prévenir l'épuisement professionnel et la détresse morale, et évaluer les soins omis et la maltraitance.

Une revue systématique de la charge de travail obstétricale dans les pays de l'OCDE a inclus 23 études et près de 2,95 millions de naissances. Seules trois études ont été jugées de haute qualité, et aucune ne mesurait directement les soins de maternité respectueux, la maltraitance ou le consentement éclairé. Une charge de travail plus élevée était associée à des retards et à des modifications des processus de soins dans certaines études (10).

Les soins non réalisés se concentrent sur les activités relationnelles

Dans les maternités américaines, les soins les plus souvent laissés inachevés n'étaient ni l'administration de médicaments ni les procédures techniques. Il s'agissait du réconfort et des échanges avec les patientes, de l'éducation et du conseil, de la planification des soins, de l'information et de la surveillance (1). Dans un vaste échantillon américain, l'épuisement professionnel avait un impact significatif sur la communication et sur le manque de réconfort. Plus de la moitié des infirmières déclarant un épuisement professionnel ont indiqué avoir omis de réconforter les patientes et de leur parler lors de leur dernier poste (2). Ces omissions sont certainement la conséquence d'une priorisation des tâches au détriment des soins d'accompagnement.

Ces omissions sont importantes, car des soins respectueux reposent fortement sur la qualité relationnelle. Une femme qui reçoit un traitement techniquement adapté mais ne peut obtenir d'explications, d'aide en temps opportun, de soutien contre la douleur ou l'occasion de poser des questions peut percevoir la rencontre comme négligente ou coercitive. Cela ne prouve pas que chaque interaction non optimale constitue une violence. Cela montre, en revanche, comment la charge de travail peut faire disparaître les conditions pratiques nécessaires à l'autonomie et à la dignité.

Le même schéma se retrouve dans les soins qui soutiennent le bien-être maternel et néonatal. Une patiente supplémentaire par infirmière était associée à une augmentation de 39 % de défauts de soutien à l'allaitement dans les maternités américaines (11). En Angleterre, des effectifs plus élevés de sages-femmes étaient, au contraire, associés à moins de retards de sortie et à un meilleur accès à l'aide et aux explications (3). Les effectifs d'aides-soignants sont également associés à l'aide et à la bienveillance (4). Le nombre de soignants à lui seul ne suffit pas : la combinaison des compétences, de la continuité et de l'environnement de travail local détermine si les effectifs se traduisent par des soins disponibles.

Les effectifs influencent aussi la surveillance clinique

Les enjeux ne sont pas seulement interpersonnels. Pendant la pandémie de COVID-19, les infirmières américaines en maternité qui déclaraient passer moins de temps au chevet des patientes présentaient un risque accru de défaut de surveillance (activité utérine excessive et complications maternelles). Des effectifs perçus comme adéquats étaient associés à une probabilité moindre d'omettre l'un des trois risques critiques de soins étudiés (5). Un meilleur climat de sécurité était également associé à moins de soins non réalisés, tandis que les ressources en personnel au travail constituaient la raison la plus fréquemment invoquée pour expliquer les omissions (12).

Lorsque la charge de travail réduit la présence, le même échec organisationnel peut retarder la réponse clinique, limiter l'explication et laisser une femme avec un sentiment d'abandon.

4.1 Comment la pression organisationnelle peut devenir maltraitance

Pression temporelle et dépersonnalisation

Des entretiens avec des professionnels de Boston ont montré qu'une forte activité les poussait à « budgéter » le temps consacré aux patientes. Ils ont également décrit des consentements recueillis dans la précipitation, un temps d'écoute limité et des difficultés à rester patients (6). Des sages-femmes espagnoles ont décrit de manière similaire le fait d'être débordées et d'agir automatiquement, avec trop peu de temps pour expliquer les procédures ou permettre aux femmes de décider. Elles ont

lié la charge de travail et les protocoles rigides au remplacement des soins individualisés par des soins routiniers (8). Ces témoignages suggèrent un mécanisme de standardisation des pratiques et de dépersonnalisation : la femme est de plus en plus traitée comme une tâche, un lit ou une catégorie de risque plutôt que comme une participante aux décisions.

Épuisement professionnel, détresse morale et pratique défensive

L'épuisement professionnel n'est pas simplement un problème de résilience individuelle. Il est associé à l'organisation du travail, aux effectifs, à la récupération, au leadership et à la capacité à fournir des soins jugés éthiquement appropriés par les cliniciens. Dans l'étude américaine portant sur les infirmières en maternité, l'épuisement professionnel et l'insatisfaction au travail étaient fortement associés à des soins non réalisés (2). Les sages-femmes britanniques ont également rapporté un niveau de stress élevé, un épuisement professionnel, une faible satisfaction au travail et une intention de quitter la profession lorsque la récupération était entravée et que les effectifs étaient insuffisants (13). En France, 55 % des sages-femmes interrogées en 2020 par leur conseil de l'ordre estimaient ne pas avoir le temps de prodiguer des soins de qualité.

Les études menées décrivent une détresse morale lorsque les cliniciens savent ce qu'exigent des soins respectueux mais ne peuvent pas les fournir en raison de la charge de travail, des protocoles, de la hiérarchie ou de la crainte d'une mise en cause juridique (6, 9). La médecine défensive peut alors intensifier la médicalisation : les procédures sont justifiées comme nécessaires à la sécurité fœtale, tandis que le refus ou la préférence de la femme est traité comme un problème.

Hiérarchie et responsabilités insuffisantes

La littérature identifie fréquemment la hiérarchie professionnelle comme un facteur favorisant la maltraitance. Des professionnels identifiant des soins non consentis peuvent manquer de l'autorité ou de la sécurité psychologique nécessaires pour les contester (9). Les témoignages de professionnels en Australie et aux États-Unis décrivent des cultures organisationnelles où prendre la parole peut entraîner des conflits, de l'ostracisation ou des représailles (7, 9).

Ainsi, une unité bien dotée en personnel peut, malgré tout, engendrer de la maltraitance si la hiérarchie, les incitations et les mécanismes de responsabilité privilégient la quantité d'activité ou la conformité aux protocoles plutôt que le choix éclairé des femmes. À l'inverse, un environnement de travail bienveillant peut atténuer en partie la pression sur les effectifs en améliorant le travail d'équipe et le soutien mutuel. Dans les maternités américaines, l'environnement de travail était plus fortement associé à l'absence de soutien à l'allaitement que des effectifs insuffisants ; de meilleurs effectifs avaient un effet protecteur significatif, principalement dans les environnements de travail défavorables (11).

4.2 Ce que montrent les données directes sur la violence obstétricale

Les études menées dans les pays à revenu élevé documentent la coercition, les examens et procédures non consentis, les menaces, la discrimination et les violations de l'autonomie (9, 14). Une revue systématique et une méta-analyse ont estimé qu'environ 45 % des femmes incluses dans les études menées dans des pays à revenu élevé déclaraient avoir subi au moins une forme de violence obstétricale, mais l'intervalle de confiance était large et l'hétérogénéité statistique importante. La revue a également constaté une variation substantielle dans la mesure des cris, des demandes d'aide

ignorées, de l'absence d'analgésie et des procédures physiques (14). Ces chiffres ne doivent pas être interprétés comme une estimation unique de la prévalence pour tous les pays à revenu élevé.

Les données directes reliant ces résultats aux effectifs sont plus limitées. Les études auprès des professionnels relient la charge de travail, la fatigue, les infrastructures et les contraintes institutionnelles à des soins irrespectueux, mais elles sont généralement qualitatives ou transversales (6, 8). Les sous-effectifs ne causent pas directement la violence. Mais la pression sur les effectifs peut créer des conditions propices à la négligence, au recueil précipité du consentement, à une communication défailante, à des interactions coercitives et à des interventions inutiles.

4.3 Organisation des soins et bientraitance

Outils de mesure de la charge de travail

Les ratios annuels de sages-femmes par naissance peuvent masquer d'importantes variations de la charge de travail selon les postes, dépendantes notamment du turn-over des patientes, des urgences simultanées et du personnel réellement présent (10, 15). Le suivi des effectifs devrait donc inclure :

- L'adéquation des effectifs par poste, en fonction de la charge de soins.
- La disponibilité des infirmières, des sages-femmes, des agents de soutien, des obstétriciens, des anesthésistes et des interprètes.
- Les absences de pauses, les heures supplémentaires et la récupération.
- Le temps passé au chevet des patientes.
- Les soins relationnels et critiques pour la sécurité non réalisés.

Un ratio fixe peut être utile comme garde-fou minimal, mais il ne peut pas remplacer un ajustement dynamique, en fonction de la charge de travail, par essence pulsatile en salle de naissance.

Protéger les soins relationnels et le consentement éclairé

Les activités relationnelles figurent parmi les premières à ne pas être réalisées en cas de surcharge de travail : elles devraient dès lors être régulièrement évaluées (explications, soutien face à la douleur, respect de l'intimité, accompagnement, consentement). Ces évaluations devraient reposer à la fois sur des outils de mesure systématique des soins non réalisés et sur une évaluation de la satisfaction des patientes (autonomie et soins respectueux) (1, 12).

La recherche d'un consentement éclairé ne peut pas reposer uniquement sur la signature de formulaires. En situation d'urgence, les risques d'explications précipitées, d'obstacles linguistiques et de raccourcis augmentent (6, 8).

Améliorer l'environnement de travail et la sécurité psychologique

L'investissement dans les effectifs est nécessaire mais doit être combiné à un management adapté. De meilleurs environnements de travail et un sentiment de sécurité professionnelle sont associés à moins de soins non réalisés (1, 12). L'encouragement au signalement, la formation par simulation, le débriefing structuré après des événements traumatiques et une réponse visible du management aux préoccupations doivent être privilégiés (6, 9).

La préservation du temps de récupération, des plannings prévisibles, des pauses organisées, une charge de travail maîtrisée et la participation aux décisions sont les actions les plus efficaces pour lutter contre l'épuisement professionnel (2, 13).

La bientraitance ne peut pas être déléguée

Des agents de soutien peuvent améliorer la bientraitance, par exemple dans les services postnataux. Des données britanniques suggèrent cependant que les sages-femmes et les médecins ont des rôles spécifiques et que la substitution ou la dilution de ces rôles peut être dangereuse à mesure que la complexité clinique augmente (4, 16).

Renforcer la responsabilité face à la maltraitance

Les réponses organisationnelles ne devraient pas traiter la maltraitance comme un simple problème d'attitude individuelle. Les équipes ont besoin de définitions claires, de procédures de signalement confidentielles, d'un examen indépendant, de retours d'information au personnel et de conséquences en cas de maltraitance avérée. En même temps, les institutions doivent assumer leur part de responsabilité lorsque les conditions de travail rendent difficiles les soins respectueux : charge de travail trop élevée, supervision insuffisante, absence d'interprètes ou d'équipements appropriés (9, 17).

4.4 Quelques limites

Plusieurs limites reviennent dans la littérature :

- La plupart des études sur les effectifs sont transversales et ne permettent pas d'établir une causalité.
- Les effectifs sont plus souvent mesurés au niveau de l'hôpital plutôt qu'au niveau du poste ou de la patiente.
- Les soins non réalisés, l'expérience des patientes et la violence obstétricale sont mesurés à l'aide d'outils différents.
- Les études directes sur les effectifs et la maltraitance sont peu nombreuses ; les données issues des professionnels sont souvent de nature qualitative.
- Les études sur la violence obstétricale dans les pays à revenu élevé sont concentrées dans un nombre limité de pays (9, 14, 17).
- Les estimations de prévalence sont très hétérogènes et reposent souvent sur des déclarations volontaires (14).

Il reste ainsi difficile de définir un seuil précis d'effectifs ou de quantifier l'effet causal sur la violence.

Conclusion

L'organisation des unités de maternité peut influencer le risque de soins inappropriés en fonction des conditions qu'elle crée pour le travail clinique et relationnel. Le sous-effectif, une charge de travail élevée, des postes longs ou insuffisamment suivis de temps de récupération, et des environnements de travail non sécurisants augmentent les taux de soins non réalisés et réduisent le temps disponible pour l'accompagnement, la communication et la recherche du consentement. Il peut en résulter des soins centrés sur la technique mais vécus comme négligents, coercitifs ou violents.

La réponse la plus appropriée n'est ni un ratio unique d'effectifs ni un programme de formation ciblant uniquement les comportements individuels. Il s'agit d'une réponse systémique : dotation dynamique

en personnel et planification selon la complexité des soins, protection des soins relationnels, consentement réellement éclairé, leadership soutenant, récupération et prévention de l'épuisement professionnel, protection de la prise de parole, combinaison appropriée des compétences et suivi direct de la maltraitance, parallèlement à la sécurité clinique.

