



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE FEMME

Réalisé au sein de
L'Université Claude Bernard - Lyon 1

UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

L'HOPITAL AU PRISME DES VIOLENCES OBSTETRIQUES : Ce que nous apprennent les représentations et les expériences des sages-femmes hospitalières

Mémoire présenté par ANGYAN Zita
Née le 27 juin 2000

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Promotion 2024

Mme ROZEE Virginie
Chercheuse en Sciences Sociales
INED – Institut National d'études démographiques

Directrice de mémoire

Mme CORDOBA Coralie
Sage-femme enseignante
UFR de médecine et maïeutique Lyon SUD

Enseignante référente

REMERCIEMENTS

Je tiens dans un premier temps à remercier toutes les personnes ayant contribué, à la rédaction de ce mémoire et m'ayant soutenu et encouragé au cours de ces dernières années.

A Virginie ROZEE, ma directrice de mémoire, pour son aide précieuse tout au long de ce travail de recherche. Merci à ses nombreux conseils et ses travaux qui ont énormément contribué à cette problématique.

A Coralie CORDOBA, enseignante sage-femme de l'école, qui m'a accompagné ces dernières années avec un appui précieux et motivant.

A Marton, mon frère sociologue pour son soutien depuis ces nombreuses années et sa présence dans ma vie. Merci de m'avoir sensibilisé à tous ces sujets qui me tiennent beaucoup à cœur.

A tou.s.tes les incroyables sages-femmes rencontré.es au cours des entretiens de ce mémoire. Merci de m'avoir accordé votre confiance et merci pour tout ce que vous avez apporté à ce travail qui a énormément d'importance pour moi.

Enfin, à toute ma famille qui, même à des centaines de kilomètres, ont réussi à m'aider à traverser ce chemin plein d'obstacles. A mes ami.e.s de l'école, ces futur.e.s magnifiques sages-femmes en devenir, avec qui nous avons rigolé, pleuré mais surtout partagé de nombreuses expériences si enrichissantes.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	7
MATERIEL ET METHODES	13
RESULTATS.....	19
PARTIE 1 : Les bouleversements de la périnatalité française au XXe siècle : un contexte hospitalier remis en question par les sages-femmes et les patientes	19
1. Une réorganisation de la naissance en France : perspective socio-historique	19
a. Le « grand déménagement » de la naissance en France au XXe siècle	19
b. Les décrets de 1998 : vers une organisation des soins en réseau	20
c. Vers une disparition des « petites » maternités ?	21
2. Un nouveau cadre hospitalier technicisé et médicalisé contesté par les sages-femmes	22
a. Les conséquences des décrets de 1998 sur les conditions de travail des sages-femmes	22
b. Une femme = une sage-femme : pour une prise en charge de meilleure qualité ..	23
3. Des mouvements de revendications du côté des patientes : focus sur les violences obstétricales.....	24
a. Les mouvements féministes en première ligne	25
b. La dénonciation des violences obstétricales : un problème systémique ?	25
PARTIE 2 : Un système hospitalier au prisme des violences obstétricales : parole de sages-femmes	27
1. Des dysfonctionnements dès l'origine ? Questionner la formation médicale.....	28
a. Une socialisation professionnelle des médecins et des sages-femmes : un apprentissage « par claques » ?	28
b. Les sages-femmes : un métier au compétences naturalisées ?.....	30
2. « Des Brutes en blanc » : questionner une médecine centrée sur la technique.....	32
a. Le sentiment de « toute-puissance médicale ».....	33
b. Le paternalisme médical comme source de pouvoir.....	36
3. Quand les violences obstétricales viennent interroger le pouvoir médical	39
a. Une hiérarchie vécue entre sages-femmes et médecins.....	39
b. Un système propice à l' « omerta ».....	42
PARTIE 3 : La qualification des violences obstétricales depuis la perspective des sages-femmes	47
1. L'intersubjectivité de la notion de violences obstétricale : à la recherche d'outils de compréhension d'un vécu violent	47
a. Les violences obstétricales : un problème de communication ?	48
b. Quand les violences ont été vécues : revenir sur les événements dans une logique de réparation.....	49
c. Des sages-femmes impactées : quelles voies pour en parler ?.....	51
2. La « zone grise », un outil de qualification des violences obstétricales.....	52

a. Les violences obstétricales : des violences « évidentes » et celles qui le sont moins	53
b. Des violences « ordinaires » ?	55
3.Reconnaître les violences en tant que soignant imbriqué dans un système hospitalier : analyse du récit de sage-femmes hospitalières.....	56
CONCLUSION.....	71
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	73
ANNEXES.....	77
Annexe Ia : Grille d’entretien	77
Annexe Ib : Plaquettes de témoignages.....	78
Annexe II : Données des entretiens.....	80
Annexe III : Résumé	81

« *Entre la vie et la mort, les femmes choisissent toujours la liberté.* ».

Chantal Birman

INTRODUCTION

Depuis les années 1950-1960, on assiste à une biomédicalisation et une technicisation de l'accouchement dans les hôpitaux qui ont indéniablement permis de réduire la mortalité maternelle et infantile et les complications liées à l'accouchement. Toutefois, certains courants de pensées intellectuels et militants ont émis des critiques, soulignant que cette médicalisation conduit à un accroissement du contrôle et de l'appropriation de corps des femmes par l'institution médicale¹. En effet, leurs revendications se basent sur l'observation de progrès médicaux, indéniables, qui se feraient au détriment du respect de l'intégrité physique, mentale et sociale des femmes, voire à des pratiques non justifiées sur un plan médical².

Dans ce contexte de médicalisation de l'accouchement et de la naissance, les « violences obstétricales »³ sont dénoncées en Amérique du Sud par les soignants depuis le début des années 2000⁴ et qui trouve écho dans de nombreux pays du monde. En France et notamment en Belgique, cette mobilisation n'est pas portée par les soignants mais par d'autres milieu tels que les milieux militants féministes. Il faudra attendre 2013 que Marie-Hélène Lahaye, juriste belge, ouvre son blog « Marie accouche-là » pour que la notion de « violence obstétricale » fasse irruption dans le débat public. Ainsi, un mouvement comparable à la dynamique du mouvement #MeToo se crée, façonnant ainsi la notion de « violence obstétricale ». Nous pouvons citer les hashtags #PayeTonUtérus en novembre 2014, #PayeTonAccouchement ou #ViolencesObstétricales qui ont permis de donner de la visibilité à la problématique.

¹ Topçu, S. (2021). Obstétrique, (non)violence et féminisme. Un regard sociohistorique. *Cahiers du Genre*, 71(2), 81-106. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0081>

² Rozée, V., & Schantz, C. (2021). Les violences gynécologiques et obstétricales : Construction d'une question politique et de santé publique. *Santé Publique*, 33(5), 629-634. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0629>

³ Pour introduire le sujet, nous avons choisi de parler de « violences obstétricales », puis au fil de l'étude, les guillemets seront enlevés pour des raisons justifiées dans l'introduction.

⁴ Salles, C. (2021). Le rôle des représentations visuelles et audiovisuelles dans la reconnaissance de la notion de « violences obstétricales » en France et en Belgique. *Santé Publique*, 33(5), 655-662. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0655>

Grâce à son blog, Marie-Hélène Delahaye reçoit ainsi des témoignages de victimes qu'elle ne rendra pas public mais qui feront prendre conscience de l'ampleur du phénomène et du manque de données et de travaux de recherche. En parallèle, la loi Kouchner du 4 mars 2002⁵ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé va permettre la mobilisation active d'associations des droits des usagers ayant ainsi de plus en plus d'impact dans les différentes sphères sociales en particulier celui monde médical. On pense ainsi au Collectif Inter Associatif autour de la Naissance (CIANE) constitué d'associations françaises concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie. En effet, au même moment le CIANE envoie des dossiers d'alerte aux institutions du monde gynécologique et obstétrical ainsi qu'aux médias sur la question des violences obstétricales⁶.

C'est dans cette dynamique que l'on assiste à une reconnaissance politique des violences obstétricales. A l'été 2017, Marlène Schiappa, la Secrétaire d'Etat française à l'égalité entre les femmes et les hommes, annonce devant le Sénat la publication à venir d'un rapport piloté par le Haut Conseil à l'Egalité sur les violences obstétricales et gynécologiques qui sortira l'année suivante⁷. La définition des violences obstétricales proposée par l'HCE permet ainsi de dénoncer le « caractère systémique et historique du système médical sur le corps de la femme »⁸.

La problématique trouve ainsi sa place dans la sphère publique avec une réelle légitimité. Les témoignages sont encore recueillis chaque jour sur les réseaux sociaux, notamment par Sonia Bisch, porte-parole du collectif « Stop aux violences

⁵ LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), 2002-303 (2002).

⁶ CIANE – Dossier Violences Obstétricales - Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2017/10/Dossier-Ciane-Violences-Obstetricales-oct-2017.pdf>

⁷ Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE). Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées : Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme. Rapport n°2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018.

⁸ Azcué, M., & Tain, L. (2021). L'émergence du concept de « violence obstétricale » : L'impact du mouvement féministe. *Santé Publique*, 33(5), 635-643. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0635>

obstétricales et gynécologiques » (« StopVOG France »)⁹. Sur son compte Instagram, elle recueille environ 200 témoignages par mois. Elle a aidé à l'élaboration de mouvements tels que #StopAccouchementMasqué pendant la pandémie Covid19 qui a permis un intérêt de la part des médias et donc une plus grande visibilité des violences obstétricales et gynécologiques. Aujourd'hui à travers ce collectif, elle participe entre autres à l'élaboration de propositions de lois afin que les violences obstétricales s'inscrivent dans la loi française en prenant exemple sur la reconnaissance et les sanctions légales présentes en Argentine et au Venezuela¹⁰. En effet, en Amérique latine les mouvements militants ont permis que des notions juridiques telles que le féminicide¹¹ soient rentrées pour la première fois dans la loi. Ainsi, ces notions juridiques se sont développées de manière plus précoce qu'en Europe.

Nous pouvons donc observer comment la problématique des « violences obstétricales » reflète le point de vue des patientes. En revanche, dans le monde médical obstétrical, la question n'a été que très peu analysée du côté des représentations des professionnels de santé, en particulier celui des sages-femmes.

Du côté des soignants, ce que nous observons aujourd'hui se traduit par des résistances du monde médical, en articulant le débat autour du vocabulaire, de la notion-même de « violence », qu'il est difficile d'accepter en tant que professionnel de santé. Le Conseil National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) répond à Marlène Schiappa par le biais d'une lettre ouverte dès la publication de son rapport en 2017 en disant : « *Lorsque vous parlez de violences obstétricales, vous maltraitez notre profession dans son ensemble.* »¹² Quelques mois plus tard, le

⁹ StopVOGfr (@stopvogfr) • Photos et vidéos Instagram [Internet] Disponible sur : <https://www.instagram.com/stopvogfr/>

¹⁰ Conseil de l'Europe (APCE) – Doc. 14965 (2019) - Violences obstétricales et gynécologiques [Internet]. Disponible sur : <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=28108&lang=FR>

¹¹ ritimo. 2020. En Amérique latine, introduction du féminicide dans la loi. Disponible sur: <https://www.ritimo.org/En-Amerique-latine-introduction-du-feminicide-dans-la-loi>

¹² CNGOF. Lettre ouverte à Mme Marlène SCHIAPPA [communiqué de presse en ligne] 17 juillet 2017. Disponible sur : https://cngof.fr/app/pdf/Medias/Communiqu%C3%A9s%20de%20Presse//17-07-22%20Lettre%20ouverte%20%C3%A0%20Mme_Schiappa.pdf?x13417

CNGOF lance un mouvement « stop au gynéco-bashing » en réponse aux nombreux témoignages recueillis sur les réseaux sociaux à la suite du rapport de l'HCE qualifié de « déferlement médiatique » qui aurait comme effet de discréditer l'ensemble de cette spécialité médicale.¹³ Ainsi, on observe une réaction du milieu médical qui compare l'ouverture de la parole à une délation et une mise en accusation grave de la profession. L'Académie de médecine, elle, utilise le mot de « bienveillance » ou d'« actes inappropriés » repris par les professionnels de santé, notamment les sages-femmes.¹⁴

Nous faisons face à l'ampleur du phénomène à travers les témoignages recueillis d'un côté, et de l'autre côté au rejet voire déni des violences obstétricales. Nous assistons à une distorsion entre vécu des patientes et ressenti des professionnels. Le but de cette étude était de confronter l'expérience des patientes vécues comme violentes à travers les témoignages recueillis sur les réseaux sociaux aux professionnels de santé, en particulier les sages-femmes hospitalières.

Sur les réseaux sociaux le terme le plus communément utilisé est celui de VOG pour « violences obstétricales et gynécologiques » qui regroupe ainsi les violences non seulement obstétricales mais aussi gynécologiques. Si nous avons conscience que les enjeux peuvent différer, elles restent reliées par l'atteinte de cette violence sur le corps des femmes dans le cadre du soin. Notre terrain de recherche était basé sur neuf entretiens semi-qualitatifs avec des sages-femmes hospitalières pratiquant en salle d'accouchement et accompagnant des femmes enceintes et des parturientes¹⁵. C'est pour cette raison que nous avons choisi de nous focaliser sur le penchant « obstétrical » des violences vécues par les patientes, mettant de côté, le temps du travail d'analyse, le penchant « gynécologique ».

¹³ CNGOF. Stop au gynéco-bashing [communiqué de presse en ligne] 17 juillet 2017. Disponible sur : <https://www.theragora.fr/communiqués/CP-Gynecobashing-917.pdf>

¹⁴ Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. Violences obstétricales : l'Académie de médecine se prononce. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/violences-obstetricales-lacademie-de-medecine-se-prononce/>

¹⁵ La parturiente correspond à la femme qui est en train d'accoucher.

En outre, nous précisons que l'expression de « violences » obstétricales a été choisi tout au long de cette étude. En effet, plusieurs termes sont aujourd'hui employés dans la littérature et les expressions diffèrent selon les points de vue. Dans les domaines scientifiques médicaux ou de santé publique, les auteurs utilisent les termes d'« intégrité à la naissance »¹⁶ ou encore de « maltraitance des femmes au cours de leur accouchement »¹⁷ (*mistreatment of women during childbirth*). Dans cet espace de controverses, il nous a semblé important de préciser que nous avons eu la volonté d'utiliser le terme de « violence » dans la mesure où cette expression permet de reprendre la construction sociale liée à la violence de genre et rentre dans la lutte plus globale des violences faites aux femmes. Selon Jalna Hanmer : « *C'est une définition de femme ; elle part du point de vue de la victime* » (Hanmer, 1977). Ainsi, le terme de « violence » sera repris comme une catégorie forgée à partir de l'expérience vécue des patientes.¹⁸ Ainsi, il ne sera pas question de qualifier ce qui relève de la violence ou non mais plutôt de suivre l'approche théorique suivante : parler de violence à partir du moment où elle est exprimée comme telle.

L'échec de consensus actuel dans la communauté scientifique sur la définition des violences obstétricales et de son périmètre a pour conséquence le manque de données épidémiologiques et de recherches quantitatives¹⁹ qui aurait pu permettre d'illustrer l'ampleur du phénomène dans la population générale. En effet, mesurer un phénomène implique une opération de catégorisation : qu'est-ce qu'une violence, qu'est-ce qui en relève, qu'est-ce qui en est exclu ?... Nous espérons que les enquêtes quantitatives à venir permettront de jeter une nouvelle lumière sur la problématique des violences obstétricales.

¹⁶ Batram-Zantvoort, S., Razum, O., & Miani, C. (2021). Un regard théorique sur l'intégrité à la naissance : Médicalisation, théories du risque, embodiment et intersectionnalité. *Santé Publique*, 33(5), 645-654. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0645>

¹⁷ Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., McLemore, M., Cadena, M., Nethery, E., Rushton, E., Schummers, L., Declercq, E., & the GVtM-US Steering Council. (2019). The Giving Voice to Mothers study : Inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, 16(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>

¹⁸ Brown, E., Debauche, A., & Mazuy, M. (2020). Introduction. In C. Hamel (Éd.), *Violences et rapports de genre : Enquête sur les violences de genre en France* (p. 29-35). Ined Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.ined.14804>

¹⁹ Schalck, C., Gagnon, R., & Bisch, S. (2023). *Violences obstétricales et gynécologiques : Que fait-on de la parole des femmes?* Editions L'Harmattan. https://books.google.fr/books?id=fV_fEAAAQBAJ

La question des mécanismes expliquant l'existence et la persistance du phénomène nous semble trop ambitieuse à traiter. A l'échelle de ce mémoire de recherche, nous avons décidé de resserrer la focale sur l'analyse de l'expression du vécu de soignant (les sages-femmes) dans l'univers professionnel obstétrical à travers une problématique qui fait débat : les violences obstétricales. Cela nous permet de contribuer à la compréhension de mécanismes plus larges, en éclairant l'aspect spécifique du système dans lequel se perpétuent les violences obstétricales.

En tant que future sage-femme, la question des violences obstétricales est une problématique qui permet une remise en question de sa pratique et fait partie intégrante des réflexions pour l'améliorer. Il est donc pertinent de se pencher sur un sujet si complexe qui fait encore débat dans le monde professionnel obstétrical afin d'améliorer notre prise en charge du vécu des patientes. Pour ma part, j'ai commencé les études de sage-femme en 2020 et été moi-même rapidement confrontée à la problématique des violences obstétricales grâce au réseaux sociaux dans un premier temps, puis sur le terrain en stage. Ce que j'ai pu observer durant ces dernières années est que le sujet est encore tabou mais que certaines sages-femmes ont envie d'en discuter et en parlent surtout lorsqu'elles se sentent en confiance. Face à cette expérience personnelle et les questions de recherche qu'elle ouvre, nous nous sommes posé la question suivante : **Comment les récits de violences obstétricales des patientes permettent de révéler les tensions dans lesquelles sont prises les sages-femmes à l'hôpital, en tant que groupe professionnel et dans l'expérience individuelle en tant que soignante ?** Ce mémoire portera ainsi sur le vécu professionnel des sages-femmes hospitalières au prisme des violences obstétricales. Il aspire à éclairer l'hôpital par cette entrée, l'hôpital comme lieu de délivrance de soins et de prise en charge médicale, l'hôpital comme institution, l'hôpital comme lieu de rencontre entre soignants et patients. Un hôpital qui, comme nous le verrons, est traversé par des hiérarchies et qui peut s'avérer comme un lieu de tensions

MATERIEL ET METHODES

Pour répondre à cette problématique, nous avons décidé de partir du récit des sages-femmes hospitalières en les faisant réagir, à partir d'une grille d'entretien originale aux témoignages de patientes victimes de violences obstétricales sélectionnés sur les réseaux sociaux. Nous avons voulu partir d'un phénomène, d'un débat public et d'une question de santé publique qui touche et vient interroger la profession des sages-femmes à plusieurs niveaux dans l'objectif d'en faire émerger leurs représentations et leurs expériences.

Ce travail a non seulement pour ambition d'apporter des éléments de compréhension, mais également, à la lumière de ce mémoire, de proposer des pistes de réflexion et d'action pour prendre à bras le corps cette question des violences obstétricales.

Nous avons décidé de mener une étude sociologique à travers une posture inductive dans l'analyse de nos matériaux en partant des faits observés à travers nos entretiens pour pouvoir les analyser à travers les différentes théories sociologiques générales.²⁰

Une enquête par entretiens auprès de sages-femmes hospitalières

Dans un premier temps, nous avons réfléchi à mener une enquête autour de plusieurs professions différentes du monde obstétrical : des sages-femmes, des gynécologues-obstétriciens, des auxiliaires de puéricultures, des anesthésistes... Si des raisons de faisabilité nous ont conduit à restreindre le nombre de professionnels interrogés, cela se justifie du point de vue de la recherche menée. En ayant réussi à rassembler un corpus de neuf entretiens, nous pouvons comparer les entretiens entre eux et faire émerger des variations. Cette étude n'avait pas vocation à être représentatif de l'ensemble de la profession. Nous avons donc choisi de nous concentrer sur les sages-femmes hospitalières pour les raisons qui seront développées dans le mémoire.

²⁰ Martin, O. (2012). Induction-déduction. *Sociologie*. <https://journals.openedition.org/sociologie/1594>

Afin de répondre à notre objectif, nous avons choisi une approche qualitative²¹ à l'aide d'entretiens semi-directifs²². Nous avons trouvé intéressant d'interroger des **sages-femmes hospitalières** pratiquant en salle de naissance dans des maternités de différents niveaux (II et III) dans Lyon et ses alentours. Nous avons volontairement évité les maternités de niveau I qui sont des structures moins médicalisées : nous émettons donc l'hypothèse selon laquelle les structures centrées sur la physiologie peuvent être moins propices à l'émergence de violences obstétricales. Ainsi, nous avons menés neuf entretiens individuels d'une quarantaine de minutes dans des lieux variés explicités ci-après.

La grille d'entretien a été construite en s'inspirant de mon expérience personnelle. En effet, j'ai été moi-même confrontée à la question des violences obstétricales au tout début de mes études, lors de la première année commune aux études de santé (PACES) via les réseaux sociaux notamment Instagram. Au fil des années d'études, j'ai eu l'occasion de discuter de la problématique avec d'autres étudiant.es sages-femmes en leur montrant les témoignages auxquels j'étais confrontée, ce qui a souvent permis d'ouvrir une discussion plus large autour de problématiques rencontrées à l'hôpital particulièrement pendant nos stages. Nous avons donc réfléchi à une grille d'entretien originale (cf. Annexes 1a et 1b) qui permettait de confronter l'expérience des patientes à celle des sages-femmes afin qu'il en découle une discussion autour du vécu subjectif des événements. Nous nous sommes donc basés sur des témoignages pour interroger 6 thématiques sélectionnées englobant la problématique, expliquées ci-dessous.

Nous avons confronté les sages-femmes interrogées²³ à des témoignages recueillis sur les réseaux sociaux à travers notamment le compte Instagram @StopVOG. Sonia Bisch, fondatrice de ce compte, recueille de nombreux témoignages tous les mois, les sélectionne puis les retranscrits sous forme de post.

²¹ Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-138.

²² Combessie, J.-C. (2007). II. *L'entretien semi-directif: Vol. 5e éd.* (p. 24-32). La Découverte. <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-p-24.htm>

²³ Le nombre de sages-femmes « femmes » étant exclusivement des femmes, à une exception près, nous parlons des sages-femmes au féminin tout au long de ce travail de recherche. De plus, la profession est féminisée à 97,2% en 2023 nous nous rapprochons donc ainsi des taux de féminisation de la profession.

Nous avons également sélectionné des témoignages provenant d'un autre compte Instagram @iamnimera (anciennement @balancetonuterus puis @lovetonuterus). Ainsi, nous avons choisi 6 posts Instagram différents appelées « plaquettes » de témoignages inspirées par les multiples définitions existantes des violences obstétricales. (HCE²⁴, CIANE²⁵, et d'autres^{26,27}...) Les éléments retenus sont communs à toutes ces définitions en France et semblent être les points les plus controversés dans l'acceptation des violences obstétricales par les professionnels de santé. Les 6 thématiques abordées à travers les témoignages ont été :

- Le consentement,
- La mauvaise prise en charge ou déni de la douleur,
- La violence verbale,
- L'absence d'accompagnement/de bienveillance,
- La brutalité dans les gestes, les comportements – le non-respect de l'intimité et de la pudeur,
- L'absence de réaction du professionnel face à une situation de violences obstétricales.

L'objectif était de pouvoir balayer de la façon la plus large possible la question des violences obstétricale et de ne pas imposer une focale pour laisser émerger les discours de la façon la plus libre possible.

²⁴ Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE). Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées : Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme. Rapport n°2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018.

²⁵ Violences obstétricales: comprendre, prévenir, réparer – CIANE. [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: <https://ciane.net/2017/10/violences-obstetricales-comprendre-prevenir-reparer/>

²⁶ 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 Medicine. 30 juin 2015;12(6):e1001847.