Tableau : impact des effectifs et de la charge de travail sur la bientraitance

Condition organisationnelle	Données probantes dans les pays à revenu élevé	Pertinence pour la maltraitance	Principale limite
Effectifs faibles ou forte charge de patientes	Associés à une aide retardée, des explications plus pauvres, une absence de soutien et des sorties retardées (3, 4, 11)	Réduisent le temps nécessaire à la communication, au consentement, au réconfort et à la défense des intérêts des femmes	Les effectifs sont souvent mesurés au niveau l'équipe dans son ensemble plutôt qu'au niveau du poste
Présence réduite auprès des femmes en travail	Associée à un moindre suivi des contractions et une moindre identification des complications maternelles ; des effectifs adéquats avaient un effet protecteur (5)	Une moindre présence peut générer négligence et réponse retardée	Enquête transversale auprès d'infirmières pendant la pandémie de COVID 19
Environnement de travail défavorable	Fortement associé aux soins non réalisés dans les unités américaines de travail et d'accouchement (1, 12)	Le leadership, le travail d'équipe et la sécurité psychologique déterminent la capacité du personnel à assurer des soins respectueux	L'environnement de travail et les effectifs sont difficiles à dissocier
Épuisement professionnel et insatisfaction	L'épuisement professionnel était associé à des chances environ quatre fois plus élevées de soins non réalisés ; l'insatisfaction à des chances environ trois fois plus élevées (2)	La fatigue et l'épuisement émotionnel peuvent réduire la patience, l'empathie et la disponibilité relationnelle	Le sens de la causalité ne peut pas être établi
Routines organisationnelles rigides	Les professionnels décrivent une gestion du temps par arbitrage, des soins guidés par des check-list, une recherche de consentement précipitée et une pratique défensive (6, 8)	Des actes routiniers ou techniquement valides peuvent devenir coercitifs lorsque les femmes ne sont pas informées ou associées aux décisions	Données principalement qualitatives

Références

- (1) E. Lake, R. French, K. O'rourke, J. Sanders, and S. Srinivas, "Linking the Work Environment to Missed Nursing Care in Labor and Delivery," *Journal of nursing management*, vol. 28, pp. 1901–1908, Oct. 2019, doi: [10.1111/jonm.12856](https://doi.org/10.1111/jonm.12856).
- (2) R. R. S. Clark and E. Lake, "Burnout, job dissatisfaction and missed care among maternity nurses," *Journal of nursing management*, vol. 28, pp. 2001–2006, Apr. 2020, doi: [10.1111/jonm.13037](https://doi.org/10.1111/jonm.13037).
- (3) L. Turner, D. Culliford, J. Ball, E. Kitson-Reynolds, and P. Griffiths, "The association between midwifery staffing levels and the experiences of mothers on postnatal wards: cross sectional analysis of routine data," *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, Dec. 2021, doi: [10.1101/2021.12.14.21267798](https://doi.org/10.1101/2021.12.14.21267798).
- (4) L. Turner, J. Ball, D. Culliford, E. Kitson-Reynolds, and P. Griffiths, "Exploring the relationship between women's experience of postnatal care and reported staffing measures: An observational study," *PLoS ONE*, vol. 17, Apr. 2022, doi: [10.1371/journal.pone.0266638](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266638).
- (5) J. Edmonds, E. K. George, S. E. Iobst, and D. Bingham, "Three Missed Critical Nursing Care Processes on Labor and Delivery Units During the COVID-19 Pandemic," *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, May 2023, doi: [10.1016/j.jogn.2023.03.002](https://doi.org/10.1016/j.jogn.2023.03.002).
- (6) K. Fachon et al., "You feel like you come up short over and over again": a qualitative study of provider perspectives of barriers to respectful maternity care in Boston," *Reproductive Health*, vol. 22, Jun. 2025, doi: [10.1186/s12978-025-02053-7](https://doi.org/10.1186/s12978-025-02053-7).
- (7) U. Darilek and S. L. Gill, "Abuse and Disrespect in Obstetric Care in the United States: A Qualitative Descriptive Study of Nurse Experiences," *Birth (Berkeley, Calif.)*, vol. 52, pp. 606–617, Mar. 2025, doi: [10.1111/birt.12905](https://doi.org/10.1111/birt.12905).
- (8) I. Antúnez-Calvente et al., "Midwives' lived experiences of obstetric violence: a hermeneutic phenomenological study," *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, vol. 21, May 2026, doi: [10.1080/17482631.2026.2673288](https://doi.org/10.1080/17482631.2026.2673288).
- (9) E. C. Collins, E. S. Burns, H. Keedle, and H. Dahlen, "Maternity Care Providers Perspectives and Experiences of Obstetric Violence in Low-, Middle- and High-Income Countries: An Integrative Review," *Journal of Advanced Nursing*, vol. 82, pp. 2790–2809, Jul. 2025, doi: [10.1111/jan.70055](https://doi.org/10.1111/jan.70055).
- (10) R. Mattock, C. Bojke, J. Wright, and T. Stacey, "The impact of midwife workload on delivery of care, and mother and baby outcomes in maternity settings in OECD countries: A systematic review," *PLOS One*, vol. 20, Aug. 2025, doi: [10.1371/journal.pone.0329117](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0329117).
- (11) R. R. S. Clark, M. E. Peele, A. Mason, and E. T. Lake, "Effects of Nurse Staffing on Missed Breastfeeding Support in Maternity Units with Different Nurse Work Environments," *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, vol. 38, pp. 158–166, Apr. 2024, doi: [10.1097/JPN.0000000000000824](https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000824).
- (12) J. Zhong et al., "Linking Patient Safety Climate With Missed Nursing Care in Labor and Delivery Units: Findings From the LaborRNs Survey," *Journal of Patient Safety*, vol. 19, pp. 166–172, Jan. 2023, doi: [10.1097/PTS.0000000000001106](https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001106).
- (13) J. Dent, N. Smeeton, L. Whiting, and T. Watson, "The importance of recovery and staffing on midwives' emotional wellbeing: A UK national survey," *Midwifery*, vol. 132, pp. 103961, Mar. 2024, doi: [10.1016/j.midw.2024.103961](https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103961).
- (14) L. K. Fraser, N. Cano-Ibáñez, C. Amezcua-Prieto, K. Khan, R. F. Lamont, and J. S. Jørgensen, "Prevalence of obstetric violence in high-income countries: A systematic review of mixed studies and meta-analysis of quantitative studies," *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, vol. 104, pp. 13–28, Sep. 2024, doi: [10.1111/aogs.14962](https://doi.org/10.1111/aogs.14962).
- (15) L. Turner, P. Griffiths, and E. Kitson-Reynolds, "Midwifery and nurse staffing of inpatient maternity services : a systematic scoping review of associations with outcomes and quality of care," *Midwifery*, vol. 103, pp. 103118, Mar. 2021, doi: [10.1101/2021.03.27.21254457](https://doi.org/10.1101/2021.03.27.21254457).
- (16) J. Sandall et al., "The efficient use of the maternity workforce and the implications for safety and quality in maternity care: a population-based, cross-sectional study," Oct. 31, 2014, doi: [10.3310/HSDR02380](https://doi.org/10.3310/HSDR02380).
- (17) L. M. Garcia, "Obstetric violence in the United States and other high-income countries: an integrative review," *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol. 31, Dec. 2023, doi: [10.1080/26410397.2024.2322194](https://doi.org/10.1080/26410397.2024.2322194).

5. Initiatives & perspectives

5.1 Contexte juridique et initiatives législatives

5.1.1 Émergence juridique en Amérique latine

Le sujet des violences gynécologiques et obstétricales a émergé en Amérique latine dès le début des années 2000 sous l'impulsion d'associations relayant les violences verbales, physiques et sexuelles subies par certaines patientes à l'hôpital. Les instances politiques se sont emparées de la question et le Venezuela est devenu en 2007 le premier pays au monde à légiférer sur les violences obstétricales, suivi de plusieurs pays latino-américains (Argentine, Brésil, Mexique, Uruguay).

Dans l'article 15 de la Loi vénézuélienne sur le droit de la Femme à une vie sans violence, les violences obstétricales sont définies comme « l'appropriation du corps et des processus reproductifs de la femme par le personnel de santé qui se traduit par un traitement déshumanisant, par un abus de médicalisation et de pathologisation des processus naturels, qui entraîne une perte d'autonomie et de capacité à décider librement pour son corps, ce qui a un impact négatif sur la qualité de vie des femmes » (1) (traduit de l'espagnol).

5.1.2 Origine du débat public en France

En France, le sujet des violences gynécologiques et obstétricales est entré dans le débat public en 2014, à la suite d'une vague de témoignages publiés sur les réseaux sociaux. Différents rapports ont ensuite été produits par des institutions politiques (Rapport du HCE, 2018 ; Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical (2)) et professionnelles (Rapport de l'Académie de médecine, 2018 : De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités (3)), au niveau national et international (Rapport du Conseil de l'Europe, 2019 : Violences obstétricales et gynécologiques (4), Rapport de l'ONU, 2019 : Violences infligées aux femmes dans les services de santé procréative (5)).

Ces différents rapports concordaient pour dresser un état des lieux préoccupant de la présence de diverses formes de violence lors de soins gynécologiques et périnataux.

5.1.3 Situation juridique française en 2026

La législation française en matière de soins médicaux a connu un tournant avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. La relation soignant/patient avait longtemps été considérée comme une relation verticale voire « paternaliste », où le médecin était seul décisionnaire de la prise en charge, sans obligation d'information ni respect du consentement du patient concernant les gestes et traitements effectués.

En 1997, le traité du Conseil de l'Europe intitulé « Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine » (dite « Convention d'Oviedo ») avait consacré les principes du consentement et de l'information des patients (6). Le Chapitre II de cette Convention précisait : « Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que ses conséquences et ses risques. La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement ».

Les principes de ce Traité du Conseil de l'Europe, ratifié par la France, ont été repris dans la loi du 4 mars 2002 qui a amené des modifications profondes du Code de la santé publique et du Code de déontologie. Depuis 2002, l'article 1111-4 du Code de la santé publique mentionne :

« 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 (...) »

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 ».

Le Code de déontologie mentionne également cette obligation d'information et de recherche du consentement :

Article 35 : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose »

Article 36 : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas ».

Les différents rapports nationaux et internationaux sur les violences gynécologiques et obstétricales soulèvent également d'autres manquements à la législation actuelle :

- Non prise en charge de la douleur : Article 111-5 du Code de la Santé publique ; « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée », Article 37 du Code de déontologie : « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement »
- Propos à caractère discriminatoire ou portant un jugement négatif sur les choix de vie de la patiente: Article R4127-7 du Code de la Santé publique et Article 7 du Code de déontologie ; « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée »
- Propos à caractère sexiste : Article R 625-8-3 du Code Pénal ; « Est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 5e classe le fait (...) d'imposer à une personne tout propos ou comportement à connotation sexuelle ou sexiste qui soit porte atteinte à sa dignité en raison de son caractère dégradant ou humiliant, soit crée à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante »
- Agression sexuelle : Article 222-22 du Code Pénal ; « Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise »
- Viol : Article 222-23 du Code Pénal ; « 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 est un viol »
- La qualification de viol pour un examen gynécologique avec pénétration réalisé sans consentement fait débat, dans l'article 222-22 du Code Pénal, il est précisé que : « Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime ».

À ce jour, les cas de viols dans l'exercice médical n'ont été retenus que dans le cadre d'une intentionnalité sexuelle. Les modifications législatives de 2002 devraient avoir permis à tous les patients et patientes de bénéficier d'une relation de soins plus horizontale, fondée sur l'information et le consentement. Néanmoins, l'émergence de la problématique des violences gynécologiques et obstétricales, plus de 10 ans après la promulgation de cette loi et malgré les rappels du CCNE, semble montrer que certaines bases législatives du soin, notamment en matière de consentement aux gestes cliniques et aux traitements, restent insuffisamment appliquées par certains professionnels de santé.

5.1.4 Avis du Comité Consultatif National d'Éthique

Avis de juillet 2021

Dans son Avis 136 de juillet 2021 (7) sur l'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin, le Comité Consultatif national d'éthique (CCNE) faisait le constat que « le consentement bénéficie d'un cadre juridique clair qui le consacre en tant que droit et liberté fondamentale pour toute personne » mais que « en pratique, force est de constater que le respect effectif du consentement pose question ».

Le CCNE rappelait donc dans son avis que le respect du consentement était « un impératif éthique fondamental » et émettait plusieurs recommandations, notamment : « Concevoir le consentement comme un processus dynamique et évolutif » et « Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de santé et du social à l'information et à la communication, pour contribuer à l'effectivité du consentement ».

Avis de juillet 2022

Le CCNE s'est penché à nouveau sur cette problématique dans son Avis 142 à la suite d'une saisine par la première ministre en juillet 2022 sur le sujet spécifique du consentement dans le cadre des examens gynécologiques et touchant à l'intimité (8) :

« En premier lieu, le CCNE rappelle, que les examens touchant à l'intimité requièrent une attention redoublée de savoir-être, de précaution et de tact à chaque étape de la consultation. Ils nécessitent une écoute et une considération de ce que les patient(e)s ressentent et expriment, une prise en compte de la pudeur et du besoin d'intimité, et une considération pour la douleur ou l'inconfort que l'examen peut éventuellement occasionner (...).

En deuxième lieu (...) le CCNE insistait sur le fait que le consentement ne devait plus être tacite ou présumé, mais explicite et différencié pour chaque examen pratiqué durant une consultation.

Le CCNE soulignait également :

- l'importance de l'information préalable à la recherche du consentement : les patient(e)s devraient comprendre pourquoi on leur propose un examen, les informations que celui-ci va permettre d'obtenir, en quoi il va consister concrètement, s'il est susceptible d'occasionner de la gêne ou de la douleur, et s'il existe d'autres options.
- la nécessité de prendre en compte les réticences et les refus : le refus d'un examen ne devrait jamais entraîner une interruption brutale de la consultation ni une rupture de la relation de soin.