²⁷ Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L., & Rousseau, C. (2018). La violence obstétricale dans les soins de santé : Une analyse conceptuelle. *Recherches féministes*, 31(1), 219-238. <https://doi.org/10.7202/1050662ar>

Déroulement de l'étude et recueil de données

Les entretiens ont été réalisés entre le 20 octobre 2023 et le 6 janvier 2024. Le recrutement des sages-femmes s'est fait par le biais de mes stages en maternité ainsi que par le contact des sages-femmes cadres en maternité. L'organisation des entretiens a amené à des questionnements autour du lieu idéal de l'entretien. Puis finalement, après discussion avec les sages-femmes, nous avons pu échanger dans des lieux variés allant du domicile de la sage-femme jusqu'à des cafés dans un lieu public en passant par l'école de sage-femme ou le centre hospitalier de la sage-femme en activité. La durée des entretiens a été variable : 34 minutes pour le plus court (l'entretien s'est organisé sur le lieu de travail avant la garde de nuit de la sage-femme interrogée) et 52 minutes pour le plus long. (Annexe 2)

Tous les entretiens se sont déroulés en face-à-face. Nous avons garanti l'anonymat afin que chaque sage-femme puisse se sentir en confiance et sécurité pour la délivrance des informations et des anecdotes liées au sujet. Nous avons mené la plupart des entretiens en tutoiement à l'exception de deux entretiens : une avec une sage-femme plus âgée pratiquant dans le domaine hospitalier depuis une vingtaine d'années, l'autre avec une sage-femme enseignante. Avec leur accord, les échanges ont été chacun enregistrés sur le téléphone puis détruits après leur retranscription.

Les entretiens marqués par des échanges sans présence de longs silences ou d'incompréhension dans l'ensemble. Cette fluidité s'est retrouvée en particulier avec les sages-femmes avec qui j'avais une proximité en termes d'âge (et de genre) mais aussi en termes de goûts, avec une certaine proximité sociale. Plusieurs sages-femmes ont reconnu les comptes Instagram dont ont été issus les témoignages. Avec certaines sages-femmes, la complicité était présente et nous a permis de pousser plus loin les analyses et le récit des expériences. L'utilisation du tutoiement a été vectrice d'une certaine proximité. Elle s'est également manifestée dans le vocabulaire utilisé par les sages-femmes que nous pouvons qualifier de « familial », mais aussi à travers l'utilisation de termes faisant partie d'un vocabulaire exprimant une sensibilité militante. Ce sont ces mêmes sages-femmes qui ont exprimé de l'engouement pour l'entretien : elles ont trouvé l'objet de recherche pertinent et ont perçus un réel intérêt pour le développement de la profession.

Les données recueillies ont été analysées à travers une méthodologie d'analyse thématique.²⁸ Nous avons retranscrit les entretiens, puis procédé à un codage par thématiques. Au fil des lectures répétées des entretiens, nous en avons fait émerger deux thématiques principales qui se retrouvent dans le plan de ce mémoire : la révélation d'un système hospitalier et une qualification des violences obstétricales à travers leur regard. Nous avons alors sélectionné les verbatim les plus pertinents pour illustrer et démontrer notre propos.

Déontologie

Nous avons pris contact avec les sages-femmes par mail ou téléphone pour fixer un rendez-vous, puis lors de notre rencontre nous avons d'abord fait rapide connaissance. Nous leur avons présenté notre démarche (la grille d'entretien avec des témoignages recueillis sur les réseaux sociaux) et notre objectif de recherche. Au début de chaque entretien, un consentement oral a été demandé à chacune des sages-femmes afin de savoir s'ils autorisaient l'enregistrement audio des entretiens ainsi que leur retranscription et leur anonymisation. Pour garantir leur anonymat nous avons modifié le prénom des personnes interrogées : un prénom fictif leur a été attribué.²⁹

Forces et limites de l'étude

Il existe un biais de sélection à la méthode de recrutement effectuée à travers les cadres de maternités choisis stratégiquement. L'information n'a pas toujours été largement diffusée aux sages-femmes en activité dans les services par les cadres de maternité. De plus, après discussion avec certaines sages-femmes, la motivation était décroissante lorsqu'il s'agissait d'entretiens longs comme d'abord estimé dans la première vague de mail (1h environ). Le sujet étant au cœur de l'actualité et assez controversé, les sages-femmes ayant répondu avaient l'air en majorité déjà assez renseignées sur le sujet. En revanche, il n'y a pas eu de refus explicite.

²⁸ Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). Chapitre 11. L'analyse thématique. In *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales: Vol. 4e éd.* (p. 235-312). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2016.01.0235>

²⁹ Zolesio E, « Anonymiser les enquêtés », dans revue *Interrogations ?*, N°12 - Quoi de neuf dans le salariat ?, juin 2011 [en ligne], <https://www.revue-interrogations.org/Anonymiser-les-enquetes>

Limites de l'étude :

Les sages-femmes interrogées ont des années d'expérience assez variées, allant de quelques mois à une vingtaine d'années. Il aurait été intéressant de mener des entretiens avec des sages-femmes pratiquant depuis plus longtemps dans le milieu hospitalier, en particulier en salle d'accouchement. Les témoignages présentés n'ont pas toujours été simples à analyser pour les sages-femmes du fait de la sidération à leur échelle personnelle que pouvait provoquer certaines situations de violence.

Forces de l'étude :

La réalisation d'entretiens semi-directifs avec une grille visuelle et originale a permis l'ouverture de longues discussions et le recueil de multiples récits. Les sages-femmes ont pu parler sans tabou et ont eu la possibilité de se livrer sur certaines difficultés liées à la question dans leur quotidien de professionnel. C'est une grille d'entretien qui a la force d'être vectrice de l'expression d'un vécu et d'anecdotes qui n'ont pas toujours la place d'être racontés dans un quotidien dans le milieu hospitalier.

Dans ce mémoire de recherche, nous procéderons en trois temps. Après une introduction ayant mis en lumière la généalogie du concept de violences obstétricales et montré qu'elle s'ancre dans la réflexivité hospitalière et les mouvements féministes, nous allons, dans une première partie, revenir sur les bouleversements qu'a connus le champ de la périnatalité (au cours du XXème siècle et début du XXIème siècle). Dans la deuxième et la troisième partie, nous analyserons les entretiens avec les sages-femmes : comment analysent-elles, au prisme des violences obstétricales, le système de santé dans laquelle elles évoluent ? Quelles sont leur qualification, à leur échelle personnelle de professionnelle, des violences obstétricales ?

RESULTATS

PARTIE 1 : Les bouleversements de la périnatalité française au XXe siècle : un contexte hospitalier remis en question par les sages-femmes et les patientes

L'histoire de la périnatalité en France au siècle dernier est marquée par des transformations profondes au niveau de l'organisation des lieux de naissances. Ces changements ont entraîné des conséquences sur les pratiques de l'obstétrique, orientant les patientes vers un cadre plus médicalisé. La première partie de notre étude propose donc d'analyser les dynamiques socio-historiques qui ont conduit à ces évolutions. Puis dans un second temps, nous verrons les répercussions que ces changements ont provoqué sur le corps de métier des sages-femmes puis dernièrement les conséquences que cela a entraîné sur la prise en charge des patientes.

1. Une réorganisation de la naissance en France : perspective socio-historique

Dans cette première sous-partie, nous explorerons le phénomène du « grand déménagement » de la naissance, des foyers vers les hôpitaux qui s'étale du début du XXe siècle à nos jours. Puis, nous analyserons les conséquences de ce phénomène au niveau de l'organisation des soins hospitaliers.

a. Le « grand déménagement » de la naissance en France au XXe siècle

De nombreux travaux ont montré l'ampleur des bouleversements qu'a connu l'organisation des naissances en France au cours du XXème siècle. En 1931, 80% des accouchements se font encore à domicile. La période qui suit est alors marquée par le concept du « grand déménagement »³⁰, entendu comme le déménagement de la naissance du cadre privé (à domicile), vers l'hôpital sous surveillance médicale. En effet, au milieu du XXe siècle, dans une France de l'après-guerre marquée par une

³⁰ Thébaud, F. (2010). Du soin et rien d'autre ? Les logiques sociales du grand déménagement. *Spirale*, 54(2), 31-37. <https://doi.org/10.3917/spi.054.0031>

politique nataliste, on assiste progressivement à l'installation d'une nouvelle norme de lieu de naissance : le milieu hospitalier. Ainsi, en 1952, 53 % des naissances ont lieu à l'hôpital ; en 1962, 85 % puis dès les années 2000 ce chiffre n'a cessé d'augmenter³¹ avec aujourd'hui la quasi-totalité des naissances en hospitalier (moins de 1% des accouchements ont lieu à domicile).

b. Les décrets de 1998 : vers une organisation des soins en réseau

Ce bouleversement a eu comme conséquence une médicalisation indéniable de la grossesse et de l'accouchement. Ainsi, les maternités ont été contraintes de s'organiser et se regrouper ; c'est dans ce contexte que, juridiquement parlant, un nouveau cadre va se mettre en place dans l'objectif de la réduction de la morbidité et de la mortalité périnatale. Nous pouvons ainsi citer les décrets de Périnatalité du 9 octobre 1998³² qui permettent une définition d'un cadre réglementaire pour l'organisation des maternités. On assiste donc à une organisation des soins en réseau, selon le niveau de risque périnatal pour la patiente et pour le nouveau-né.

L'objectif est d'orienter les femmes enceintes vers les structures adaptés à ces niveaux de risques. Quatre types de maternité sont ainsi possibles :

- *Un établissement est dit de **type 1** s'il possède un service d'obstétrique,*
- *De **type 2a** s'il dispose aussi d'un service de néonatalogie,*
- *De **type 2b** s'il a aussi un service de soins intensifs néonataux*
- *De **type 3** s'il dispose d'un service de réanimation néonatale sur le même site que les trois services précédents (obstétrique, néonatalogie et soins intensifs néonataux).*

³¹ Charrier, P., & Clavandier, G. (2013). Chapitre 4—Lieux et organisation de la naissance. In *Sociologie de la naissance* (p. 103-139). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.charr.2013.01.0103>

³² Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets) - Légifrance [Internet]

En 2015, une maternité de type III réalisait 3 145 accouchements pour 1 700 pour un type 2 et 795 pour un type 1.³³ Ainsi, on assiste à une spécialisation et une centralisation des activités dans les grandes maternités.

c. Vers une disparition des « petites » maternités ?

Ainsi, depuis le « grand déménagement », l'organisation des maternités a ainsi connu plusieurs changements. Régulièrement, une enquête nationale périnatale (ENP) est menée pour mettre à jour différents indicateurs du champ de la périnatalité. Cette enquête porte sur de nombreux aspects de la périnatalité et recueille notamment des informations sur l'état de santé des mères et des nouveau-nés, sur les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement. La dernière enquête date de 2021.³⁴ On dénombre alors 456 maternités en 2021 en France soit une baisse de près de 50% du nombre de maternité depuis 1995, alors que le taux de naissance vivantes en France est relativement stable (N.B. taux historiquement le plus faible depuis 1995 enregistré en 2020 (contexte pandémie covid)). Cette dynamique de fermeture est particulièrement expérimentée par les petites maternités, celles de type 1, considérées aujourd'hui comme moins « secure »³⁵ mais aussi moins rentables. Ainsi, ces changements ont été expérimentés sur le terrain par les professionnels de santé des maternités.

Nous avons ainsi brièvement introduit comment s'est construit le système hospitalier des maternités tel qu'il est organisé aujourd'hui. Nous pouvons en conclure que les politiques publiques de santé et de son organisation ont eu des répercussions sur le cadre de travail des professionnels qui s'illustre par la fermeture des « petites » maternités. De plus ces bouleversements ont été expérimentés par les

³³ DRESS - Fiche 21 - La naissance - les maternités (drees.solidarites-sante.gouv.fr). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/Fiche%2021%20-%20La%20naissance%20-%20les%20maternit%C3%A9s.pdf>

³⁴ Cinelli H, Lelong N, Le Ray C et ENP2021 Study group. Rapport de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 en France métropolitaine : Les naissances, le suivi à 2 mois et les établissements – Situation et évolution depuis 2016. Inserm, Octobre 2022. Disponible sur le site <https://enp.inserm.fr>

³⁵ Rapport 23-05. Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : Organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence. – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/planification-dune-politique-en-matiere-de-perinatalite-en-france-organiser-la-continuite-des-soins-est-une-necessite-et-une-urgence/>

professionnels sur le terrain, il s'agira donc d'analyser leurs réactions face à ce nouveau système hospitalier.