De manière générale, le CCNE estimait fondamental que « les doléances, les plaintes et les réclamations des patient(e)s reçoivent l'attention requise et fassent l'objet d'un traitement adéquat ».

5.1.5 Mises en cause du conseil de l'ordre

Il semble exister des dysfonctionnements organisationnels à différentes échelles lorsqu'un signalement ou une plainte sont déposés à l'encontre d'un professionnel de santé qui ne respecte pas les droits des patients, tels que définis par le Code de la santé publique et le Code de déontologie.

En 2019, la Cour des comptes a publié un rapport sur l'Ordre des médecins (9). La deuxième partie du rapport traitait des missions administratives et juridictionnelles de l'Ordre, dont le sous-chapitre intitulé « Un manque chronique de rigueur dans le traitement des plaintes » commençait ainsi : « Les constats de la Cour confirment les carences dans le traitement des plaintes, relevées depuis 20 ans à l'occasion des contrôles successifs (Contrôle de l'IGAS en 2000, de la Cour des comptes en 2011 et de la Mission d'inspection des juridictions administratives du Conseil d'Etat en 2013) et dans la manière dont l'ordre exerce son pouvoir disciplinaire ».

La Cour des comptes relevait que le comportement des médecins représentait 30% des plaintes adressées à l'Ordre : c'était le deuxième motif de plainte le plus fréquent après les plaintes concernant la qualité des soins.

D'après la Cour des comptes, le suivi des plaintes était insuffisant, l'Ordre n'ayant pas déployé de logiciel à cet effet, comme le recommandait la Cour à la suite de son contrôle de 2011. Il était donc impossible de recenser avec exactitude le nombre de plaintes reçues annuellement dans les départements.

La Cour des comptes pointait aussi le tri des plaintes : « Alors que le Code de la santé publique ne connaît que les plaintes, l'Ordre des médecins effectue en effet une distinction entre plaintes et « doléances », seuls étant considérés comme plaintes les signalements contenant expressément le mot « plainte », dénonçant un comportement qualifié de fautif ou demandant explicitement une sanction. La frontière entre ces catégories, particulièrement ténue et dépourvue de fondement juridique, ainsi que la Cour l'avait déjà souligné en 2011, demeure méconnue des plaignants. Conséquence de cette distinction, seuls 22 % des courriers des patients sont qualifiés de plaintes et traités comme telles ».

Concernant les procédures de conciliation, la Cour des comptes relatait : « Il n'existe pas toujours de commission de conciliation (...) et les conciliations se tiennent dans des formats très variables selon les conseils. Ce manque de formalisme dans la tenue de la conciliation se double bien souvent d'un manque de complétude des procès-verbaux, étape pourtant essentielle du précontentieux, notamment en cas de transmission de la plainte devant la juridiction disciplinaire ».

La Cour des comptes mentionnait également dans un sous-chapitre intitulé « Des absences de poursuites disciplinaires qui suscitent des interrogations » que « Nombreux sont les cas de médecins ayant fait l'objet (...) de plaintes ou condamnés au pénal, ou encore placés sous contrôle judiciaire pour des faits en lien avec leur exercice, que ni le conseil départemental ni le Conseil national n'ont poursuivis devant la juridiction disciplinaire » et que « au cours des dernières années, plusieurs affaires médiatisées relatives à des viols et des agressions sexuelles sur patients ayant conduit à la condamnation pénale de médecins, n'ont pas été traitées, sur le plan ordinal, avec la rigueur nécessaire ».

Le Conseil de l'Ordre de Paris a ainsi été condamné par la cour d'appel de Paris pour avoir couvert les agissements d'un gynécologue condamné à huit ans de prison par la Cour d'Assises de Paris pour des faits de viols et agressions sexuelles sur six patientes, « Alors que la première plainte figurant dans le dossier du praticien, suivie de plusieurs autres, date de novembre 1988, la CDPI n'a été saisie par le

Conseil départemental qu'en 2006 et sa radiation n'a été prononcée par la juridiction ordinaire qu'en 2013 ».

Concernant les plaintes à caractère sexuel, la Cour des comptes précisait que, sur 150 plaintes enregistrées entre 2014 et 2017, 43 % avaient été rejetées par les chambres disciplinaires.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins avait adressé en décembre 2019 une réponse à ce rapport de la Cour des comptes (10) ; celle-ci développait en premier lieu des réponses concernant la gestion administrative et financière de l'Ordre (dont traitait la première partie du rapport de la Cour des comptes) et ses missions administratives. « Au sujet du traitement des plaintes, doléances et signalements : l'Ordre, garant de la déontologie médicale, s'insurge contre cette grave insinuation selon laquelle il manifesterait une mauvaise volonté à ce qu'il puisse être donné des suites disciplinaires aux plaintes reçues. Il ne s'agit pas de nier qu'il puisse encore y avoir, comme dans tous les pans de la société, des comportements individuels condamnables de quelques élus ordinaires, qui doivent être fermement dénoncés, et l'Ordre entend bien s'y attacher. Mais ces cas ne doivent pas cacher la réalité profonde qui est la très grande vigilance des conseils départementaux à assumer pleinement leur mission. Contrairement à ce que soutient la Cour, en se fondant sur des chiffres dont elle dit elle-même qu'ils ne sont pas fiables, l'ensemble des plaintes et doléances qualifiables de plaintes donnent bien lieu à instruction, et, à défaut de conciliation, à transmission aux chambres disciplinaires ».

5.1.6 Gestion des plaintes par l'institution hospitalière

Les plaintes des patients sont parfois adressées directement à un établissement de santé ; elles sont alors traitées par la Commission des usagers de l'établissement (CDU), dont la principale mission est de veiller au respect des droits des usagers. Il n'existe pas de rapports nationaux sur la gestion des plaintes par les CDU.

Lors d'affaires de violences gynécologiques, après de nombreuses plaintes au pénal à l'encontre de praticiens, une commission d'enquête interne hospitalière avait été créée. Son rapport précisait que plusieurs patientes avaient adressé des réclamations à l'établissement préalablement à leurs plaintes au pénal. Cette commission a conclu que « l'obligation d'information des patientes, le soulagement de leur douleur, le respect de leurs volontés n'ont pas été respectés » et que cette situation était « le fruit de dysfonctionnements individuels mais aussi collectifs et systémiques » (11).

Malgré le cadre juridique et l'existence d'instances disciplinaires et de commissions ad hoc, le manque de lisibilité des démarches pour les patientes confère aux associations de défense des usagères un rôle central dans le recueil des témoignages sur des faits de violence lors de leur suivi gynécologique, obstétrical ou lors de leur accouchement.

5.1.7 Projet de loi intégrale en 2026

Contexte

Une proposition de loi transpartisane visant à lutter de manière intégrale contre les violences sexistes et sexuelles commises à l'encontre des femmes et des enfants, cosignée par plus d'une centaine de parlementaires issus de plusieurs groupes politiques, a été déposée le 2 décembre 2025 à l'Assemblée nationale (https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17b2169_proposition-loi).

La proposition de loi repose sur une approche dite « intégrale » des violences sexistes et sexuelles. Ses auteurs entendent dépasser la logique des réformes sectorielles ou ponctuelles en proposant un cadre législatif global couvrant l'ensemble du parcours de prise en charge des victimes : prévention, justice,

santé, protection de l'enfance, monde du travail, formation des professionnels et accompagnement des victimes. Les dispositions relatives aux violences obstétricales et gynécologiques s'inscrivent ainsi dans un ensemble plus vaste visant à renforcer la protection des femmes contre toutes les formes de violence. Le texte n'a initialement pas fait l'objet d'un examen par l'assemblée. En juin 2026, l'affaire dite « Lyhanna » a remis ce texte en lumière et conduit le Gouvernement à accepter son inscription à l'agenda parlementaire. Le 16 juillet 2026, le Conseil d'État a rendu un avis défavorable sur plusieurs articles du texte déposé en décembre (<https://www.conseil-etat.fr/avis-consultatifs/derniers-avis-rendus/a-l-assemblee-nationale-et-au-senat/avis-sur-une-proposition-de-loi-visant-a-lutter-de-maniere-integrale-contre-les-violences-sexistes-et-sexuelles-commises-a-l-encontre-des-femmes-et>).

Les députés ont finalement déposé une nouvelle version du texte le 11 août 2026, retravaillée à la suite de l'avis du Conseil d'État (https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17b3106_proposition-loi). Si l'économie générale du texte et la volonté de consacrer juridiquement la notion de « violences obstétricales et gynécologiques » sont maintenues, plusieurs dispositions relatives au champ de la santé ont été substantiellement retravaillées. Les mesures spécifiquement consacrées aux violences obstétricales et gynécologiques sont désormais principalement regroupées aux articles 58 à 60 (en annexe).

Cette nouvelle rédaction apporte plusieurs évolutions par rapport au texte initial, dont certaines permettent de répondre à plusieurs difficultés soulevées par la précédente rédaction : la qualification de l'épisiotomie comme « intervention mutilante » disparaît notamment du texte, tandis que le champ de certaines circonstances aggravantes est désormais étendu au suivi médical dans son ensemble et non plus au seul suivi gynécologique ou obstétrical.

Parallèlement, la nouvelle version renforce toutefois sensiblement les conséquences pénales susceptibles d'être attachées à certains comportements qualifiés de violences obstétricales et gynécologiques. L'enjeu principal porte désormais moins sur la création de nouvelles obligations médicales que sur la qualification juridique de principes largement préexistants et sur les nouvelles sanctions pénales susceptibles d'être attachées à leur méconnaissance.

Un dispositif qui confirme une responsabilité de l'ensemble des professionnels de santé et dépasse désormais le seul champ gynécologique et obstétrical

Le législateur conserve une rédaction large fondée sur la notion de « professionnel de santé », reconnaissant ainsi que les parcours de soins gynécologiques et obstétricaux mobilisent une pluralité d'acteurs — gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, médecins généralistes, anesthésistes-réanimateurs, radiologues, infirmiers ou encore d'autres professionnels paramédicaux — susceptibles d'intervenir à différentes étapes de la prise en charge.

Cette approche présente l'intérêt de ne pas faire peser la responsabilité des violences obstétricales et gynécologiques sur une seule catégorie de professionnels. Elle reconnaît au contraire que les atteintes au consentement, à la dignité ou à la qualité de la prise en charge peuvent résulter de l'intervention de différents professionnels. L'article 59 prévoit plusieurs circonstances aggravantes lorsque certaines infractions sont commises par un professionnel de santé « dans le cadre d'un suivi médical, notamment obstétrical ou gynécologique », alors que la version précédente se limitait au « suivi obstétrical ou gynécologique ».

Cette évolution contribue ainsi à replacer les enjeux de respect du consentement, de la dignité et de l'intégrité des patientes dans le cadre plus général de la relation de soins et à mieux prendre en compte la diversité des professionnels susceptibles d'intervenir dans les parcours de soins concernés.

Plusieurs comportements visés par le texte, cependant, notamment en matière de consentement, de prise en charge de la douleur ou de respect des bonnes pratiques, renvoient à des principes généraux de la relation de soins qui ne sont pas, par nature, propres à la gynécologie-obstétrique. Cette dimension transversale devra être prise en compte dans l'appréciation du périmètre et de la portée des dispositions proposées.

Des principes largement préexistants auxquels le texte attache désormais de nouvelles conséquences pénales

La plupart des situations qualifiées de « violences obstétricales et gynécologiques » par la proposition de loi renvoient à des principes déjà consacrés par le droit de la santé publique, notamment le respect du consentement libre et éclairé, le droit au refus des soins, le respect de la dignité de la personne, la prise en compte de la douleur ou encore le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

L'article 58 prévoit d'inscrire directement dans le code de la santé publique une définition des violences obstétricales et gynécologiques. Sont notamment visés :

- l'absence de consentement de la patiente, la réalisation d'un acte malgré son refus,
- l'absence de justification médicale ou la réalisation d'un acte en dehors des recommandations de bonnes pratiques professionnelles reconnues,
- la réalisation d'un acte douloureux sans prise en charge appropriée de la douleur
- l'adoption d'un comportement attentatoire à la dignité, humiliant ou discriminatoire.

Ces différentes hypothèses recouvrent toutefois des situations de nature distincte. En droit, le défaut de consentement, le manquement à l'obligation d'information, la faute médicale, la faute déontologique, les violences volontaires ou encore les agressions sexuelles relèvent aujourd'hui de régimes juridiques distincts. Le regroupement de l'ensemble de ces situations sous la dénomination unique de « violences obstétricales et gynécologiques » emporte ainsi un déplacement important, en ce qu'il tend à unifier sous une même qualification des manquements dont la nature, la gravité et les conséquences juridiques diffèrent sensiblement.

Cette question prend une importance nouvelle dans la version déposée en août 2026. Le texte ne se limite en effet plus à définir juridiquement les violences obstétricales et gynécologiques : il prévoit désormais que plusieurs comportements relevant de cette définition sont directement passibles de sanctions pénales pouvant aller jusqu'à six mois d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende.

Dès lors, si les principes sur lesquels repose la définition des violences obstétricales et gynécologiques sont pour une large part déjà consacrés par le droit de la santé, leur intégration dans un dispositif pénal autonome modifie substantiellement la portée juridique de leur méconnaissance et appelle une attention particulière quant au degré de précision des comportements susceptibles d'être sanctionnés.