2. Un nouveau cadre hospitalier technicisé et médicalisé contesté par les sages-femmes

Le nouveau cadre hospitalier connu depuis les décrets de 1998 mène aujourd'hui à des revendications de la part des sages-femmes qui expérimentent ces changements sur le terrain. Nous allons nous focaliser dans cette partie sur le contexte et les conditions de travail des sages-femmes qui ont mené à ces protestations dans leur corps de métier.

a. Les conséquences des décrets de 1998 sur les conditions de travail des sages-femmes

Selon la DREES (Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques), on dénombre 24 354 sages-femmes inscrits au tableau de l'Ordre des sages-femmes en 2023 dont 2,8% de sages-femmes hommes. L'exercice salarié hospitalier reste majoritaire avec 57% de la profession. Elles pratiquent la majorité des accouchements dans le secteur hospitalier : 57,1% des accouchements sont pratiqués par les sages-femmes selon l'enquête nationale périnatale de 2021.

Le second des décrets de 1998 fixe les conditions techniques de fonctionnement que les établissements de santé, publics ou privés doivent respecter en termes de locaux, d'équipements et de présence des personnels médicaux spécialisés : sages-femmes, médecins, personnels paramédicaux.

Selon Philippe Charrier, dans son ouvrage « Sociologie de la naissance », les professionnels de santé travaillant dans un niveau de maternité plus élevé, particulièrement les sages-femmes, ont une vision de plus en plus péjorative de leurs conditions de travail : « L'analyse des discours tend à indiquer que ces professionnels, notamment les sages-femmes, vivent désormais leur implication comme une production quelconque, standardisée et anonyme, ce d'autant plus s'ils exercent dans des structures de grande taille. La qualification « d'usine à bébé », très péjorative, ne doit pas être retenue comme un simple effet de langage (Charrier, 2011). Au-delà du désarroi qu'elle exprime sur les conditions de travail, cette

expression renvoie à l'idée de production rapide, indifférenciée et standardisée, conditions qui sont opposées à toute forme d'institutionnalisation qui exige un temps à la fois long mais surtout, particulier et différencié ». ³⁶

Ainsi, la transformation de la naissance a également mené à des transformations de la profession des sages-femmes et de leurs conditions de travail.

b. Une femme = une sage-femme : pour une prise en charge de meilleure qualité

C'est dans cette dynamique que la profession a connu plusieurs de revendications nationales avec récemment, celle la révision des décrets de 1998 qui sont qualifiées d'« obsolètes » par les sages-femmes. Les revendications portent sur plusieurs points. L'évolution des attentes des femmes tendent aujourd'hui de plus en plus vers un retour à la physiologie. « *Face à la logique de concentration des naissances en des pôles toujours plus technicisés, on assiste à l'émergence de mouvements alternatifs qui prônent un accompagnement moins médicalisé et davantage sur le registre du « prendre soin »* ». ³⁷ Selon les recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé) en 2018 il nécessaire que : « *toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté selon leur demande, au cours du travail et de l'accouchement* ». Cependant, les sages-femmes pratiquant en salle de naissances sont amenées en moyenne à prendre en charge jusqu'à 3 patientes en simultanées par garde de 12h et se retrouve donc parfois dans l'impossibilité d'accompagner correctement les patientes. On assiste ainsi à un ratio entre nombre de patientes et nombre de professionnels qui sont ne sont plus praticables aujourd'hui tels que définis par les décrets. De plus, le risque d'évènements indésirables est accru quand les professionnels sont en sous-effectifs. Le Conseil National des Sages-femmes (CNSF) ajoute que : « *outré le risque médical encouru par la femme enceinte et son nouveau-né, l'effectif insuffisant des sages-femmes conduit à deux phénomènes reconnus :*

- *Une exaspération des professionnels avec un risque de burn-out ;*

³⁶ Charrier, P., & Clavandier, G. (2013). Chapitre 4—Lieux et organisation de la naissance. In *Sociologie de la naissance* (p. 103-139). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.charr.2013.01.0103>

³⁷ Charrier, P., & Clavandier, G. (2013). Chapitre 4—Lieux et organisation de la naissance. In *Sociologie de la naissance* (p. 103-139). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.charr.2013.01.0103> p.105

- *Une maltraitance institutionnelle, voire de violence obstétricale faute de temps pour accompagner les familles. »*³⁸

C'est également ce qui est revendiqué par le mouvement « 1 femme = 1 sage-femme » lancé par Anna Roy³⁹ sur les réseaux sociaux et repris par les sages-femmes hospitalières en 2020, qui dénonce le manque d'effectif et les conséquences néfastes sur la prise en charge des patientes.

Ainsi, la profession de sage-femme ayant vécu des transformations à plusieurs niveaux, se bat aujourd'hui pour que des changements s'opèrent pour une meilleure prise en charge des patientes. Qu'en est-il de la patientèle des maternités ? Comment ont-elles vécu ces bouleversements ?

3. Des mouvements de revendications du côté des patientes : focus sur les violences obstétricales

Nous avons ainsi analysé les bouleversements de la naissance en France qui ont entraîné des répercussions sur les conditions de travail au niveau des professionnels. Qu'en est-il du côté des patientes ?

Selon l'anthropologue Catherine Thomas, « *l'histoire de la profession de sage-femme est intrinsèquement liée aux vécus des femmes, à leurs expériences singulières de l'accouchement. La médicalisation caractérise l'accouchement moderne et a longtemps été considérée comme un processus inévitable, l'unique facteur de sécurité obstétricale. Ses effets sur le vécu des parturientes et leur relation au nouveau-né, sa violence parfois, tant réelle que symbolique, ainsi que ses conséquences sur les conditions de travail des sages-femmes et la remise en question de leur identité professionnelle, sont longtemps restés sous silence. »*⁴⁰

³⁸Tessier MV. Collège National des Sages-femmes de France. 2019. La contribution du CNSF sur l'Organisation des plateaux techniques en périnatalité et effectifs sages-femmes. Disponible sur: <https://www.cnsf.asso.fr/un-document-cnsf-sur-lorganisation-des-plateaux-techniques-en-perinatalite-et-effectifs-sages-femmes/>

³⁹ *La maison des Maternelles 1 femme = 1 sage-femme : Pétition pour une naissance respectée.* (2020, novembre 19). <https://www.france.tv/france-2/la-maison-des-maternelles/5509725-1-femme-1-sage-femme-petition-pour-une-naissance-respectee.html>

⁴⁰ Thomas, C., Morel, M.-F., & Gunzbourg, H. de. (2022). *Sage-femme, gardienne de l'eutocie ? Approche anthropologique du savoir-faire des sages-femmes.* Érès éditions.

a. Les mouvements féministes en première ligne

Dans ce contexte de médicalisation croissante de la naissance, des effets délétères découlent sur le ressenti des patientes. Dès les années 1970, plusieurs mouvements féministes critiquent la médicalisation historique et excessive de l'accouchement comme outil d'appropriation du corps de la femme. Puis, avec la plus récente vague féministe, dans la continuité du mouvement #MeToo et grâce aux réseaux sociaux, on assiste à une ouverture de la parole qui permet un lieu de partage de l'expérience de l'intime, de l'accouchement souvent vécue comme négative, voire violente. Des auteurs ont insisté sur l'impact majeur des mouvements féministes en France permettant l'émergence du concept de « violences obstétricales ».⁴¹ Ainsi, le phénomène est dénoncé par le point de vue des patientes. Comment est reçu cette dénonciation dans l'univers obstétrical ?

b. La dénonciation des violences obstétricales : un problème systémique ?

On assiste donc à un mouvement de revendications également de la part des patientes. Avec cette nouvelle vague féministe, le corps redevient objet de lutte tel qu'il a pu l'être dans les années 1970 avec la lutte pour la légalisation de l'accès à la contraception et l'interruption volontaire de grossesse. Ce mouvement n'est pas sans conséquences sur les réactions des professionnels de santé. En effet, malgré une volonté de la part des patientes de pouvoir être entendues, le débat se cristallise autour de la notion même et la définition du mot de « violence ». Selon Claire Michel et Claire Squires : « *L'expression de violence obstétricale n'a pas pour objectif une délation, et n'a que faire de pointer du doigt tel ou tel professionnel en particulier. Il s'agit de désigner, pour pouvoir le penser, un système, dont les acteurs ne sont pas seulement des individus, mais aussi des institutions, des protocoles, des normes, des valeurs, des coutumes, qui sont particulièrement puissantes en périnatalité.* »⁴² Ainsi,

⁴¹ Azcué, M., & Tain, L. (2021). L'émergence du concept de « violence obstétricale » : L'impact du mouvement féministe. *Santé Publique*, 33(5), 635-643. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0635>

⁴² Michel, C., & Squires, C. (2018). Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale : Les violences obstétricales. *Le Carnet PSY*, 220(8), 22-33. <https://doi.org/10.3917/lcp.220.0022>

la dimension structurelle et institutionnelle des violences obstétricales est analysée par la communauté scientifique.⁴³

Ainsi cette première partie met en évidence les transformations majeures des lieux de naissances menant ainsi à une médicalisation croissante de l'accouchement. Les nouvelles conditions de travail n'ont pas été sans conséquences sur la prise en charge des patientes. Les sages-femmes revendiquent, dans ce contexte, une prise en charge plus humaine et individualisée pendant que les patientes dénoncent les violences obstétricales. L'élément commun de ces problématiques est le caractère institutionnel des violences obstétricales. C'est ce que nous allons analyser grâce au récit des sages-femmes hospitalière interrogées dans la deuxième partie de notre étude.

⁴³ Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (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>

PARTIE 2 : Un système hospitalier au prisme des violences obstétricales : parole de sages-femmes

La dimension structurelle et institutionnelle des violences obstétricales incarnée par le système hospitalier permet de dénoncer des dysfonctionnements. En effet, les professionnels de santé au plus proches des patientes sont eux-mêmes imbriqués dans un système de dominations à de multiples niveaux. Ainsi, dans la deuxième partie de ce travail de recherche, nous allons analyser comment les sages-femmes dévoilent ces dysfonctionnements à travers les récits des violences obstétricales.

L'obstétrique est une spécialité qui a la particularité d'être un domaine liant la physiologie (la plupart des femmes en âge de procréer sont en bonne santé) portée par les sages-femmes et la pathologie assurée par les médecins.⁴⁴ Ces deux professions sont en première ligne de la prise en charge de la femme enceinte dans son suivi de grossesse et lors de l'accouchement. Selon Béatrice Jacque et Sonia Purgues, les avancées croissantes de la médecine à travers des connaissances scientifiques notamment chez les médecins ont contribué à une division sexuée du travail entre les médecins et les sages-femmes. Les médecins, majoritairement des hommes, se concentrent sur le traitement des pathologies de grossesse, tandis que les sages-femmes, principalement des femmes, se chargent de l'accompagnement des grossesses normales, mettant en avant des qualités relationnelles. Cela crée une séparation des tâches dans le domaine de la naissance.⁴⁵ Pour reprendre les termes des anthropologues Thomas et al., la sage-femme est « gardienne de l'eutocie ».⁴⁶ Elle a donc une place particulière car elle doit au-delà de ce rôle, connaître la pathologie pour pouvoir réorienter la prise en charge au moment nécessaire. La sage-femme est ainsi dans une relation privilégiée avec la patiente, elle est l'intervenante qui sera le plus souvent rencontrée et sollicitée par la femme enceinte et la

⁴⁴ Thomas, C., Morel, M.-F., & Gunzbourg, H. de. (2022). *Sage-femme, gardienne de l'eutocie ? Approche anthropologique du savoir-faire des sages-femmes*. Érès éditions.

⁴⁵ Jacques, B., & Purgues, S. (2012). L'entrée des hommes dans le métier de sage-femme : Faire sa place dans un monde professionnel « ultraféminisé ». *Revue française des affaires sociales*, 2-3, 52-71. <https://doi.org/10.3917/rfas.122.0052>

⁴⁶ L'eutocie est un terme médical utilisé pour décrire l'accouchement normal et sans complication, où le travail et l'accouchement se déroulent naturellement et sans intervention médicale majeure.

parturiente, en particulier dans le secteur hospitalier public. La particularité du métier de sage-femme est donc cette alliance entre le « *care* » dans le soin et le « *cure* »⁴⁷, notion représentant la technique et les connaissances scientifiques.

1. Des dysfonctionnements dès l'origine ? Questionner la formation médicale

Dans un premier temps, nous allons analyser ce que les sages-femmes enquêtées identifient comme la source du problème : la formation. En effet, nous analyserons d'abord la socialisation professionnelle propre aux études de santé (des médecins et des sages-femmes) pour ensuite se focaliser sur la socialisation professionnelle des sages-femmes et leurs conséquences.

a. Une socialisation professionnelle des médecins et des sages-femmes : un apprentissage « par claques » ?