Une attention particulière doit, à cet égard, être portée au maintien du critère relatif à « l'absence de justification médicale » ou à la réalisation d'un acte « en dehors des recommandations de bonnes pratiques professionnelles reconnues ».

Les recommandations de bonnes pratiques ne couvrent pas l'ensemble des situations cliniques, ne constituent pas toujours des normes impératives ou opposables et peuvent, dans certaines hypothèses, s'avérer inadaptées à un cas particulier. Elles peuvent également ne pas être à jour ou être discordantes entre elles. Or, la pratique médicale admet qu'un professionnel puisse s'en écarter lorsqu'il dispose d'une justification scientifique ou clinique pertinente.

Cette difficulté revêt une portée particulière dès lors que la nouvelle rédaction prévoit que les faits relevant de cette hypothèse peuvent être punis pénalement. Au-delà de la question du statut juridique des recommandations, de leur opposabilité et de la possibilité médicalement justifiée de s'en écarter, leur intégration dans la définition des VOG soulève également une question de cohérence : le respect des recommandations de bonnes pratiques constitue une exigence applicable à l'ensemble des professionnels de santé, indépendamment de leur spécialité. Dès lors, la manière dont un éventuel manquement à cette exigence générale s'articule avec la qualification spécifique de « violence obstétricale ou gynécologique » mérite d'être précisée.

Une attention comparable doit être portée aux autres comportements auxquels le texte attache désormais directement une sanction pénale, notamment la réalisation d'un acte douloureux sans « prise en charge appropriée de la douleur » ou l'adoption d'un comportement « attentatoire à la dignité, humiliant ou discriminatoire ». S'agissant plus particulièrement de la douleur, l'appréciation du caractère « approprié » de sa prise en charge devrait également tenir compte de sa nature intrinsèquement subjective et variable d'une patiente à l'autre, ainsi que de la situation clinique. Si les objectifs poursuivis ne sauraient être contestés, **l'application de sanctions pénales suppose que les comportements concernés soient définis avec un degré de précision suffisant pour garantir leur prévisibilité et tenir compte de la diversité des situations cliniques.**

Un régime du consentement retravaillé et davantage différencié selon la nature des actes

La rédaction apporte également plusieurs propositions concernant le consentement aux soins.

La version de décembre 2025 prévoyait qu'aucune « intervention mutilante », et notamment aucune épisiotomie, ne puisse être pratiquée sans le recueil d'un consentement libre et éclairé, spécifique, préalable et révocable. Cette rédaction faisait de l'épisiotomie le seul acte médical expressément mentionné et l'assimilait directement à une « intervention mutilante », qualification susceptible d'alimenter une lecture stigmatisante d'un acte dont l'indication, désormais limitée, peut néanmoins demeurer médicalement justifiée dans certaines situations obstétricales.

La nouvelle version supprime cette qualification d'« intervention mutilante », ce qui constitue une évolution notable par rapport au texte initial. L'épisiotomie demeure expressément mentionnée, mais elle est désormais appréhendée comme un acte invasif soumis, comme les actes à caractère intime, à une exigence renforcée de consentement. Le fait de mentionner explicitement un acte médical reste discutable en raison du risque de stigmatiser une pratique.

Le texte distingue ainsi davantage le principe général du consentement aux soins des exigences applicables aux actes invasifs, aux examens ou aux traitements à caractère intime, pour lesquels un consentement explicite et différencié est requis.

La référence aux actes « à caractère intime » ouvre toutefois une réflexion plus large sur le périmètre du dispositif. Le caractère intime d'un soin n'est en effet pas propre à la gynécologie-obstétrique et peut également concerner d'autres spécialités médicales. Si la présente proposition de loi s'inscrit spécifiquement dans le cadre de la lutte contre les violences commises à l'encontre des femmes et des enfants, cette notion invite plus largement à s'interroger sur l'articulation entre les protections prévues

dans le cadre des VOG et les enjeux susceptibles de concerner, plus généralement, les soins à caractère intime.

Cette évolution permet de mieux distinguer les différentes situations de soins. Elle appelle néanmoins à une vigilance quant aux conditions concrètes dans lesquelles un consentement explicite et différencié pourra être recueilli et consigné, notamment dans le cadre d'une prise en charge obstétricale susceptible d'évoluer rapidement et de nécessiter une adaptation des actes réalisés à la situation clinique.

La précédente rédaction prévoyait par ailleurs une exception au consentement fondée sur une situation « d'urgence vitale ou de danger imminent pour la vie ou l'intégrité physique de la patiente ou du fœtus », dont la référence explicite au fœtus pouvait poser une difficulté d'articulation avec l'autonomie décisionnelle de la femme enceinte.

Cette formulation n'est pas reprise dans la nouvelle version, qui retient une exception formulée plus largement « en cas d'urgence ». Si la disparition de la référence explicite au fœtus lève une difficulté identifiée dans la précédente rédaction, la portée de cette nouvelle exception appelle néanmoins à être précisée. Une situation d'urgence ne paraît en effet pas devoir dispenser, par principe, du recueil du consentement, dès lors que la patiente demeure en mesure d'exprimer sa volonté. Il conviendrait dès lors de distinguer les situations dans lesquelles l'urgence rend effectivement impossible le recueil du consentement de celles dans lesquelles celui-ci demeure possible malgré la nécessité d'une prise en charge rapide.

Points d'attention

Les objectifs poursuivis par la proposition de loi, en matière de respect du consentement et de la dignité des patientes, de prise en charge de la douleur, de qualité des soins et d'amélioration continue des pratiques professionnelles, sont louables.

La nouvelle version du texte comporte plusieurs évolutions positives par rapport à sa rédaction initiale. La disparition de la qualification de l'épisiotomie comme « intervention mutilante », ainsi que l'élargissement de certaines circonstances aggravantes au « suivi médical, notamment obstétrical ou gynécologique », répondent à plusieurs difficultés identifiées dans la première version du texte. Cette dernière évolution permet notamment de mieux prendre en compte le caractère transversal de certains enjeux visés, qui concernent plus largement la relation de soins.

Le renforcement de la dimension pénale du dispositif appelle néanmoins une attention particulière. Si plusieurs des principes consacrés par le texte sont déjà reconnus par le droit de la santé, les sanctions désormais attachées à certains comportements rendent d'autant plus nécessaire une rédaction juridiquement précise, prévisible et adaptée à la diversité des situations cliniques.

Une attention particulière doit notamment être portée à la référence aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, à l'appréciation de la prise en charge de la douleur, ainsi qu'aux modalités de recueil du consentement, notamment en situation d'urgence. Au-delà de la nécessaire sécurisation juridique de ces dispositions, leur caractère transversal invite également à préciser leur articulation avec la notion de « violences obstétricales et gynécologiques », plusieurs des principes visés étant susceptibles de concerner d'autres champs de la relation de soins, notamment les soins à caractère intime.

L'enjeu sera ainsi de veiller à ce que la traduction pénale des principes poursuivis par le texte repose sur des critères suffisamment précis et prévisibles, tenant compte de la diversité des situations cliniques et des conditions concrètes de prise en charge. Cette exigence de précision apparaît essentielle pour garantir la bonne application du dispositif et contribuer pleinement aux objectifs de protection des patientes.

Conclusion

Alors que les droits des patientes sont clairement définis par les textes législatifs et déontologiques existants, lesquels devraient prémunir en grande partie les patientes contre les situations de violence dans les soins décrites dans les rapports nationaux et internationaux sur les violences gynécologiques et obstétricales, comment expliquer la persistance de cette problématique et l'afflux de témoignages ?

En cas de non-respect de ces obligations légales et déontologiques, les dysfonctionnements ordinaires et hospitaliers semblent amener à ne pas prendre pleinement en compte les plaintes des patientes, ni à adopter des mesures adéquates à l'égard du professionnel concerné afin de permettre l'assainissement de ses pratiques.

Alors que les instances professionnelles tardent à prendre la mesure du problème, la sphère politique élabore des initiatives législatives pour compléter le cadre juridique existant et renforcer la réponse à ces violences.

Il reste nécessaire que les professionnels de santé mènent une réflexion approfondie sur ce sujet et travaillent à l'amélioration des pratiques et à leur diffusion, pour éviter que la question des violences, et donc, en creux, celle de la Bientraitance, dans les soins gynécologiques et périnataux ne soit caricaturée médiatiquement ou récupérée politiquement, sans concertation avec les professionnels de santé.

Références :

- 1) Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, article 15 - <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
- 2) Rapport du Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes du 26 juin 2018 : Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical - https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf
- 3) Rapport de l'Académie Nationale de médecine du 18 septembre 2018 : De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités - <https://www.academie-medecine.fr/de-la-bientraitance-en-obstetrique-la-realite-du-fonctionnement-des-maternites/>
- 4) Rapport du Conseil de l'Europe du 16 septembre 2019 : Violences obstétricales et gynécologiques - <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=28108&lang=FR>
- 5) Rapport de l'ONU du 11 juillet 2019 : Adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligées aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales -
- 6) Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine (STE n° 164) du 04 avril 1997 - <https://rm.coe.int/168007cf99>
- 7) Avis 136 du Comité Consultatif National d'éthique : L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin - <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/Avis%20136.pdf>
- 8) Avis 142 du Comité Consultatif National d'éthique : Consentement et Respect de la personne dans la pratique des examens gynécologiques ou touchant à l'intimité - <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2023-03/Avis%20142%20Finalis%C3%A9.pdf>
- 9) Rapport de la Cour des Comptes du 9 décembre 2019 : L'Ordre des médecins - <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20191209-rapport-Ordre-des-medecins.pdf>
- 10) L'Ordre conteste le rapport de la Cour des Comptes, 9 décembre 2019 - <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/lordre-conteste-rapport-cour-comptes#:~:text=L'Ordre%20rejette%20enfin%20la,appuyant%20sur%20son%20ancrage%20territorial>
- 11) Rapport de la Commission administrative de Tenon de décembre 2021 - <https://www.aphp.fr/contenu/accusations-de-faits-de-violences-gynecologiques-remise-du-rapport-de-la-commission-lap-hp>
- 12) Proposition de Loi du 12 janvier 2023 visant à renforcer un suivi gynécologique et obstétrical bienveillant - <https://www.senat.fr/leg/pp122-238.html>
- 13) Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique - <https://rm.coe.int/1680084840>
- 14) Proposition de Loi du 21 mars 2023 visant à reconnaître et sanctionner les violences obstétricales et gynécologiques et à lutter contre ces violences faites aux femmes - https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/16b0982_proposition-loi.pdf
- 15) Les violences gynécologiques et obstétricales saisies par le droit, Anne Simon et Elsa Supiot, Institut des Etudes et de la Recherche sur le Droit et la Justice, novembre 2023, https://ierdj.fra1.digitaloceanspaces.com/media_library/2023/12/19.18_VIOLENCES_OBSTETRICALES_rapport.pdf

Annexe : projet de loi – articles 58 à 60

CHAPITRE II

Violences obstétricales et gynécologiques

Article 58

- ① Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 1111-4 est ainsi modifié :
- ③ a) La première phrase du deuxième alinéa est complétée par les mots :
« ou un acte médical, y compris un examen. » ;

– 111 –

- ④ *b)* Au quatrième alinéa, après les mots : « acte médical », sont ajoutés les mots : « , y compris un examen, » ;
- ⑤ *c)* Le même quatrième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « En matière d'actes médicaux, y compris des examens, invasifs ou de traitements invasifs, un consentement explicite et différencié est requis, notamment s'il s'agit d'une épisiotomie ou de tout acte médical ou traitement à caractère intime. »
- ⑥ 2° Après l'article L. 1111-4, sont insérés deux articles L. 1111-4-1 et L. 1111-4-2 ainsi rédigés :
 - ⑦ « *Art. L. 1111-4-1.* – I. Le fait, pour un professionnel de santé, de pratiquer un acte médical, y compris un examen, ou un traitement sans s'être assuré du consentement de la personne est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 5^e classe.
 - ⑧ « En cas de récidive dans un délai de trois ans, ces faits sont punis de deux mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.
 - ⑨ « II. Hors les cas réprimés par les articles 222-22 à 222-31 du code pénal, le fait, pour un professionnel de santé, de pratiquer un acte médical, y compris un examen, invasif ou un traitement invasif sans avoir recueilli le consentement explicite et spécifique de la personne est puni de deux mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.
 - ⑩ « III. Le fait, pour un professionnel de santé, de pratiquer un acte médical, y compris un examen, ou un traitement en ignorant le refus de la personne est puni de six mois d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.
 - ⑪ « IV. Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas en cas d'urgence.
 - ⑫ « *Art. L. 1111-4-2.* – Est constitutive de violence obstétricale ou gynécologique le fait, pour un professionnel de santé, d'imposer à une patiente, dans le cadre d'un acte de prévention, de diagnostic ou de soins gynécologiques ou obstétricaux, un acte, examen, geste, intervention, traitement ou procédure, dans l'un des cas suivants :
 - ⑬ « 1° Absence de respect ou de recueil du consentement de la patiente, en violation des dispositions des articles L. 1111-4 et L. 1111-4-1 ;

– 112 –

- ⑭ « 2° Refus de la patiente ignoré, sauf en cas d'urgence, en violation des dispositions des articles L. 1111-4 et L. 1111-4-1 ;
- ⑮ « 3° Absence de justification médicale ou réalisation en dehors des recommandations de bonnes pratiques professionnelles reconnues ;
- ⑯ « 4° Réalisation d'un acte douloureux sans prise en charge appropriée de la douleur, hors contre-indication médicale dûment constatée et documentée ;
- ⑰ « 5° Adoption d'un comportement attentatoire à la dignité, humiliant ou discriminatoire.
- ⑱ « Dans les circonstances prévues aux 3° à 5° du présent article, ces faits sont punis de six mois d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende.
- ⑲ « Lorsque ces faits sont commis avec violence, contrainte, menace ou surprise, ils sont réprimés conformément aux articles 222-22 à 222-31 du code pénal ».