La formation des études de santé est marquée par un apprentissage de la profession qui se fait majoritairement en stage, sur le terrain. Pour les étudiants en médecine et les étudiant.e.s sages-femmes, après la première année de médecine, les stages en secteur hospitaliers commencent en 2^e et 3^e année. La première année commune aux études de santé (PACES jusqu'en 2020, puis PASS/LAS actuellement), comme le montre le film « Première Année » de Thomas Lilti⁴⁸, est une année très intense en pression et stress où les étudiants sont formatés à l'apprentissage du « par cœur » afin d'être classé au mieux pour le concours d'entrée. Le Numerus Clausus (NC), très sélectif, définira le nombre de place d'entrée dans chaque profession médicale : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, kinésithérapeute et pharmacien. Elle est organisée avec une majorité d'unités d'enseignements très scientifiques et d'une unique unité d'enseignement « sciences, société, humanité », basée elle, sur les sciences humaines sociales mêlant les domaines de la sociologie, la santé publique, la philosophie, etc. C'est la seule épreuve rédactionnelle du concours. Ce penchant plus humanités est ensuite poursuivi dans l'enseignement obligatoire des études de maïeutiques à partir de la 3^e année. En revanche, les études de médecines restent toujours dans une dynamique de compétitivité, marquée par du par cœur pour se préparer aux épreuves classantes

⁴⁷ Le Dû, M. (2019). Synthèse entre cure et care : Les sages-femmes déboussolent le genre. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 49, Article 49. <https://doi.org/10.4000/clio.16300>

⁴⁸ Lilti T. Première année – [Film] Paris. 2018.

nationales (E.C.N.), sans épreuve rédactionnelle. La seule unité d'enseignement se rapprochant au mieux des sciences humaines est celle intitulée « Apprentissage de l'exercice médical et coopération interprofessionnelle ».

De plus, les enseignements cliniques et l'apprentissage sur le terrain forment les étudiants à apprendre « sur le tas » en stage. C'est un passage très attendu dans les études afin de sortir de la théorie et de pouvoir mobiliser toutes les connaissances acquises durant ces premières années. Mais c'est aussi le moment d'être confronté à la réalité du système hospitalier. Au vu de la surcharge de travail dû, entre autres, aux sous-effectifs à la suite de la réorganisation des maternités, les sages-femmes sur le terrain sont parfois contraintes de mettre de côté l'encadrement des étudiantes pour prendre en charge les couples et les patientes⁴⁹. Selon l'« Enquête Bien Être » conduite par l'association des étudiant.e.s sages-femmes (ANESF) en 2023, les chiffres recueillis traduisent un mal-être généralisé au sein des études de sage-femme⁵⁰. Un des chiffres alarmant est celui de la maltraitance en stage : 19% des étudiant.e.s sages-femmes sondé.e.s rapportent avoir déjà souffert d'humiliation. De plus, les étudiant.e.s sages-femmes rapportent également des situations de violence, qui dans 60% des cas, se sont déroulés au sein de l'hôpital. Pour la moitié des cas de violences (harcèlement, humiliations et violences sexistes et sexuelles) rapportés à l'hôpital, elles seraient le fait de sages-femmes (enseignantes ou encadrentes de stage). Ce type de socialisation professionnelle est décrite dans le cadre des études de médecine, en particulier dans la formation des chirurgiens comme un apprentissage « par claques »⁵¹, témoignant d'une violence morale et répétée exigée par les professionnels encadrants durant les stages de professionnalisation. Sur les réseaux sociaux, des mouvements tels que l'hashtag « balance ton stage » ont permis de montrer l'ampleur de la situation. C'est ce dont témoigne Caroline Reiniche, sage-femme, dans le chapitre « Témoignage de sage-femme » du livre « Violences

⁴⁹ Carrias F. L'encadrement des étudiants sages-femmes par les sages-femmes du secteur naissance dans les établissements de Santé en France. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03122697 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03122697v1/document>

⁵⁰ ANESF – Dossier de presse – Enquête santé mentale - <https://anesf.com/dossier-de-presse-enquete-sante-mentale/#dp-esm/1/>

⁵¹ Zolesio, E. (2013). La socialisation chirurgicale, un apprentissage « par claques ». *Revue française de pédagogie*, 184(3), 95-104. <https://doi.org/10.4000/rfp.4245>

Obstétricales et Gynécologiques : Que fait-on de la parole des femmes »⁵² : « *J'ai appris la violence en étant moi-même violentée, comme toutes les étudiantes sages-femmes.* »

Cette vision de la profession permet donc d'analyser, à travers le point de vue des sages-femmes interrogées, une socialisation professionnelle appelant des compétences dites « féminines » dès les études de sage-femme.

b. Les sages-femmes : un métier au compétences naturalisées ?

La transmission par les pairs est un élément particulier dans la socialisation professionnelle des futures sages-femmes. Elle est elle-même imbriquée dans un système de discriminations historique notamment par une profession majoritairement féminine dans un système de plus en plus médicalisé.

C'est une des raisons qui a motivé Marion, sage-femme enseignante de rejoindre l'équipe pédagogique, en plus de son activité en hospitalier. Suite à la dernière vignette de témoignage où « la sage-femme ne dit rien », elle explique la situation par une histoire de la profession marquée par des mécanismes de dominations liés au sexe :

« Je pense que c'est inhérent déjà au sexe, au genre de cette profession qui est féminine, et les médecins, les gynécos étaient pendant très longtemps en majorité des hommes. Là, la balance est un peu en train de s'équilibrer aussi, c'est à dire qu'on a de plus en plus de femmes qui sont gynécologues-obstétriciens. Donc je pense que ça aide. » (Marion, sage-femme en niveau II)

Les propos relatés par Marion sont analysés par Béatrice Jacques et de Sonia Purgues, qui ont travaillé particulièrement sur les conséquences de l'ouverture aux hommes de la profession de sage-femme⁵³. Leur analyse permet ainsi de mettre en valeur des notions de normes de genre très marqués dans le métier : « *Alors même que plusieurs auteurs insistent aujourd'hui sur l'idée que les identités sexuées sont moins fortes (Dubet, 1994 ; Dubar, 2000, cité par Le Feuvre, 2008), que l'individu*

⁵² Reiniche C., « Témoignage de sage-femme », dans Schalck, C., Gagnon, R., & Bisch, S. (2023). *Violences obstétricales et gynécologiques : Que fait-on de la parole des femmes?* Editions L'Harmattan. https://books.google.fr/books?id=fV_fEAAAQBAJ – p 96.

⁵³ Jacques, B., & Purgues, S. (2012). L'entrée des hommes dans le métier de sage-femme : Faire sa place dans un monde professionnel « ultraféminisé ». *Revue française des affaires sociales*, 2-3, 52-71. <https://doi.org/10.3917/rfas.122.0052>

dans son travail de subjectivation doit faire face à des logiques moins marquées du point de vue de la hiérarchisation homme/femme, nous avons ici affaire à une activité professionnelle qui n'arrive pas ou peu à se dégager d'une histoire et d'un modèle de compétences encore entièrement définis par le « féminin ». Peut-être faut-il y voir, comme G. Neyrand (2007 p. 27), une résistance « solide » de la sphère du travail « à l'égalisation sociale des genres », et ce particulièrement quand on se rapproche des soins à l'autre. Ainsi, il nous semble que le métier de sage-femme est encore aujourd'hui loin de pouvoir proposer un nouveau référentiel de normes qui permettrait d'instaurer durablement une interchangeabilité des hommes et des femmes. » Plus loin, elle renforce ces propos en analysant les études de sage-femmes :

*« Je pense **que dans nos études, on nous a enseigné dès le départ à nous mettre dans cette posture de soumise, de taiseuse, de hiérarchiquement inférieur.** Et historiquement, en fait, du fait aussi de cette posture de sage-femme qui a été par les chirurgiens évincé et cetera pour être mise à la campagne... Je pense que c'est multifactoriel, que c'est historique, que **c'est sexuel, généré, machiste,** tout ce qu'on veut. Je pense que à l'hôpital, la hiérarchie est inhérente au truc et c'est pareil, c'est insupportable. » (Marion, sage-femme en niveau II)*

Ici, elle renvoie bien au fait que le système tel qu'il est construit aujourd'hui renvoie à une hiérarchie « sexuelle, genrée et machiste ». Enfin, Marion souligne que son vécu personnel est aussi une des raisons qui l'ont motivé à rejoindre l'équipe enseignant de l'école de sage-femme :

*« Moi j'ai eu l'impression qu'on me l'a enseigné en fait aussi, **c'est aussi pour ça que j'avais envie de venir à la fac. Mais j'ai eu l'impression qu'on m'a dit de me taire.** » (Marion, sage-femme en niveau II)*

Camille étaye ces propos autour d'une discussion parlant de la transmission par les pairs dans les études de sage-femme, en expliquant qu'elle aurait aimé qu'on lui apprenne le consentement, à dire « non ». Ce n'est pas à l'école qu'on lui a appris, mais les sages-femmes sur le terrain en stage à travers leurs expériences :

*« Non mais carrément, justement carrément, **on ne nous apprend pas à dire « là, non ».** Moi c'est que des personnes en fait, des personnes que j'ai rencontrées, je les ai vues par exemple, cette sage-femme qui s'est opposée à cette révision utérine, et je me suis dit « Ok on a ce rôle en fait. Ok on a ce rôle et c'est notre devoir en fait de le*

*faire et c'est possible. » [...] Donc ouais je pense **qu'on a un vrai rôle aussi de transmission aux étudiants, tout ça, de leur laisser aussi la place d'avoir ce rôle-là, de ne pas tolérer ce genre de choses.** » (Camille, jeune sage-femme en niveau II)*

La profession de sage-femme est marquée par des stéréotypes de genre dès la formation. C'est autour de cette même vignette parlant du silence de la sage-femme due à un état de sidération face à une situation de violence que Marion montre la logique militante dans laquelle elle est venue enseigner à l'école de sage-femme :

*« Mais la sage-femme semble aussi choquée », ouais, et le fait que la sage-femme ne dise rien, ça pareil, pour moi, c'est intolérable. Et je pense que **c'est très inhérent à la profession de sage-femme que de se taire et de ne pas pouvoir donner son avis. C'est aussi au fait que c'est une profession féminine et qu'on dit rien depuis des siècles. Et pareil, c'est quelque chose qui pour lequel je milite fort quoi. C'est pas euh... ça va avec mon militantisme personnel, hein, mais au cours de ces dernières années, j'ai inclus une posture militante dans mon job de sage-femme hospitalière, et c'est aussi pour ça que je suis venue là [enseigner à l'école de sage-femme]. Parce qu'il était intolérable pour moi de me taire et il était intolérable de... pour moi de me taire pour moi-même, mais aussi pour mes patientes. Et du coup, c'est devenu un combat de chaque jour quoi** » (Marion, sage-femme enseignante)*

Ainsi, nous avons pu analyser à travers le récit des sages-femmes que la profession est marquée par des mécanismes de discriminations expliqués par une profession au compétences « féminines » présentes dès les études qui produisent une socialisation professionnelle et un cadre de travail à cette image. De plus, les sages-femmes sont prises dans un système hiérarchique entre catégories professionnelles sous l'autorité des médecins. Il convient donc désormais d'interroger le rapport des sages-femmes aux médecins avec qui elles travaillent et exercent au quotidien.

2. « Des Brutes en blanc » : questionner une médecine centrée sur la technique

Nous avons ainsi analysé la socialisation professionnelle des sages-femmes demandant des compétences dites « féminines ». Dans cette deuxième partie, nous analyserons à travers le récit des sages-femmes interrogées quelles sont leur perception du corps de métier des médecins et les conséquences de la surmédicalisation de l'accouchement qu'elles perçoivent dans leur prise en charge des patientes.