Article 59

- ① Le chapitre II du titre II du livre II du code pénal est ainsi modifié :
- ② 1° Le 7° de l'article 222-3 est complété par les mots : « ou par un professionnel de santé lorsque les faits sont commis dans le cadre d'un suivi médical, notamment obstétrical ou gynécologique » ;
- ③ 2° Le 7° de l'article 222-8 est complété par les mots : « ou par un professionnel de santé lorsque les faits sont commis dans le cadre d'un suivi médical, notamment obstétrical ou gynécologique » ;
- ④ 3° Le 7° de l'article 222-10 est complété par les mots : « ou par un professionnel de santé lorsque les faits sont commis dans le cadre d'un suivi médical, notamment obstétrical ou gynécologique » ;
- ⑤ 4° Le 7° de l'article 222-12 est complété par les mots : « ou par un professionnel de santé lorsque les faits sont commis dans le cadre d'un suivi médical, notamment obstétrical ou gynécologique » ;
- ⑥ 5° Le 7° de l'article 222-13 est complété par les mots : « ou par un professionnel de santé lorsque les faits sont commis dans le cadre d'un suivi médical, notamment obstétrical ou gynécologique » ;

– 113 –

- ⑦ 6° Le 5° de l'article 222-24 est complété par les mots : « ou par un professionnel de santé lorsque les faits sont commis dans le cadre d'un suivi médical, notamment obstétrical ou gynécologique » ;
- ⑧ 7° Le 3° de l'article 222-28 est complété par les mots : « ou par un professionnel de santé lorsque les faits sont commis dans le cadre d'un suivi médical, notamment obstétrical ou gynécologique ».

Article 60

- ① L'article 222-9 du code pénal est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Les violences ayant entraîné la stérilisation forcée d'une personne sans son consentement sont punies des mêmes peines. ».

5.2 Travaux du GREEN

Le Groupe de Réflexion et d'Évaluation de l'Environnement du Nouveau-né (GREEN) a mené plusieurs initiatives pour promouvoir la bientraitance pour le nouveau-né hospitalisé et ses parents.

L'initiative du Groupe de Réflexion et d'Évaluation de l'Environnement des Nouveau-nés hospitalisés (GREEN) a été portée par la Société Française de Néonatalogie pour effectuer un travail multidisciplinaire et collaboratif avec les associations de représentants d'usagers pour élaborer un ensemble de recommandations et de propositions visant à améliorer la qualité des soins et à réduire fortement l'incidence des soins inappropriés, voire maltraitants, en néonatalogie. Son travail s'intègre parfaitement dans le travail du groupe de Bientraitance de la Société Française de Médecine Périnatale. Il est basé sur une approche environnementale et développementale de la néonatalogie (1,2).

Environnement néonatal et bientraitance

L'environnement représente « l'ensemble des conditions naturelles (physiques, chimiques, biologiques) et culturelles (sociologiques) susceptibles d'agir sur les organismes vivants et les activités humaines ». Il influence et façonne le développement des enfants et l'établissement des liens qui les unissent à leur famille. L'hôpital n'est pas l'habitat naturel des nouveau-nés malades (ni de leurs parents), mais il est nécessaire à leur survie. Les nouveau-nés admis en néonatalogie sont fragiles, vulnérables et exposés à des troubles du neurodéveloppement (3,4). Les connaissances issues de la recherche en neurosciences, ont permis de mieux appréhender les relations complexes existantes entre l'environnement et le développement cérébral (5) et leurs médiateurs potentiels (synaptogénèse, mécanismes épigénétiques, processus d'attachement et de bonding) (6-9). Elles plaident pour une adaptation des caractéristiques de l'environnement aux capacités de perception et aux attentes sensorielles des nouveau-nés hospitalisés pour éviter des soins inappropriés ou possiblement maltraitants. Le rôle néfaste de stimulations stressantes/douloureuses liées aux soins est clairement établi (10,11) et leur impact potentiel à long terme mieux cerné (12). L'environnement hospitalier expose aussi à un risque de carences ou de privations sensorielles en stimulations biologiquement significatives pour l'enfant dont l'impact peut être minoré grâce aux stratégies de soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille (SDCEF) (13,14). La séparation continue ou discontinue, précoce, prolongée d'un enfant de ses parents et de sa famille peut altérer les processus d'attachement et leurs interactions (15). Toute l'ambivalence de l'environnement hospitalier est ainsi résumée ici : un environnement riche en matériels, en soins techniques et en professionnels hautement spécialisés, essentiel à la survie et à la santé des nouveau-nés mais aussi un environnement non écologique, carencé en stimulations naturelles et pourvoyeur de séparation enfant/parents et de stress aux conséquences néfastes ultérieures.

Malgré des progrès mesurables de l'implantation des SDCEF en France (16), celle-ci reste variable. Les données scientifiques issues de la recherche fondamentale et médicale devenues disponibles ont éclairé la vision des équipes de néonatalogie sur l'environnement idéal des nouveau-nés pour leur santé et leur devenir ultérieur. Beaucoup d'équipes ont cherché à s'engager ou à renforcer le déploiement de programmes formalisés de SDCEF dans leurs unités mais les pratiques sont difficiles à modifier, du fait de la résistance au changement, de l'investissement nécessaire pour les formations et l'implantation des SDCEF, des contraintes architecturales. Malgré la présence de recommandations américaines (17-19) peu transposables directement en France dans leur intégralité et dont la langue anglaise diminuait la diffusion, il y avait une carence de référentiel francophone.

Travaux du GREEN de la Société Française de Néonatalogie : objectifs et modalités

Le GREEN a été constituée au sein de la Société Française de Néonatalogie (SFN) pour élaborer des propositions et des recommandations basées sur les données de la littérature scientifique (sensorialité du nouveau-né, vécu et attentes des familles, évaluation de l'efficacité de programme de SDCEF), des expériences originales menées dans ce domaine et sur une évaluation du terrain et/ou du vécu parental (20). Cette commission regroupe des professionnels de santé (néonatalogues, puéricultrices, sages-femmes, pédopsychiatres, kinésithérapeute, psychomotriciens, psychologues...) et des associations d'usagers (SOS Préma, Collectif Inter Associatif Autour de la Naissance-CIANE). Trois thématiques principales de travail ont été identifiées, bien qu'elles se recoupent partiellement. Elles portent principalement sur :

- l'environnement physique idéal des nouveau-nés (sonore, olfactif, visuel, chimique, électromagnétique, architectural)
- l'environnement humain du nouveau-né hospitalisé, notamment les stratégies de soins pour l'enfant, l'accès et le rôle des familles, l'accompagnement à la sortie de l'hôpital, ainsi que le soutien aux familles et aux soignants.
- le microenvironnement de l'enfant (soutien postural, portage peau à peau, adaptation technique du matériel en contact avec l'enfant).

Pour chacun des sous-thèmes, les points suivants ont été envisagés : rationnel scientifique, état des lieux, recommandations proprement dites, stratégies recommandées pour leur mise en pratique, points non résolus et perspectives de recherche, bibliographie. La nécessité de travailler selon un cadre formalisé s'est imposée (21). Le cadre retenu est celui de la grille AGREE (Agreement of Guidelines for REsearch and Evaluation II) (22). Afin de respecter ces critères, pour chaque thème, le groupe a cherché à formuler clairement les objectifs des recommandations et les questions posées, à décrire la méthodologie de recherche bibliographique, à classer les articles en niveau de preuve et en tirer un grade de recommandations selon la grille de la Haute Autorité de Santé (HAS) (23).

Les recommandations formulées par chaque sous-groupe ont été validées par l'ensemble du groupe afin de s'assurer que les bénéfices et les effets secondaires sont clairement décrits, qu'il existe un lien explicite entre les recommandations et le niveau de preuve scientifique, que les recommandations sont précises et sans ambiguïté, et que les recommandations clés sont facilement identifiables. Ces travaux ont suivi une méthodologie très proche de celle de l'HAS (23), avec une relecture extérieure par un groupe multidisciplinaire d'experts francophones représentatifs. Il a pour objectif de s'assurer qu'aucun élément important n'a été omis dans la recherche scientifique et de l'applicabilité des recommandations. Les textes existent sous deux formes : un texte court reprenant l'essentiel des recommandations et de leur argumentaire ; un texte long complet développant tous les éléments et comprenant une analyse bibliographique détaillée.

Parallèlement à l'élaboration de recommandations par le groupe, un outil a été élaboré, à l'instar de celui mis en place par le CIANE, pour évaluer le vécu parental autour de l'accouchement de nouveau-né à terme (20). Un questionnaire individuel disponible en ligne a été créé. Il s'agit d'un questionnaire anonyme comprenant 222 items sur 9 domaines distincts : données générales, circonstances de la naissance, accueil et transfert entre différentes unités, répercussion de l'hospitalisation sur la situation économique des parents, allaitement, participation aux soins, préparation du retour à domicile, une fois à la maison, ressenti et déroulement en cas de décès néonatal, ressenti avec un enfant survivant en cas de grossesse multiple. Les items sont organisés en question à choix multiples, avec des

possibilités de commentaires libres pour chaque domaine abordé. Ce questionnaire réalisé grâce au logiciel LimeSurvey a été mis en ligne en février 2014 par le CIANE, après une étude de faisabilité menée auprès des usagers par SOS-Préma. Ce questionnaire est destiné à tous les parents ayant eu un ou plusieurs enfants (vivants ou décédés) hospitalisés dans un service de néonatalogie. Le but de ce questionnaire est de mieux connaître le ressenti des parents face aux pratiques actuelles dans les services de néonatalogie. La diffusion de l'information a été effectuée sur les sites des associations d'usagers et de celui de la SFN, par le biais de l'association des réseaux de suivi des enfants vulnérables ainsi que par un partenariat avec le magazine grand public « Parents », relançant l'information de façon bimensuelle sur leurs réseaux sociaux. Le questionnaire est toujours accessible en ligne avec le lien <http://enquetepremas.ciane.net>. Il permet de nourrir les recommandations à travers l'évaluation du vécu parental, et de suivre les changements de pratiques et l'implantation des recommandations dans le temps à travers l'évaluation des usagers (20,24,25).

Synthèse des recommandations en pratique

Les recommandations du GREEN soutiennent la bientraitance et cherchent à répondre à la problématique posée par plusieurs aspects de soins inappropriés en néonatalogie pour les nouveau-nés et leur famille. A ce jour, ils ont donné lieu à 8 publications en français (20,26-32) et 11 en anglais dans des revues internationales (24,25,33-41). Les stratégies de protections contre les soins inappropriés décrits en néonatalogie s'articulent autour de quatre axes principaux : le zéro séparation parents-bébé, le soutien au bien-être et au développement du nouveau-né, la qualité des soins, la préservation de la santé mentale des parents. La contribution des recommandations du GREEN et leur distribution autour de ces quatre thématiques sont présentés dans la figure 1.