Martin Winckler, dans son ouvrage « les Brutes en blanc »⁵⁴ dénonce une médecine centrée sur le « *cure* » et toutes ses dérives notamment autour du pouvoir médical qui en découle : « *Car, dans les facultés de médecine françaises, on n'enseigne pas la compréhension et le soin des personnes. On y enseigne la pathologie, le diagnostic et la thérapeutique. On y forme les futurs membres d'une classe privilégiée, pour la plupart impatientes de faire partie de l'élite sociale. Ils seront « Docteurs » – au sens le plus boursouflé du terme : des gens qui savent, conscients de leur supériorité, et qui n'hésiteront pas à le dire et à le montrer. Leur formation vise avant tout à acquérir les postures avalisant l'autorité des médecins sur tous les autres citoyens, non à apprendre des gestes destinés à soulager ceux qui souffrent. Les soins, c'est l'affaire de la profession infirmière, des sages-femmes, des kinésithérapeutes, des psychologues. **L'affaire des médecins, c'est le savoir et les pouvoirs qui en découlent.*** »

Cette vision de la profession et les conséquences de la surmédicalisation est également perçue par les sages-femmes lors des entretiens.

a. Le sentiment de « toute-puissance médicale »

Lors de la présentation de la vignette de la sage-femme qui ne dit rien devant une violence dont l'auteur est un médecin, des discussions ont découlés autour du pouvoir médical. Camille, sage-femme hospitalière, diplômée depuis quelques mois, analyse et compare les formations des médecins à celle des sages-femmes et se questionne sur une différence de pratique constatée :

*« Est-ce que c'est dans la formation ? Je ne sais pas, parce que... Je pense. Je pense, honnêtement. Et dans la transmission aussi, parce que la formation aujourd'hui, je pense que les jeunes médecins sont tous formés et je le vois beaucoup, les internes, tout ça. Il y a vraiment cette envie de communication, d'explication, d'information. **Mais c'est dur aussi de déconstruire par exemple, pendant 10 ans, 12 ans, tu as appris que le corps était malade et que tu avais cette puissance de le sauver, que tu avais cette puissance de le reconstruire et que du coup bah toi t'es dans ce mode là en mode « je vais sauver, c'est moi qui suis puissant », voilà.** » (Camille, sage-femme en niveau II)*

D'un côté, elle perçoit une formation médicale marquée par l'apprentissage d'un corps au prisme constant de la pathologie et la proximité répétée avec des situations entre la vie et la mort. Elle oppose cette formation à celle des sages-femmes, plutôt

⁵⁴ Winckler M. Les Brutes en blanc. Editions Flammarion ; 2016.

centrée sur la physiologie et la proximité dans la relation de soins avec la patiente qu'elle perçoit même parfois comme extrême mais, pour autant, marquée par une part d'humilité :

*« Et que nous entre guillemets **notre formation elle est plus courte et nous, on nous apprend que la femme n'est pas malade.** Elle est enceinte mais ce n'est pas une maladie, qu'on va juste l'accompagner. Et du coup je trouve c'est bah on en revient à cette part d'humilité en fait qu'on a, je pense, aussi dans notre formation, cette transmission aussi, d'être plus dans cette proximité qui est parfois trop hein. »*
(Camille, sage-femme en niveau II)

La notion de « toute-puissance médicale » est ainsi introduite par Camille en parlant des études de santé. C'est une notion importante dans l'analyse des situations vécues comme violentes dans une relation de soins car elle renvoie aux limites du soignant. Au prisme de la toute-puissance, il est difficile de reconnaître en tant que soignant qui « sauve des vies » que les actes de soins peuvent être qualifiés de violentes. C'est cette limite qui peut être identifiée comme un frein dans la reconnaissance de la notion de violence obstétricale par le corps médical. Solène, sage-femme en maternité de niveau III, insiste sur cette notion :

*« Mais qu'il y ait des situations comme ça comme je disais où il n'y a pas d'intention et mais qu'on n'arrive pas à le faire, ok peut-être, **mais ce qui compte, c'est derrière de reconnaître ce vécu-là de la patiente, de reconnaître comment ça a été difficile et c'est ça qui est très difficile à faire par les soignants, parce que ça vient remettre en cause encore leur savoir, leur posture, leur toute-puissance.** »* (Solène, sage-femme en niveau III)

Solène va plus loin dans sa réflexion autour de la formation :

*« Mais je pense que c'est beaucoup de soignants en tout cas qui y pensent comme ça parce que justement encore une fois, ils ont été **inscrits dans ce schéma de notamment, voilà par la formation médicale de « de toute façon, non, on ne doit pas se remettre en question, on doit foncer tout droit et mettre de côté tout ce qui est émotionnel.** »* (Solène, sage-femme en niveau III)

Des propos et de la lecture de Camille et Solène, les études de santé formateraient une mise à distance des émotions, l'émotion comme élément qui serait délétère et qui n'aurait pas sa place dans la relation soignant/soigné. Solène

s'interroge sur les solutions qui pourraient apaiser cette tension et interroge le fond du problème par la formation et les études de santé :

*« Enfin les solutions, du moins, elles sont aussi dans la formation à la base hein. Il faut reprendre à la base complètement des études dans le soin et pouvoir retravailler sur ce que représente le soignant, **ce que représente le médecin, que non il n'y a pas de pouvoir sur les autres parce qu'on est médecin et on peut pas du tout dire parce qu'on est médecin.** Ce sont des choses bateau, ce sont des choses un peu... on enfonce, on enfonce un peu des portes ouvertes, mais en fait malheureusement, la réalité, elle est là. Et oui, et je crois qu'il faut reprendre du début ou quoi. Sur comment est-ce qu'on prend en charge les patientes. » (Solène, sage-femme en niveau III)*

Un peu plus loin, elle identifie des schémas thérapeutiques qu'elle qualifie de « patriarcaux » qui implicite une hiérarchie dans la relation de soins :

*« **Sortir de ces schémas thérapeutiques patriarcaux où c'est le médecin qui a tous les droits et qui sait tout et revoir tout ça pour que le médecin soit dans une position face aux patients qui soit d'égal à égal... des patients, des autres soignants.** » (Solène, sage-femme en niveau III)*

Les études de santé telles qu'elles sont organisées aujourd'hui obligent selon elle, que les étudiants mettent en place des mécanismes de défense et de survie psychologique :

*« Mais on a un vrai problème de fond à la base sur ouais... et ça vient aussi des études de santé qui sont terriblement traumatisantes pour beaucoup, qui **forcent les étudiants à se forger une sorte de carapace, un truc un peu anti-émotion, mise à distance des émotions en tout cas.** Quand soi-même on passe son temps à mettre à distance ses émotions parce que c'est notre seul moyen de survie pendant les études de santé ou de médecine, peut-être encore plus, bah forcément, les émotions des autres, on n'est plus capable de les prendre en compte non plus donc... Sacré chantier hein... » (Solène, sage-femme en niveau III)*

La mise à distance des émotions va de pair avec la technisation de la médecine⁵⁵, et en obstétrique, plus précisément, la technicisation de l'accouchement

⁵⁵ Schantz, C., Rozée, V., & Molinier, P. (2021). Introduction. 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>

notamment avec la question de la prise en charge de la douleur que nous aborderons un peu plus loin. Elle est de ce fait, révélatrice de mécanismes qui se mettent en place au niveau individuel dans la socialisation professionnelle, amenant ainsi une relation de soin marquée par une hiérarchie et vectrice d'une position de pouvoir.

b. Le paternalisme médical comme source de pouvoir

On retrouve dans l'analyse de Solène le modèle de « paternalisme médical », notion longuement étudiée dans les relations soignants/soignés entre autres avec la mise en place de la loi Kouchner le 4 mars 2002⁵⁶. Cette loi précise qu'« *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.* » En effet, depuis les années 2000, la question du consentement dans le soin est au cœur des débats éthiques et prend une place de plus en plus importante dans les questions de relation entre soignants et patients. Elle fait rupture avec une médecine historiquement paternaliste qui « considérait qu'au nom de la mission du médecin, le consentement du malade n'est pas une donnée médicalement pertinente et ne doit pas, à cet égard, être considéré comme norme de référence de la décision. »⁵⁷ Ainsi, on retrouve parmi les discours des sages-femmes interrogés cette notion de « paternalisme » sur certaines situations évoquées, notamment autour du respect du corps de la femme. Camille raconte des actes dont elle a été témoins dans la relation de soin entre médecin et patiente :

« Mais j'ai vu certains gynécos être très proches comme ça de leurs patientes, très... voilà une petite claque sur la joue « ça va aller, madame ». Ouais, voilà ou leur secouent l'épaule « madame, ressaisissez-vous » des choses comme ça ou sur la cuisse (clap, clap) « Allez Madame, vous pouvez vous rhabiller » bah des petites choses comme ça. Je trouve ça hyper déplacé. « Allez, ma cocotte » tu sais, comme si on claquait les fesses d'une jument « allez, avance ». Enfin des choses un peu voilà. » (Camille, sage-femme en niveau II)

Elle qualifie ces actes en les rapprochant de la notion de paternalisme impliquant une puissance sur le corps de la femme :

⁵⁶ LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

⁵⁷ Jaunait, A. (2003). Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*, 11(3), 59-79. <https://doi.org/10.3917/rai.011.0059>

« Ouais, on en revient sur ce paternalisme un peu bizarre là qu'on peut voir. Cette puissance qu'on a sur le corps humain, sur le corps de la femme. Ça voilà, c'est extrême quoi. » (Camille, sage-femme en niveau II)

Malory rapporte des propos similaires d'actes dont elle a été témoin pendant ses études de la part de gynécologues sur les patientes :

« J'avais fait un stage en gynéco pendant mes études donc c'était il y a longtemps, et ça m'est déjà arrivé de faire des consultations avec des gynécos qui sont d'une ancienne génération, qui sont des hommes, qui ont connu la médecine paternaliste et qui avaient pas de respect pour le corps des femmes, pour leur patiente et qui voilà étaient assez « déshabillez-vous de A à Z , je fais un toucher vaginal, je demande pas le consentement. » » (Malory, sage-femme en niveau III)

La hiérarchie hospitalière se transpose ainsi dans la relation de soins. Elle est incarnée comme expliquée au-dessus par le sentiment de « toute puissance médicale » et par une médecine historiquement patriarcale. Elle est renforcée dans l'obstétrique par une médecine focus sur le corps féminin. On y retrouve donc des stéréotypes de genre marqués.

Ainsi, l'exemple de la prise en charge de la douleur dans une obstétrique technicisée permet d'analyser des effets délétères de la prise en charge sur les patientes. En effet, la douleur est une notion subjective omniprésente au moment de l'accouchement. Elle est historiquement incarnée par le corps des femmes avec les notions de médecine historique telles que la psychiatrisation de la douleur avec par exemple, l'hystérie.⁵⁸

Actuellement, les professionnels de santé, dans cette logique de technisation ont les moyens pour prendre en charge cette douleur. Mais en y étant si souvent confrontés, certaines sages-femmes interrogées observent une banalisation, voire une minimisation de la douleur, tombant ainsi dans des rapports inégaux et infantilisants avec le patient. C'est ce que raconte le récit de Camille lorsqu'elle analyse les discours entendus sur le terrain :

« Puis des discours des fois qu'on entend « Ah bah c'est une chochette. Elle, elle tient pas la douleur. Non mais là c'est bon Madame, votre bébé, il faut qu'il sorte » des choses comme ça qui sont en fait hyper infantilisants. Et je pense que ouais, la

⁵⁸ Dorlin, E. (2009). La maladie a-t-elle un sexe ? In *La matrice de la race* (p. 34-60). La Découverte. <https://www.cairn.info/la-matrice-de-la-race--9782707159052-p-34.htm>

banalise c'est douleur, on la banalise, on se rend pas compte de l'impact que ça a dessus » (Camille, sage-femme en niveau II)

On observe avec l'exemple de la douleur pendant l'accouchement qui est un phénomène physiologique dans les limites de ce que veut ressentir la patiente, que la notion de « toute-puissance médicale » est remise en question. C'est ce qu'explique également Camille un peu plus loin lorsqu'elle réagit au discours des anesthésistes face à la douleur des femmes qui accouchent :

« Et après, en l'ayant vu vraiment, bah genre c'est horrible. Ce discours hyper culpabilisant envers les patientes. Et en fait quand je vois, moi, ce que je vois de l'autre côté, c'est juste un anesthésiste qui est dépassé par les émotions, qui n'a pas l'habitude de voir une patiente en travail qui a mal. » (Camille, sage-femme en niveau II)

Elle identifie le dépassement du soignant face à la situation à travers une vision actuelle de l'accouchement qui est en très grande partie médicalisée et donc sous péridurale. En effet, l'accouchement physiologique sans médicalisation et notamment sans le recours à l'analgésie péridurale c'est un accouchement « bruyant ». Or c'est aussi un accouchement qui n'a plus la nécessité de contrôle médical.

« Parce qu'en fait aujourd'hui en France une patiente qui accouche c'est une patiente silencieuse, c'est une patiente silencieuse qui est sous péridurale, qui ne bronche pas, qui ne parle pas, qui n'a pas mal, qui est allongée, qui est totalement dépossédée ton corps. On va dans les autres pays, on va partout ailleurs, bah une femme qui accouche, bah oui c'est bruyant. Oui ça fait du bruit. Oui ça bouge, oui ça marche, oui ça, enfin ça se met à 4 pattes. Oui ça fait des bruits graves, enfin c'est ça une femme qui accouche. Et en fait on a totalement oublié ça dans notre société et les anesthésistes pour eux, bah avoir une femme qui crie, qui parle, et cetera, bah c'est pas possible » (Camille, sage-femme en niveau II)

C'est justement cette notion de contrôle du corps maternel avec la péridurale et le « non-choix » qui en découle est étudiée dans l'enquête de Chiara Quagliariello et Sezin Topçu⁵⁹.

⁵⁹ Quagliariello, C., & Topçu, S. (2021). La péridurale, un non-choix ? Ethnographie des formes de résistance à une innovation « miracle ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 23, Article 23. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9874>

La sociologue Geneviève Pruvost, qui a travaillé sur l'analyse de récits d'accouchements à domicile explique que : « *L'usage d'analgésiques locaux a joué un rôle décisif dans la transformation de la parturiente en « patiente ». L'obstétricien.ne peut accoucher avec l'aide minimale de l'accouchée qui peut désormais assister en spectatrice à son propre accouchement.* »⁶⁰

Ainsi, le pouvoir médical est remis en question dans une ambiance d'interventionnisme médical notamment avec les mouvements de volonté d'accouchements alternatifs, naturels, physiologiques, éléments qui entrent dans les mouvements de lutte contre les violences obstétricales.

3. Quand les violences obstétricales viennent interroger le pouvoir médical

Comme nous avons pu l'analyser avec la question de la douleur, les prises en charges surmédicalisées des parturientes sont aujourd'hui dénoncées grâce au prisme des violences obstétricales. La question du consentement a été un vrai tournant dans le monde médical autant dans les années 2000 que dans la question des violences obstétricales plus actuelle. La particularité des violences obstétricales est que le consentement non respecté est subi par une femme⁶¹. Ainsi, la patiente est exposée à un double rapport de domination : en tant que patiente mais aussi en tant que femme.

a. Une hiérarchie vécue entre sages-femmes et médecins

Tous ces éléments s'inscrivent dans l'actualité des violences obstétricales et sont mêlés à un système hospitalier hiérarchisé entraînant ainsi des conséquences à plusieurs niveaux. A travers cette lecture, les pratiques médicales sont analysées comme des pratiques sociales qui « expriment des relations de pouvoir, des positions de classe, des hiérarchies »⁶²

⁶⁰ Pruvost, G. (2016). Qui accouche qui ? Etude de 134 récits d'accouchement à domicile. *Genre, sexualité & société*, 16, Article 16. <https://doi.org/10.4000/gss.3849>

⁶¹ Nous utiliserons ici le terme de « femme » pour représenter les femmes cisgenres tout au long de cette recherche, mais il nous semblait important de préciser que c'est également le vécu des personnes transgenres encore plus à risque de subir des violences dans le milieu médical.

⁶² Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), 43-68. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>

La hiérarchie à l'hôpital est expérimentée sur le terrain entre les différents professionnels de santé. En obstétrique, elle est palpable entre médecins et sages-femmes notamment avec cette division de la prise en charge des patientes entre physiologie et pathologie comme cité précédemment. C'est la compétence médicale (le « *cure* ») qui est valorisée par rapport aux compétences relationnelles et empathiques (le « *care* »). Cette division du travail se ressent à l'échelle des professionnels. C'est ce dont témoigne Madeleine lors d'une discussion autour de la relation entre les sages-femmes et les médecins. Elle oppose les deux professions dans un récit autour de la prise en charge centrée sur la physiologique :

*« Mais bon, par contre on a une équipe de sages femmes, jeunes, **hyper formés autour du physio, hyper à l'écoute de ça et en fait, on s'entête aux médecins, donc parce que bon... il faut pas se voiler la face hein, la plupart du temps sur la physio, ça va être les médecins versus les sages-femmes, hein.** » (Madeleine, sage-femme en niveau II)*

Dans un milieu médical très technicisé, les sages-femmes revendiquent et valorisent leurs compétences dans le « *care* » comme valeur ajoutée auprès des patientes : reprendre posément des explications négligées par le médecin, assurer l'accueil des couples, les soins du corps, ou simplement prendre le temps d'un échange sur l'intimité de la famille malgré une charge de travail qui leur laisse pourtant peu de liberté.⁶³ Mais d'une autre part, Madeleine dénonce la dérive à laquelle peut mener cette compétence lorsqu'elle est implicite dans la relation avec les autres professionnels de santé, et d'être renvoyée au statut de « bonne femmes » :

*« C'est un jeu d'équilibriste **qui nous incombe de manière implicite parce que, je ne sais pas, parce qu'on est des bonnes femmes et qu'on sait bien médier, caresser les mentalités et tout ça, mais en fait c'est pas à nous de rattraper les conneries des autres. C'est cru mais c'est vrai** » (Madeleine, sage-femme en niveau II)*

Ainsi, la profession de sage-femme se retrouve dans une position particulière en obstétrique. Elle est qualifiée par certaines sages-femmes interrogées comme ayant une position de « tampon » quant aux différentes situations de violences qui peuvent survenir dans la relation de soins de la part des différents professionnels

⁶³ Le Dù, M. (2019). Synthèse entre cure et care : Les sages-femmes déboussolent le genre. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 49, Article 49. <https://doi.org/10.4000/clio.16300>

avec les patientes. Madeleine explique qu'elle « subit » cette position et exprime une fatigue vis-à-vis de ce genre de comportement :

*« En fait ce témoignage-là, c'est plus **la position de tampon** qu'on va faire et qui est, alors ça pour le coup que moi je subis vachement, **entre un médecin pas approprié et une patiente**. Et en fait moi ça j'en peux plus et c'est pour ça que nous on essaie de faire bouger les choses vis-à-vis des médecins qu'on ne trouve pas appropriés parce qu'en fait, c'est ça qui nous met en burn-out en fait, enfin faut être honnête quoi. » (Madeleine, sage-femme en niveau II)*

Un peu plus loin, elle étaye la position de « tampon » comme une position qui protège le médecin. En effet, sages-femmes sont contraintes à rattraper les actes et paroles des médecins dans l'objectif de ne pas traumatiser la patiente.

*« . **Mais juste en fait, on n'est pas fait pour être tampon, pour que les médecins puissent vomir leurs mots sans conséquences et que nous ce soit à nous de rattraper, pour que derrière quoi ? Derrière il n'y ait pas courrier qui soit fait ? Non en fait on le fait pas pour ça, on le fait pour que la dame elle en sorte en étant pas traumatisée.** » (Madeleine, sage-femme en niveau II)*

Ainsi, Madeleine dénonce le manque de conséquences de ces actions et de ces propos :

*« **Mais derrière la conséquence c'est que du coup bah on le... bah on leur sauve le cul, je suis désolée mais c'est ça en fait on sauve la situation pour le médecin alors qu'en fait il faut qu'il se la prenne dans la tête la situation parce qu'en fait là, on peut pas se croire tout le permis, peu importe ce qu'on vit dans sa profession, dans sa vie perso, c'est pas possible de... Enfin franchement, mais moi je l'ai vécu plein de fois, ça des trucs...** » (Madeleine, sage-femme en niveau II)*

Ainsi, le système de santé est marqué par des hiérarchies liées au genre tant du côté des professionnels que celui des patientes. Ce système de hiérarchies à plusieurs niveau mène à un mécanisme particulier : celui du silence.

b. Un système propice à l' « omerta »

« Dès qu'il y a violence, il y a silence »⁶⁴ selon l'écrivain Edouard Louis. Ce que dénonce également Madeleine dans le système hospitalier en plus de ce rôle particulier qui découle de la profession de sage-femme, c'est l'absence de conséquences des actions des auteurs de violence. En effet, dans ce système de hiérarchies, il est compliqué de dénoncer et encore plus de réussir à trouver justice. Ainsi, se perpétue un silence autour des actions... Les relations de pouvoir affectent l'effort d'entendre et la possibilité de parler ouvertement de ce qui est déjà connu.⁶⁵ C'est un mécanisme qui se transpose pour toute violence de genre.

Nous pouvons prendre l'exemple du témoignage de Marion, qui a subi une violence de la part d'un médecin de l'équipe médicale de garde, qu'elle justifie par sa position de sage-femme :

« Il n'y a pas très longtemps, y a quelques années, j'ai un médecin qui a levé la main sur moi et qui m'a dit « Tu te tais parce que tu es une femme et que tu es une sage-femme » Ouais... en garde... horrible. Depuis je m'en suis occupé, mais il est toujours en poste et il travaille toujours et c'est cette personne-là auquel je pense dans toutes ces réflexions-là. » (Marion, sage-femme en niveau II)

Marion raconte que les faits se sont produits il y a quelques années et la hiérarchie et les institutions a tenté de protéger le médecin qui est toujours en activité.

« Ah bah alors prenons mon exemple, c'est à dire que la hiérarchie a couvert pendant une vingtaine d'années cette personne là, ce médecin-là. Si bien qu'ils ont détruit les preuves de mes témoignages et des preuves de témoignages d'autres sages-femmes, et cetera, d'autres internes, d'autres femmes, entre autres, c'est que des femmes. Et que la polémique est de nouveau en cours maintenant puisqu'il y a eu un changement de hiérarchie et donc là ça a changé. Mais donc institutionnellement il était protégé par l'Ordre qui était au courant et qui n'a rien fait » (Marion, sage-femme en niveau II)

De plus, une partie de l'équipe des sages-femmes a également participé à l'entretien de ce silence, mais à son échelle personnelle, elle n'a pas voulu se taire pour se battre

⁶⁴ Daudey, J. (2016, novembre 14). Entretien avec Edouard Louis : « Dès qu'il y a violence, il y a silence ». *Un Philosophe*. <https://unphilosophe.com/2016/11/14/entretien-avec-edouard-louis-des-quiil-y-a-violence-il-y-a-silence/>

⁶⁵ Schalck C, Gagnon R, « VOG : Ne plus ignorer la parole des femmes. Pour comprendre et agir » dans Schalck, C., Gagnon, R., & Bisch, S. (2023). *Violences obstétricales et gynécologiques : Que fait-on de la parole des femmes?* Editions L'Harmattan. https://books.google.fr/books?id=fV_fEAAAQBAJ – p 120.

contre le silence qu'elle explique par des mécanismes « institutionnels, historiques, machistes, patriarcaux... » :

« Et par une équipe de sages-femmes qui acceptent en silence pendant très longtemps, [...] Ça fait 5 ans. Donc en 5 ans, il y a eu énormément de choses, pires que ce que je te raconte là, mais de là à ce qu'on lève la main dans un geste de violence, vraiment, c'était ça, hein, c'était « on me demande de me taire », j'avoue que... mais oui, institutionnel, historique, machiste, patriarcal, tout ce qu'on veut, là. » (Marion, sage-femme en niveau II)

Océane, sage-femme diplômée de 2016, raconte que même avec des années d'expérience dans une équipe, elle ne se sent pas toujours en sécurité pour dénoncer ou reprendre des propos qui dérangent de la part d'une personne hiérarchiquement au-dessus de soi, notamment par le manque de soutien potentiel et la discréditation de ses propos :

« Déjà, donc, en effet les médecins, bah y a toujours une histoire, un peu de hiérarchie quand même derrière. Pourtant je suis titulaire hein mais pareil, le côté de t'as pas envie d'être tout seul à prendre le lead si t'as personne qui te suit derrière pour le coup. Pas avoir toujours la répartie derrière parce que je sais que quand je me fais submerger par mes émotions, moi j'ai 0 répartie et ça vient après, donc j'ai pas envie de me retrouver la situation où coup je me fais discréditer... » (Océane, sage-femme en niveau III)

Au contraire, Marion raconte qu'elle a réussi à évoluer au bout de quelques années en accord avec ses valeurs morales et personnelles :