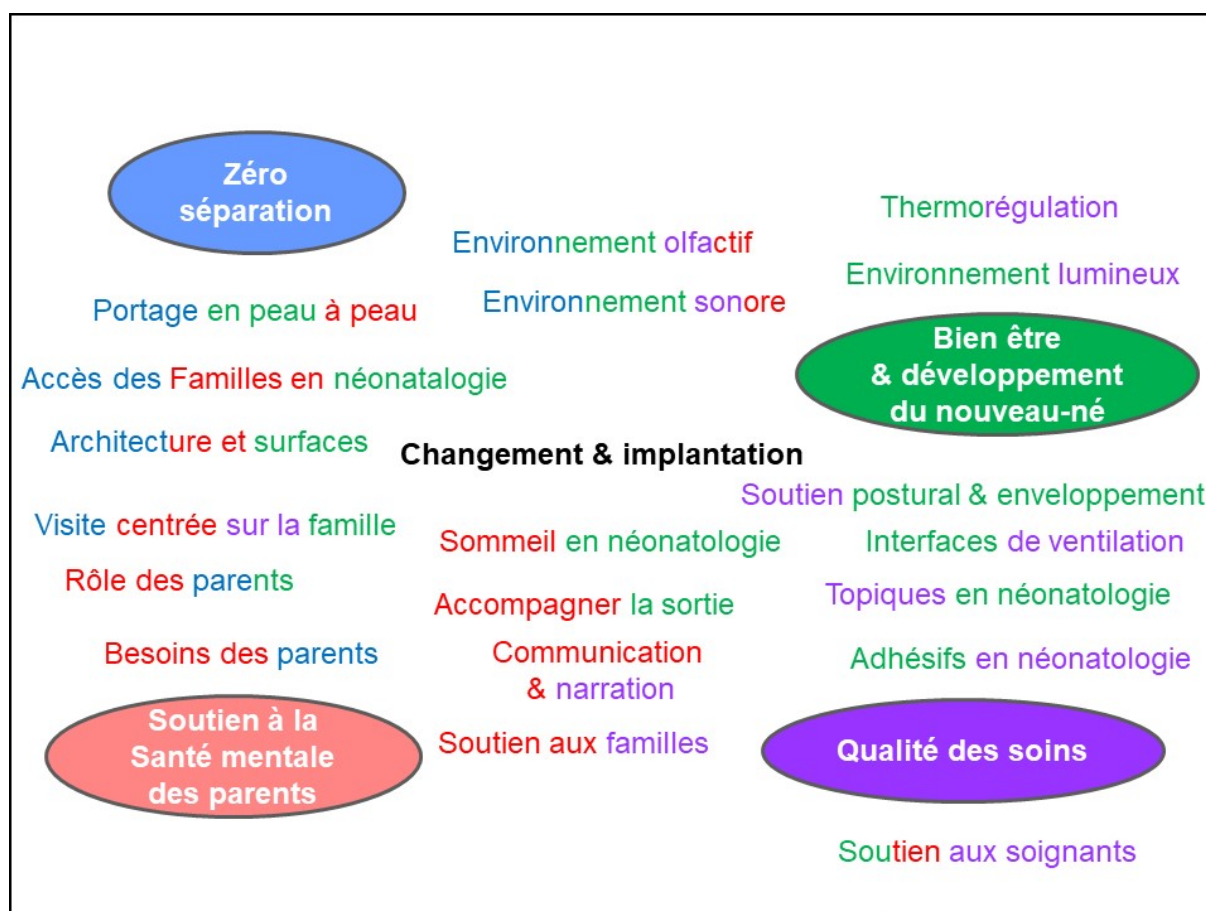


Figure 1 Recommandations du GREEN et thématiques de bientraitance

Les travaux du GREEN permettent plusieurs avancées dont on peut en souligner certaines :

- Amélioration de l'accueil et du soutien de la famille en néonatalogie pour soutenir la proximité parents-bébé et leurs liens réciproques

Pour le GREEN – SFN, la famille est primordiale pour le nouveau-né. Elle soutient son développement tout en tissant des liens d'attachement solides avec lui. La famille fait partie de l'équipe soignante de néonatalogie, est intégrée dans le processus de décision médicale, et est partenaire dans les soins à l'enfant. La définition de la famille est multiple selon qu'on l'envisage sous un angle juridique, sociologique, philosophique et/ou éthique, et scientifique. Mais les parents du nouveau-né hospitalisé doivent avoir la possibilité de définir eux même leur famille. Les approches philosophiques et théoriques de la famille mettent en avant le principe de non-séparation ainsi que l'accès sans restriction, 24h sur 24 à leur enfant hospitalisé (27). Les besoins spécifiques des parents d'un nouveau-né hospitalisés ont été analysés (28) :

- physiologiques : espaces disponibles pour se restaurer et se reposer, toilettes et douches facilement accessibles.
- de sécurité : vivre dans un environnement sécurisant en connaissant la routine du quotidien dans un service protégé des intrusions, information régulière sur les étapes à venir, accompagnement et soutien par les professionnels en particulier lors des premières expériences de soins ou de peau à peau.
- d'appartenance et d'amour : accès facile et non limité à l'enfant, chambres familiales, possibilité d'être accompagné par des proches ou d'être soutenu par les pairs (groupes de parents).
- d'estime : Valorisation par les soignants de la présence, de la participation et de la compétence des parents qui ont la possibilité de s'exprimer et de donner leurs avis avec une absence de jugement par l'équipe.
- d'accomplissement de soi : participer aux soins et aux décisions concernant leur enfant, développer leur autonomie.

Les évaluations issues du questionnaire GREEN/CIANE/SOS Préma ont permis d'étayer cette analyse (20,24,25). Même s'il existe des freins identifiés au respect de ces besoins, ceux-ci sont mieux compris et connus par les équipes de soins qui cherchent de plus en plus à intégrer les parents dans un partenariat réel. Le GREEN a aussi proposé de nouveaux outils d'intégration comme la visite centrée sur la famille en néonatalogie (42). Le GREEN a permis la diffusion de recommandations architecturales « normatives » notamment en cas de rénovation ou d'intégration d'un nouvel hôpital sur lesquelles les équipes peuvent s'appuyer pour soutenir l'accès à un modèle de chambre familiale et de surface de chambre le plus adapté aux besoins du bébé et de ses parents (21,38). Elles sont intégrées dans le référentiel de dimension surfacique et de préconisation architecturale pour les établissements de santé de l'agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP) et prises en compte comme critères de financement par le conseil scientifique d'investissement en santé (CSIS) (43). Par ailleurs, la sortie d'hospitalisation est un moment attendu par les parents mais aussi angoissant. Les conditions optimales de sortie pour l'enfant (critères médicaux, autonomie et souhaits des parents) et des stratégies validées d'accompagnement des parents ont été proposées pour faciliter cette étape cruciale et ambivalente pour les parents (35). Pour finir, le GREEN de la SFN, la SFN avec l'association SOS Préma ont soutenu et obtenu du ministère de la santé, une expérimentation sur 3 ans du modèle d'HAD néonatale (44) dans 10 régions françaises, sous la forme de lits néonataux à domicile rattachés au service de néonatalogie (45). Actuellement en cours, elle vise à évaluer ce modèle sur le plan

médico-économique pour permettre une diffusion large autour des centres de niveau 3 et 2 B qui le souhaiteront.

- Amélioration de l'environnement sensoriel des nouveau-nés et de la qualité des soins qui leurs sont prodigués

Les attentes sensorielles des nouveau-nés immatures et vulnérables nécessitent des aménagements de l'environnement physique hospitalier, du matériel technique utilisé auprès de l'enfant et du comportement des équipes de soins. Plusieurs recommandations permettent de progresser dans ce domaine et d'offrir aux nouveau-nés une expérience sensorielle adaptée à leurs besoins développementaux, au bien-être des familles, à la sécurité des soins et aux besoins des soignants. C'est le cas pour l'environnement lumineux (35), thermique (38). D'autres travaux similaires sont en cours pour l'environnement sonore, olfactif. La meilleure stratégie pour restaurer une continuité sensorielle entre la maman et son bébé, mise à mal par la naissance prématurée et l'hospitalisation, est le portage en peau à peau qui est recommandé de la façon la plus précoce et la plus continue possible (26). Il a des bénéfices multiples pour l'enfant (meilleure stabilité physiologique et comportementale, soutien à l'alimentation, promotion du sommeil, soutien au neuro-développement à long terme) et ses parents (allaitement, attachement, sensibilité maternelle, santé mentale, tous améliorés). L'OMS depuis 2022 recommande avec un haut niveau de preuve et très fortement cette approche (46). Des travaux différents portent sur l'impact environnemental sur le nouveau-né et sa famille des ondes électro-magnétiques, de l'exposition chimique et de l'utilisation des outils numériques en néonatalogie.

Les bénéfices et les modalités d'autres stratégies de soins comme le positionnement (30), l'enveloppement et l'habillage des nouveau-nés (31) ont été analysés pour recommander les meilleures pratiques basées sur l'évidence scientifique. Dans le même état d'esprit, l'utilisation des topiques (33), des adhésifs (34) et des interfaces de ventilation (40) a été analysée pour faire des recommandations accessibles pour les équipes soignantes et soutenir la cohérence et la validité scientifiques dans les pratiques de soins.

- Maintien de la qualité des soins et d'une approche bientraitante pendant la crise COVID

La pandémie COVID 19 et la situation de crise sanitaire majeure qui lui était associée ont permis de « tester » les fondamentaux des pratiques de soins au nouveau-né, la philosophie et le niveau d'implantation des SDCEF. Le GREEN, en lien avec la SFN, a porté très tôt (dès Avril 2020) des recommandations pour maintenir l'accès des parents en néonatalogie et promouvoir l'attachement avec leur enfant (29,37) alors même que le confinement et les règles sanitaires d'exception avaient réduit l'accès de façon drastique des familles aux patients hospitalisés à d'autres âges de la vie.

Le raisonnement appliqué était basé sur le fait que la prématurité est source de stress parental, de troubles de l'attachement et de troubles anxio-dépressifs renforcés par la séparation de la dyade parent-enfant, qui entrave le contact physique normal et la proximité émotionnelle entre la mère (le père) et son enfant (47,48). Cette séparation précoce peut affecter la santé mentale des parents mais aussi avoir des effets durables sur la programmation émotionnelle et le neuro-développement des nouveau-nés. La pandémie COVID 19 exposait toutes les personnes à un stress et une angoisse qui pouvaient majorer les troubles psychologiques préexistants ou exacerber le vécu des situations émotionnellement difficiles (49). Ceci était vrai pour les soignants mais aussi pour les parents de nouveau-nés hospitalisés dans un contexte de distanciation sociale qui limitait le soutien de leurs proches. Il était aussi possible que les mères COVID-19 positives soient exposées à un plus grand sentiment de culpabilité, déjà très présent en cas de naissance prématurée et se rajoutant à une crainte

pour leur propre état de santé. Le groupe a considéré que les nouveau-nés hospitalisés nécessitaient des soins techniques mais aussi la poursuite des soins de développement centrés sur l'enfant et ses parents dont l'impact à court et moyen terme est scientifiquement démontré. De ce fait, les parents ont été considérés comme les soignants avec les mêmes droits et les mêmes devoirs, en particulier de respecter les règles d'hygiène. Plusieurs situations du nouveau-né et de ses parents ont été envisagées et des mesures permettant de concilier la poursuite des SDCEF et la maîtrise du risque viral ont été préconisées. Elles sont résumées dans la figure 2. Même si ces recommandations n'ont pas été suivies par tous les centres, elles ont permis de donner un référentiel rapide et des repères pour les équipes et ainsi de maintenir l'accès des parents dans beaucoup de centres en France.

Cette réflexion s'est poursuivie en lien avec la Société Française de Médecine Périnatale et de la Société Française d'Hygiène Hospitalière pour soutenir l'accès des fratries en maternité (50).

- Soutien aux soignants

Les difficultés des soignants et leur souffrance potentielle liées à leur travail dans des unités de néonatalogie se sont exprimées plus largement dans les dernières années. Elles sont un problème émergent important. Outre l'impact individuel sur les professionnels, elles contribuent à une diminution de l'attractivité pour travailler en néonatalogie comme en périnatalogie, qui remet en cause parfois la capacité des équipes à assurer la permanence et la continuité de soins. Plusieurs études récentes ont démontré la majoration de ces difficultés en France (51,52) et justifient la promulgation de recommandations pour évaluer et soutenir le bien-être des soignants en néonatalogie et prévenir la survenue de burn-out (41). Ces recommandations basées sur l'analyse de 118 études ont été élaborées au niveau individuel, au niveau du service pour organiser l'environnement, la formation de l'équipe avec des sessions de communication et de soutien à la cohésion de l'équipe ; et au niveau institutionnel pour respecter et organiser le temps de travail. Les risques psychosociaux ont des conséquences pour les soignants en néonatalogie eux-mêmes et éventuellement pour les personnes soignées et peuvent donc être source de soins inappropriés, voire maltraitants pour les nouveau-nés et leurs familles. À ce jour, la prévention, le dépistage et le traitement de ces troubles ont été insuffisamment développés et explorés de même que leur impact potentiel sur les bébés. Dans ce contexte, une révision institutionnelle globale du modèle de soins choisi est nécessaire et ces recommandations peuvent y contribuer.

Figure 2 : Synthèse des mesures permettant de concilier soins de développement et maîtrise du risque viral

Accès et rôle des parents en néonatalogie durant l'épidémie COVID-19	
L'épidémie actuelle de COVID-19 impose des mesures de confinement et de déplacement limité au niveau national ainsi que des restrictions d'accès dans les hôpitaux. Les nouveau-nés hospitalisés nécessitent des soins techniques mais aussi la poursuite des soins de développement centrés sur l'enfant et ses parents dont l'impact à court et moyen terme est scientifiquement démontré.	
Parents et soignants doivent respecter les gestes barrières : ✓ Se laver très régulièrement les mains ✓ Tousser ou éternuer dans son coude ✓ Utiliser un mouchoir à usage unique et le jeter ✓ Rester à plus d'un mètre (distance sociale) ✓ Port de masque chirurgical continu dès l'entrée du service ✓ Utilisation des SHA avant tout contact avec le bébé	
Alerter en cas de symptômes (fièvre, toux, courbatures, mal de gorge, maux de tête, symptômes digestifs, troubles du goût ou de l'odorat) : ✓ Contacter l'équipe soignante pour faire réaliser des tests virologiques ✓ Respecter la période de confinement	
Stratégies de soins de développement à maintenir : ✓ Peau à peau précoce et prolongé ✓ Niveaux sonores et lumineux adaptés ✓ Posture en flexion ✓ Respect des phases de sommeil et d'éveil de l'enfant ✓ Prévention et traitement de la douleur	
Présence et rôle des parents : ✓ Les deux parents doivent avoir un accès préservé à leur enfant ✓ Participation soutenue aux soins ✓ Opportunités de contact en peau à peau maintenues ✓ Soutien psychologique	Allaitement maternel : ✓ L'expression du lait, l'utilisation de lait cru et l'alimentation au sein doivent être encouragées ✓ Respect des mesures d'hygiène préconisées (entretien du tire-lait, hygiène corporelle adéquate)
Cas particulier des parents COVID+ ✓ Confinement du nouveau-né en bonne santé avec sa mère en maternité si son état le permet jusqu'à la sortie à domicile (confinement jusqu'à J14 et suivi) ✓ Accès minimal préservé de la mère à son bébé hospitalisé (ou si impossible du père) jusqu'à la fin du confinement clinique puis accès standard pour les deux parents ✓ Accueil sécurisé et organisé ✓ Soutien de l'unité familiale (moyens audio-visuels) en cas d'impossibilité absolue de	

Accompagnement de leur diffusion

Les recommandations du GREEN sont accessibles librement sur le site de la SFN pour faciliter leur diffusion (<https://www.societe-francaise-neonatalogie.com/recommandations>). Elles sont généralement résumées sous forme de flyers exposant les points essentiels des recommandations et des travaux, eux aussi en accès libre sur le site de la SFN pour permettre un accès et une appropriation plus facile. Elles diffusent aussi à travers les journées des réseaux de périnatalité, des réunions ou des ateliers thématiques sur les SDCEF. La mise à disposition de réflexions sur la conduite du changement (32) pourrait aussi faciliter leur implantation qui est un réel enjeu pour qu'elles soient vraiment efficaces et répondent à leur objectif premier. Le GREEN développe des collaborations avec d'autres sociétés savantes pour accroître la diffusion de ces recommandations et en élaborer de nouvelles de façons conjointes.

Perspectives

Des recommandations sont toujours en cours de finalisation et des nouvelles thématiques ont émergées et ont été jugées essentielles dans les travaux du GREEN. C'est le cas de la communication avec les familles et de l'approche narrative du bébé et des soins en médecine néonatale. Il s'agit là de leviers forts pour soutenir une approche bien-traitante.

Un autre enjeu auquel s'attache le groupe est la révision des recommandations à l'aune des évidences scientifiques nouvelles qui sont apparues depuis leur promulgation. Cette démarche nécessaire est un garant du maintien de la qualité des soins au bébés et en particulier de l'implantation des meilleurs SDCEF

Conclusion

L'initiative du GREEN se distingue par le caractère multidisciplinaire de ces travaux associant pleinement les usagers, basés sur l'évidence scientifique analysée avec rigueur, et évalués par des relecteurs internes et externes experts ou utilisateurs potentiels. Ses productions visent à aider les équipes de néonatalogie et périnatales à harmoniser et faire évoluer de façon consensuelle leurs pratiques de soins pour qu'elles correspondent aux attentes développementales des nouveau-nés et aux besoins des familles. Elles soutiennent la bientraitance et des soins appropriés et de qualité pour les nouveau-nés. Cela est important à une période où le secteur de santé, en particulier hospitalier, est confronté à des contraintes économiques de plus en plus importantes.

La démarche environnementale en néonatalogie, basée sur les connaissances acquises sur le niveau de développement de l'enfant et en lien indissociable avec sa famille, s'intègre complètement dans la recherche de soins appropriés et bien-traitants aux nouveau-nés et à leur famille. Il s'agit véritablement de mesures de neuroprotection et de promotion de la santé à l'âge adulte en accord avec le concept d'« environmental and developmental neonatology » (1). Cette approche holistique est garante d'une bientraitance hospitalière et d'une humanisation accrue des soins prodigués aux plus petits de nos patients en limitant leur caractère inapproprié.

Références:

1. Wolke D. Environmental neonatology. *Arch Dis Child* 1987;62:987-8
2. Kuhn P, Zores C, Astruc D, Dufour A, Casper C. Sensory system development and the physical environment of infants born very preterm. *Arch Pediatr* 2011; 18(Suppl 2): S92-102
3. Pierrat V, Marchand-Martin L, Arnaud C, et al. EPIPAGE-2 writing group. Neurodevelopmental outcome at 2 years for preterm children born at 22 to 34 weeks' gestation in France in 2011: EPIPAGE-2 cohort study. *BMJ*. 2017 Aug 16;358:j3448.
4. Pierrat V, Marchand-Martin L, Marret S, et al. EPIPAGE-2 writing group. Neurodevelopmental outcomes at age 5 among children born preterm: EPIPAGE-2 cohort study. *BMJ*. 2021 Apr 28;373:n741.
5. Knudsen EI. Sensitive periods in the development of the brain and behavior. *J Cogn Neurosci*, 2004;16:1412-25.
6. Bourgeois JP. Synaptogenesis, heterochrony and epigenesis in the mammalian neocortex. *Acta Paediatr Suppl* 1997; 422: 27-33.
7. Provenzi L, Guida E, Montirosso R. Preterm behavioral epigenetics: A systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018 Jan;84:262-271.
8. Bowlby J. Attachment theory and its therapeutic implications. *Adolesc Psychiatry* 1978; 6: 5-33
9. Ainsworth MS. The personal origins of attachment theory. An interview with Mary Salter Ainsworth. Interview by Peter L. Rudnytsky. *Psychoanal Study Child* 1997; 52: 386-405.
10. Smith GC, Gutovich J, Smyser C, et al. Neonatal intensive care unit stress is associated with brain development in preterm infants. *Ann Neurol* 2011;70:541-9.
11. Brummelte S, Grunau RE, Chau V, et al. Procedural pain and brain development in premature newborns. *Ann Neurol* 2012;71:385-96.
12. Vinall J, Miller SP, Bjornson BH, et al. Invasive procedures in preterm children: brain and cognitive development at school age. *Pediatrics* 2014;133:412-21.
13. Als H, Miller SP, Bjornson BH, et al. Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics* 2004;113:846-57.
14. Roué JM, Kuhn P, Lopez Maestro M, et al. Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2017 Jul;102(4):F364-F368.
15. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, et al. Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatr*. 2012 Oct;101(10):1032-7.
16. Pierrat V, Coquelin A, Cuttini M, et al., Translating Neurodevelopmental Care Policies Into Practice: The Experience of Neonatal ICUs in France-The EPIPAGE-2 Cohort Study. *Pediatr Crit Care Med* 2016;17:957-67.
17. Committee on Hospital Care. Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics* 2003;112:691-696.
18. American Academy of Pediatrics, Committee on Environmental Hazards. Noise pollution: neonatal aspects. *Pediatrics* 1974; 54: 476-9.
19. White RD. Recommended NICU design standards and the physical environment of the NICU. *J Perinatol* 2013; 33 (Suppl 1): S1.
20. Casper C, Caeymaex L, Dicky O, et al. Perception des parents de leur participation aux soins de leur enfant dans les unités de néonatalogie en France. *Arch Pediatr* 2016; 23: 974-82.
21. Kuhn P, Sizun J, Casper C; GREEN study group. Recommendations on the environment for hospitalised newborn infants from the French neonatal society: rationale, methods and first recommendation on neonatal intensive care unit design. *Acta Paediatr*. 2018 Nov;107(11):1860-1866
22. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010;182:E839-42.
23. Haute Autorité de Santé. Méthodes d'élaboration des recommandations de bonnes pratiques. Disponible sur internet : URL: http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_418716/fr/methodes-delaboration-des-recommandations-debonne-pratique. Consulté le 17/12/2024.
24. Dicky O, Kuhn P, Akrich M, Reynaud A, Caeymaex L, Tscherning C; GREEN Committee (Groupe de Réflexion et d'Évaluation de l'Environnement du Nouveau-né de la Société Française de Néonatalogie). Emotional responses of parents participating for the first time in caregiving for their baby in a neonatal unit. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2021 Mar; 35(2): 227-235.
25. Stern-Delfils A, Leray I, Caeymaex L, Dicky O, Akrich M, Reynaud A, Bouvard C, Evrard A, Sizun J, Tscherning C, Kuhn P; GREEN Committee (Groupe de Réflexion et d'Évaluation de l'Environnement du Nouveau-né de la Société Française de Néonatalogie). Father's perceptions and care involvement for their very preterm infants at French neonatal intensive care units. *Front Psychiatry*. 2023 Nov 16;14:1229141.
26. C. Zaoui-Grattepanche, P. Kuhn, V. Pierrat pour le GREEN de la SFN. Le portage des nouveau-nés en peau à peau. *Perfectionnement en Pédiatrie* 2018;1 :100-107.
27. C. Casper, C. Fichtner, F. Gonnaud, N. Knezovic, A. Reynaud, P. Kuhn, J. Sizun pour le GREEN de la SFN. La famille dans les unités de médecine néonatale. *Perfectionnement en Pédiatrie* 2018;1 :143-148.
28. J. Sizun, V. Pierrat, F. Gonnaud, A. Reynaud, L. Caeymaex, A. Evrard, A. Allen, L. Renesme, L. Girard, C. Zaoui, P. Pladys, G. Thiriez, C. Casper, P. Kuhn pour le GREEN de la SFN. Quels sont les besoins des parents en unité de néonatalogie ? *Perfectionnement en Pédiatrie* 2018;1: 265-270.
29. P. Kuhn, J. Sizun, C. Tscherning pour le GREEN de la SFN. Accès et rôle des parents en néonatalogie en période d'épidémie COVID-19 — Propositions du GREEN de la SFN. *Perfectionnement en Pédiatrie* 2020;3:236-241.
30. G. Thiriez, M.A. Duboz, M. Touzet, C. Fichtner, S. Legouais pour le GREEN de la SFN. Quel soutien postural pour le nouveau-né prématuré hospitalisé ? *Perfectionnement en Pédiatrie* 2020;3: 330-334.
31. F. Berne Audéoud, S.L. Lenglemetz, M. Touzet, G. Thiriez, le groupe GREEN de la SFN. L'enveloppement, l'habillage et les tissus en contact avec l'enfant en néonatalogie. *Perfectionnement en Pédiatrie* 2023;3:75-83. Doi : 10.1016/j.perped.2023.01.009
32. Girard L, Sizun J. Conduite du changement et implantation de nouvelles pratiques de soins autour du nouveau-né. Repères théoriques et pistes pratiques proposées par le GREEN *Perfectionnement en Pédiatrie* 2024;3:161-170 Doi : 10.1016/j.perped.2024.07.011
33. Renesme L, Allen A, Audeoud F, Bouvard C, Brandicourt A, Casper C, Caeymaex L, Denoual H, Duboz MA, Evrard A, Fichtner C, Fischer-Fumeaux CJ, Girard L, Gonnaud F, Haumont D, Hüppi P, Knezovic N, Laprugne-Garcia E, Legouais S, Mons F, Pelofy V, Picaud JC, Pierrat V, Pladys P, Reynaud A, Souet G, Thiriez G, Tourneux P, Touzet M, Truffert P, Zaoui C, Zana-Taieb E, Zores C, Sizun J, Kuhn P. Recommendation for Hygiene and Topical in Neonatology From the French Neonatal Society. *Eur J Pediatr*. 2019;178:1545-1558
34. Allen A, Zana-Taieb E; Group of Reflection and Evaluation of the Environment of Newborns (GREEN) of the French Neonatology Society Recommendations for use of adhesives on hospitalized newborns: A systematic review of the literature. *Arch Pediatr*. 2023 Oct;30(7):486-492.

35. Pladys P, Zaoui C, Girard L, Mons F, Reynaud A, Casper C; Group for Reflections on and Evaluation of the Neonatal Environment. French Neonatal Society Position Paper Stresses the Importance of an Early Family-Centred Approach to Discharging Preterm Infants From Hospital. *Acta Paediatr.* 2020 Jul;109(7):1302-1309
36. Zores-Koenig C, Kuhn P, Caeymaex L; GREEN study group. Recommendations on Neonatal Light Environment From the French Neonatal Society. *Acta Paediatr.* 2020;109(7):1292-1301
37. Tscherning C, Sizun J, Kuhn P. Promoting Attachment Between Parents and Neonates Despite the COVID-19 Pandemic *Acta Paediatr.* 2020;109: 1937-1943
38. Zana-Taïeb E, Sizun J, Kuhn P, Reynaud A; GREEN study group from the French Neonatal Society. Practical recommendations on room sizes for hospitalised newborn infants and their families based on a systematic review of the literature. *Acta Paediatr.* 2022; 111(6):1109-1114
39. Tourneux P, Thiriez G, Renesme L, Zores C, Sizun J, Kuhn P; Group of Reflection and Evaluation of the Environment of Newborns (GREEN) study group of the French Neonatology Society. Optimising homeothermy in neonates: a systematic review and clinical guidelines from the French Neonatal Society. *Acta Paediatr.* 2022; 111:1490-99.
40. Zores C, Zana-Taïeb E, Caeymaex L, Fumeaux CF, Kuhn P; Group of Reflection and Evaluation of the Environment of Newborns study group of the French Neonatology Society. French Neonatal Society issues recommendations on preventing nasal injuries in preterm newborn infants during non-invasive respiratory support. *Acta Paediatr.* 2023 Sep;112(9):1849-1859.
41. Zores C, Touzet M, Girard L, Caeymaex L, Kuhn P, Berne-Audeoud F, Zana-Taïeb E; GREEN study group of the French Neonatal Society. Recommendations on supporting neonatology healthcare givers from the French National Society. *Acta Paediatr.* 2024 Dec doi: 10.1111/apa.17557. Online ahead of print
42. Thébaud V, Bian F, Le Pors C, Berne Audéoud F, Sizun J et le groupe GREEN de la SFN. Visite centrée sur la famille dans les unités néonatales. SFN 2023 (https://www.societe-francaise-neonatalogie.com/_files/ugd/d8ff38_a54fa16c6f304fc28b628d2570c13fa8.pdf)
43. Ministère de la santé et de la prévention. Référentiel de dimension surfacique et de préconisation architecturale pour les établissements de santé. 2022 <https://anap.fr/s/article/referentiel-organisationnel-et-surfacique-des-etablissements-sanitaires>
44. Décret n° 2022-524 du 11 avril 2022 relatif à la réalisation à titre expérimental de soins de néonatalogie au domicile des patients par des unités de néonatalogie. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000045545883/>
45. Arrêté du 14 décembre 2022 fixant la liste des établissements de santé autorisés à participer à l'expérimentation de soins de néonatalogie au domicile des patients par des unités de néonatalogie. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046745127>
46. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant. World Health Organisation 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363697/9789240058262-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
47. Korja R, Latva R, Lehtonen L. The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:164-73.
48. Forcada-Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F, Muller-Nix C: Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early human development* 2011, 87(1):21-26.
49. Horesh D, Brown AD: Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychol Trauma* 2020, 12(4):331-335.
50. Berne-Audeoud F, Fichtner C, Girard L, Parat S, Brévaut-Malaty V, Gonnaud F, Evrard A, Legouais S, Reynaud A, Renesme L, pour le GREEN. SFN 2024. La présence de la famille et des Fratries en Maternité et en Néonatalogie dans l'optique des soins centrés sur le nouveau-né et sa famille: Avis documenté du GREEN (https://www.societe-francaise-neonatalogie.com/_files/ugd/d8ff38_e85fd5b79e654b1ba71c63c7ec4b166e.pdf)
51. Basset A, Zana-Taïeb E, Bénard M, et al. Nurses and physicians at high risk of burnout in French level III neonatal intensive care units: an observational cross-sectional study. *J Perinatol.* 2022 May;42:669-670.
52. Zana-Taïeb E, Kermorvant E, Beuchée A, Patkaï J, Rozé JC, Torchin H; on the behalf of the French Society of Neonatology. Excessive workload and insufficient night-shift remuneration are key elements of dissatisfaction at work for French neonatologists. *Acta Paediatr.* 2023 Oct;112(10):2075-2083.

5.3 Démarche d'évaluation et Labels – exemple du label IHAB

L'initiative hôpital ami des bébés (IHAB), traduction de « the Baby Friendly Hospital Initiative » est une démarche qualité initiée en 1991 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Unicef. A l'origine, le programme IHAB a été lancé pour protéger l'allaitement maternel. Après avoir constaté dans les années 70-80 des baisses considérables des taux d'allaitement au niveau international, protéger l'allaitement devenait nécessaire pour faire face aux stratégies offensives de marketing de l'industrie des substituts de lait maternel. Ces stratégies minoraient l'importance de l'allaitement et poussaient vers une utilisation des substituts de lait maternel sans tenir compte des conditions de préparation et d'utilisation des biberons. Centrée sur la bienveillance et le partenariat parents-soignants, elle place les besoins et les rythmes du nouveau-né et de sa mère au cœur du système de soins. Sa promotion est assurée en France par l'association IHAB France, soutenue par Unicef France et partenaire de Santé publique France et du programme 1000 Premiers Jours. Le Haut Conseil de la Santé Publique préconise la labellisation IHAB de l'ensemble des maternités françaises (Rapport sur l'allaitement maternel, HCSP, sept. 2024).

Ce programme international, destiné aux professionnels de Santé, repose sur 10 recommandations avec un argumentaire scientifique solide, régulièrement actualisé et respectant la sécurité médicale. Depuis son lancement, le programme IHAB a évolué. Les objectifs ont été élargis ; au-delà du soutien à l'allaitement, IHAB est devenu un programme de soins centrés sur l'enfant et sa famille. Les objectifs de ce programme sont donc :

Encourager, soutenir et protéger l'allaitement maternel en cohérence avec les recommandations de santé publique. IHAB promeut le fait que chaque mère puisse faire un choix éclairé sur l'alimentation de son nouveau-né sans influence commerciale. Quel que soit son choix, chaque mère est soutenue dans son projet.

Améliorer l'accueil du nouveau-né en centrant les soins sur les rythmes et les besoins de celui-ci et de ses parents.

Proposer un accompagnement bienveillant des parents afin de favoriser l'attachement parents/enfant et l'autonomie des parents.

Le label IHAB est décerné par un comité d'attribution au sein duquel siègent les représentants de 15 sociétés savantes et associations : Société Française de Pédiatrie, Société Française de Médecine Périnatale, Société Française de Néonatalogie, Association Française de Pédiatrie Ambulatoire, Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, Club des Anesthésistes-Réanimateurs en Obstétrique, Collège National des Sage-Femmes, Association Nationale des Sage-Femmes Coordinatrices, Association Nationale des Puéricultrices et des Étudiantes, Association Nationale des Auxiliaires de Puériculture, Comité Français pour l'Unicef, Association Française des Consultants en lactation, Coordination Française pour l'Allaitement Maternel, LecheLeague France, Solidarilait National. Le comité attribue le label sur la base d'un rapport réalisé par des experts évaluateurs qui se rendent dans les services pour vérifier la conformité des pratiques au cahier des charges IHAB.

Il est indéniable que l'engagement d'une équipe dans la démarche IHAB induira un changement majeur dans des pratiques et une remise en question de la manière d'aborder les soins. Une des limites à l'obtention du label tient aux coûts liés à l'investissement financier et humain. Les formations impliquent de libérer du temps de personnel qui dans cette période de difficultés de ressources

humaines peuvent être particulièrement impactant. La préparation de l'évaluation implique un engagement fort et un leadership des porteurs du projet pour amener l'ensemble de l'équipe à valider le cahier des charges, nécessairement exigeant. Les frais d'évaluation sont estimés entre 11 000 et 30 000 euros car ils dépendent du nombre de naissances. Il faut également ajouter le coût de l'actualisation de l'adhésion sur 4 ans (2 800 euros).

Les maternités de 78 établissements sont à ce jour labellisées IHAB. 36 de ces établissements ont également labellisé leur service de néonatalogie. Les services labellisés ont enregistré 112 838 naissances sur 677 800 à l'échelle nationale en 2023. Ainsi, 16,7 % des naissances en France ont lieu dans un service labellisé IHAB.

5.4 Les professionnels

5.4.1 Démographie

Il existe une prise de conscience politique de la problématique des ratios soignants/soignés en France : la loi dite Jomier a été votée le 29 janvier 2025. Elle rend obligatoire la définition de ratios par activité médicale. La charge de définir ces ratios incombe à la Haute Autorité de Santé (HAS). La périnatalité fait partie des activités prioritairement traitées par la HAS. Les travaux ont été lancés courant de l'été 2026 et sont en cours. Les propositions de la HAS sont attendues d'ici fin 2026.

La méthodologie de la HAS repose bien sûr sur une revue de la littérature visant à identifier les déterminants du ratio soignants/patients et de la qualité des soins. L'étude de la littérature aura forcément des limites importantes en raison des fortes disparités dans l'organisation de la périnatalité dans les pays à système de santé avancé, ainsi que des disparités de compétences professionnelles, notamment chez les sages-femmes françaises. Les travaux du groupe bientraitance sont intégrés dans cette démarche, l'ensemble des aspects des soins devant être pris en compte pour la définition de ces futurs ratios.

Les tensions concernant les professionnels de santé sont malheureusement majeures en France. Elles ont été largement documentées grâce à l'enquête nationale périnatale 2021 : la majorité des maternités ne disposent pas des effectifs nécessaires pour assurer, a minima, la triple permanence des soins...sur la base de ratios soignants-soignés définis dans les décrets datant de 1998.

Le non-respect du temps de travail hebdomadaire maximal, fixé en Europe à 48 heures, vient encore aggraver ce constat. Le diagnostic formulé dans un rapport de l'IGAS d'août 2026 confirme que toutes les disciplines médicales de la périnatalité sont concernées.

La SFMP et le groupe de travail bientraitance devront rester pleinement mobilisés pour accompagner, dans le débat public, la réforme urgente du système de santé, dont les conditions de fonctionnement actuelles ne garantissent la bientraitance ni pour les femmes, les enfants et leur famille, ni pour les professionnels.

5.4.2 Formations

La formation, initiale et continue, doit être au cœur de nos préoccupations. En formation initiale, le groupe bientraitance est (ou va entrer) en contact avec les principaux collèges ou écoles de formation des professionnels de la périnatalité. A titre d'exemple (non exhaustif), les supports de formation initiale des gynécologues-obstétriciens vont être mis à jour et complétés en lien avec le Collège des

Enseignants de Gynécologie-Obstétrique (CEGO). La bientraitance sera également intégrée dans l'enseignement destiné aux étudiants de deuxième cycle ou au DES de médecine générale.

Le CEGO mène actuellement une enquête afin de réaliser un état des lieux auprès des coordonnateurs de chaque subdivision.

Notre groupe de travail va également, à partir de 2027, travailler à la réalisation de podcasts destinés à la fois aux professionnels et aux usagers.

À partir de 2027, un atelier de bientraitance sera systématiquement proposé lors des journées de la SFMP. Il pourra également être proposé en partenariat avec le CNGOF lors de Paris Santé Femmes dès 2027, ainsi que lors des différents congrès régionaux.

5.5 Mise en place d'un groupe de recommandation et d'évaluation de la bientraitance périnatale

À l'issue de cet état des lieux, le groupe de travail va évoluer afin de produire, chaque année, des recommandations sur le modèle et d'adopter la méthodologie du GREEN sous l'égide de la SFMP. Les groupes de recommandations seront ouverts aux candidatures afin de permettre aux personnes les plus qualifiées et motivées de participer à la rédaction de chaque thème retenu.

La méthodologie de travail sera validée par le conseil scientifique de la SFMP. Les thèmes retenus seront validés par le bureau de la SFMP.

Les deux thèmes retenus pour 2027 sont le consentement partagé aux soins et les mesures à mettre en œuvre pour tendre au zéro séparation en péripartum.

5.6 Indicateurs de suivi - Projets de recherche

Une nouvelle enquête nationale périnatale, portée par le Pr Camille le Ray (membre du groupe bientraitance et co-rédactrice de ce rapport) va être réalisée en 2027. L'évaluation des indicateurs de bientraitance sera renforcée et enrichira nos connaissances.

De plus en plus de travaux sont menés dans ce champ de recherche : une veille bibliographique devra être mise en place.

Notre groupe appelle de ses vœux la mise en place d'une bourse SFMP sur la thématique de la bientraitance.

Bientraitance périnatale : les points essentiels de l'état des lieux de la SFMP

Les progrès de la médecine, en particulier en périnatalité, ont longtemps relégué au second plan le vécu des femmes, des enfants et des familles. L'évolution de la société, le mouvement #metoo, ont libéré la parole : la sécurité des soins et les progrès médicaux n'ont plus de sens s'ils ne sont que techniques. La bientraitance et la prévention de toute forme de violence font partie intégrante des soins. La qualité du vécu doit être au cœur des préoccupations des soignants.

Les mauvais traitements et les violences subis dans le cadre des soins en périnatalité doivent être reconnus. La parole des femmes doit être entendue et contribuer à faire évoluer les pratiques.

Dans la pratique des soins, il est préférable de s'appuyer sur la notion de « bientraitance », entendue comme une démarche active d'amélioration continue de la qualité des soins. Le terme « violences obstétricales » doit être réservé à la qualification des dérives et, dans le cadre légal, à l'encadrement des infractions et des délits. La précision de la terminologie employée est cependant primordiale, les « violences obstétricales » ne pouvant réunir sous un même concept des situations médicales et juridiques fondamentalement différentes.

La bientraitance est un enjeu majeur de santé publique. Elle fait partie intégrante du soin, tandis que les comportements de maltraitance ou les violences ont des effets sur la santé physique et psychologique des patients, notamment en lien avec le défaut d'attachement mère-enfant et la dépression post-partum (suicide, première cause de mortalité maternelle).

La bientraitance concerne également les nouveau-nés et les coparents et est étroitement liée à la place accordée aux parents dans le système de soins. Les travaux du GREEN sont exemplaires : agir sur l'environnement du bébé hospitalisé, tendre vers le zéro séparation, associer les parents aux soins et aux décisions.

Toutes les femmes ne sont pas exposées de la même manière à la maltraitance et aux violences gynécologiques et obstétricales. Les femmes les plus vulnérables y sont davantage exposées et leurs expériences sont davantage invisibilisées. La prévention de la maltraitance et des risques gynécologiques et obstétricaux doit donc prendre en compte les inégalités sociales.

Il existe un lien fort entre l'organisation des soins et la bientraitance. La surcharge de travail, une hiérarchie trop rigide ou des protocoles trop contraignants peuvent reléguer le vécu des patientes au second plan et entraîner de la maltraitance et des violences.

La bientraitance concerne l'ensemble du système de soins et l'ensemble des professionnels de la périnatalité. Les actions pédagogiques, d'organisation des soins, de recherche doivent donc être collectives et associer les femmes et les familles.

Il faut continuer à développer des outils pertinents pour mieux mesurer et identifier les maltraitances, les gestes inappropriés et les violences gynécologiques et obstétricales, afin de mieux lutter contre ces maux. Il faut encourager l'évaluation systématique du vécu des femmes et des coparents, travailler à améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé et encourager la déclaration de toute forme de violence.

Les professionnels doivent être mieux formés, et les sociétés savantes doivent produire des recommandations portant spécifiquement sur la bientraitance.