« Comme pour comme pour le reste, je pense qu'il m'a fallu un temps de confiance dans ma pratique médicale et d'asseoir ma pratique médicale avant d'avoir confiance en mes valeurs morales personnelles et d'être aussi installé dans une équipe médicale où je savais que j'étais respectée pour justement mes compétences et aussi mes valeurs. Et que j'avais le droit de les exprimer... » (Marion, sage-femme en niveau II)

Elle se rend compte qu'elle est privilégiée dans son équipe par rapport à d'autres établissements :

« Il m'a fallu, je pense 2-3 ans pour arriver à ça, mais j'ai aussi eu la chance d'arriver dans une équipe où on m'a permis de parler et on m'a permis de donner mon avis, ce qui est pas le cas de tout le monde du tout. Et c'est aussi pour ça que

j'ai choisi l'hôpital dans lequel je travaille, c'est que ce genre de propos sont intolérables pour les sages-femmes et que ça, quand ça arrive, ça ne reste pas enfoui, non-dit, ignoré, et cetera » (Marion, sage-femme en niveau II)

Les discriminations sexistes se retrouvent sur plusieurs fronts dans le contexte hospitalier. En effet, il est possible d'entendre des témoignages non seulement de la part des patientes mais également de la part du personnel soignant. Nous avons l'exemple de Solène qui témoigne d'une situation de violence subie par une interne devant tout le monde à un staff composé de médecins et où personne n'a réagi :

« Et il y a un médecin, un vieux médecin proche de la retraite qui a dit à une interne qui est arrivée avec une jupe et qui lui a dit « Ouh là non mais tu t'es regardé ? Moi si ma fille s'habillait comme ça, elle aurait deux paires de claques. » Devant absolument à tout le monde, mais il y avait peut-être 15 personnes quoi. Donc l'interne du coup bah voilà a complètement perdu ses moyens, elle devient toute rouge, mal à l'aise et tout et absolument personne n'a rien dit, personne n'a rien dit. » (Solène, sage-femme en niveau III)

Elle dévoile ainsi des comportements qualifiés de « masculinistes » qu'elle identifie à l'hôpital avec une omerta qui les entoure qui l'amène à un sentiment d'indignation et une volonté de changements :

*« Et en fait, il faut que ces comportements là ils changent. Mais en fait c'est plus possible quoi, **cette omerta sur ces comportements masculinistes qui sont partout, partout, partout dans la société.** Il faut qu'ils soient décriés, **y compris dans le monde du soin où il y a cette toute-puissance des médecins, ce truc où on ne doit rien dire.** » (Solène, sage-femme en niveau III)*

Encore récemment, un mouvement a été lancé sur les réseaux sociaux du compte d'une gynécologue (@jujulagygy sur Instagram avec le #MeTooMedecine et #MeTooHopital) afin de dénoncer le sexisme ambiant et permettre une prise de conscience générale afin de ne plus permettre l'impunité, « *pour un hôpital plus sain, et des soignants plus épanouis* ».

Une fois de plus, nous observons un système organisé avec une hiérarchie qui entretient le silence. Il est compliqué voire impossible de témoigner et de parler.

Nous avons donc pu analyser les représentations des sages-femmes du système hospitalier à travers les témoignages de violences obstétricales. Cette

analyse du discours des sages-femmes nous a permis de révéler une socialisation professionnelle marquée des attentes exigeantes dès les études entraînant des conséquences à l'échelle des professionnels qui seraient délétères à la prise en charge des patientes. Les sages-femmes ont mis l'accent sur le sentiment de toute-puissance médicale et le paternalisme médical qu'impliquent cette socialisation avec un focus sur les médecins. Enfin, nous avons pu mettre en exergue que la conséquence de cette dimension de pouvoir implique une hiérarchie à l'échelle des patientes et entre sages-femmes et médecins, pouvant mener à un entretien du silence autour de la problématique des violences obstétricales.

A travers notre grille d'entretien, nous avons voulu créer un espace de parole qui sortirait de ce système hospitalier tel qu'il est perçus par les sages-femmes, c'est-à-dire non-sécurisant et propice au silence. Nous avons voulu essayer de créer un espace de parole pour les sages-femmes sur une question controversée pour pouvoir étudier leur perception de la problématique des violences obstétricales à travers leurs récits. C'est donc ce que nous allons analyser dans une troisième partie.

PARTIE 3 : La qualification des violences obstétricales depuis la perspective des sages-femmes

Après avoir donné des éléments de contexte socio-historiques puis avoir étudié le discours des sages-femmes pour peindre l'image du système hospitalier tel qu'il est perçu à leur échelle, nous avons trouvé intéressant de se pencher sur le récit des sages-femmes en particulier sur leur perception de la problématique des violences obstétricales. En effet, nous pouvons ainsi essayer de comprendre comment elles qualifient les différentes situations présentées et dans quelles mesures ces témoignages rentrent dans leur définition de la violence obstétricale. Nous allons dans un premier temps, analyser les outils mis en place par les sages-femmes face à l'intersubjectivité d'une situation de violence obstétricale, puis nous introduirons la notion de « zone grise » de la violence obstétricale en opposition à la « violence évidente » pour enfin pouvoir analyser avec cette grille de lecture le discours général des sages-femmes sur les différentes situations présentées.

1. L'intersubjectivité de la notion de violences obstétricale : à la recherche d'outils de compréhension d'un vécu violent

Comme expliquée dans la méthodologie, ce travail de recherche se base sur les témoignages de violences obstétricales recueillis sur les réseaux sociaux. Ainsi, le point de départ des discussions découlait de l'expérience des patientes, ressenties et acquises comme violentes. Nous entrons ainsi dans la définition de la notion marquée par une subjectivité complexe, en opposition à des actes objectifs scientifiques de la pratique médicale incarnée par les soignants. Comme l'explique Michel et Squires : « *en effet, c'est dans l'écoute du vécu que se dessine, entre autres, ce dialogue à amorcer entre subjectivité et objectivité* ». ⁶⁶ C'est cette tension que nous allons analyser dans cette partie : quels sont les outils que les sages-femmes mettent en place pour recueillir et comprendre les témoignages de violences obstétricales ? Quels sont leur ressentis ?

⁶⁶ Michel, C., & Squires, C. (2018). Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale : Les violences obstétricales. *Le Carnet PSY*, 220(8), 22-33. <https://doi.org/10.3917/lcp.220.0022>

a. Les violences obstétricales : un problème de communication ?

Dans un premier temps, nous avons pu analyser dans le discours des sage-femmes une focale sur la question de la communication dans les récits de violences obstétricales. En effet, nous remarquons que l'un des points soulignés de façon récurrente dans le contexte des témoignages est l'écoute, et prioritairement, la façon de s'exprimer, de communiquer entre soignant et patient. Victoire explique au détour d'une discussion autour de la question générale des violences obstétricales ce qu'elle perçoit comme important dans cette problématique :

*« Je me doutais bien de quoi tu allais me parler mais je trouvais ça important de te proposer de venir faire l'entretien parce que finalement donc **les violences obstétricales comme on en entend parler, moi, c'est surtout effectivement à travers la parole que je trouve qu'on est toujours très violent. Je trouve que beaucoup de personnes ne savent toujours pas bien s'adresser aux gens et balancent des trucs des fois effectivement pas entendables.** Et ouais, ça peut clairement venir de tout le monde, tous les gens qui travaillent à l'hôpital. [...] Mais il y a vraiment un travail à faire autour de la communication. » (Victoire, sage-femme en niveau III)*

Le point de départ de beaucoup de situations de violences résiderait ainsi dans un problème de communication. Le Code de la Santé Publique explicite la délivrance d'information du soignant au patient en la qualifiant de « *loyale, claire et appropriée* ». ⁶⁷ C'est par ce mécanisme que le patient peut être acteur de sa santé et consentir avec tous les outils nécessaires. C'est sur quoi Madeleine met l'accent, lors de la discussion autour de la vignette sur la prise en charge de la douleur. Elle explique qu'il peut arriver qu'en tant que soignant, qu'il soit nécessaire de prendre des décisions pour les patientes mais tout l'enjeu dans une bonne relation de soins réside dans l'explication de la prise en charge. Madeleine précise l'importance de la délivrance de l'information dans sa vision de la relation de soins :

*« Et je pense qu'on fait avec toute la connaissance au monde, mais ça il faut expliquer, même si on le fait, et même si on ne laisse pas forcément le choix parce que par exemple les alternatives n'existent pas aussi, **il faut expliquer pourquoi on fait comme ça. Et la plupart des patientes, c'est toutes celles qui vont être dans la colère par rapport à tout ça, c'est des femmes qui n'ont pas compris** » (Madeleine, sage-femme en niveau II)*

⁶⁷ Article R4127-35 - Code de la santé publique - Légifrance.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912897/2011-02-10/

Ainsi, nous percevons que le soignant, à travers ses paroles, peut entraîner des conséquences néfastes sur les patientes et les discours peuvent être perçus comme violentes. De plus, c'est à travers la problématique de la communication que se cristallise les droits du patient et que peut se rééquilibrer la relation soignant/soigné.

C'est donc par cette envie de communication que le point de vue des sages-femmes interrogées met en lumière l'importance de la reprise des événements vécus comme traumatisantes.

b. Quand les violences ont été vécues : revenir sur les événements dans une logique de réparation

Revenir sur les événements et un moment de partage d'expérience et de communication entre soignant et soignés. La patiente raconte son vécu apportant un côté subjectif et le professionnel de santé peut expliquer les situations de soins à travers une vision médicale, entrant ainsi plutôt dans une logique objective. Ce moment est donc une manière d'entendre la parole de la victime. Ségolène raconte l'importance de la création d'un espace de parole après un vécu traumatisant pour accompagner les patientes :

*« Là ce qui me parle vraiment, c'est la reprise des événements c'est quelque chose que je n'aurais peut-être pas toujours imaginé mais qui me paraît hyper importante maintenant à distance, du coup, ça peut déjà être repris tout de suite après pour lui expliquer ce qu'il s'est passé [...] Et pour moi, ça me paraît évident qu'il faut l'accompagner, lui proposer, **en tous cas de prendre le temps pour ça.** » (Ségolène, sage-femme en CPEF hospitalier)*

La reprise des événements est donc ainsi identifiée comme un point primordial dans le vécu post-traumatique des patientes. Plusieurs sages-femmes au cours des entretiens mettent l'accent sur cet outil dans la relation de soins et sur son utilité dans les mécanismes de réparation.

Ce que nous avons pu observer dans nos entretiens est que certaines sages-femmes hospitalières mettent en place des stratégies à leur échelle personnelle pour rattraper et travailler sur les événements compliqués. Marion raconte des situations dans laquelle elle vient retravailler avec la patiente le discours de ses collègues qui

peut potentiellement entraîner une répercussion négative sur la patiente, grâce à une démarche de déconstruction de la parole :

« Quand j'entends ce genre de propos dans ma salle, une fois que le médecin ou la personne qui a tenu ce genre de propos est sorti, je rattrape en fait. Donc je retourne vers la patiente, je réexplique en disant « pas du tout, je vous explique », je montre, je sors un miroir... [...] En fait, quand la suture est grande ou que « le terrain est pourri », c'est-à-dire que les patients ont entendu ce genre de propos, je redéconstruis du coup derrière. » (Marion, sage-femme en niveau II)

Nous pouvons voir aujourd'hui dans les institutions que des moyens tentent d'être mis en place entre autres avec l'« Entretien Post-Natal Précoce » (EPNP) qui permet de faire une place à une discussion, plus à distance entre la 4^e et la 8^e semaine du post partum, par exemple sur le vécu de l'accouchement. Il est maintenant obligatoire dans le parcours de soins des patientes depuis 2022.⁶⁸ La temporalité de ce dispositif permet de s'éloigner du potentiel mécanisme d'amnésie psychologique qui ne permet pas toujours d'identifier les blessures subies, notamment quand les discussions s'entament en suites de couches. En revanche, la mise en pratique de ce dispositif reste minoritaire pour le moment, par manque de formation des sages-femmes.

Certaines sages-femmes qui recueillent des témoignages de leur patiente, les poussent à dénoncer les événements mais d'autres savent que la hiérarchie les empêche par peur de dégrader l'image de l'hôpital. C'est un mécanisme que vont identifier deux sages-femmes en niveau III. D'abord, Victoire nous explique que dans la situation où les femmes dénoncent des situations de violence il faut les informer de leurs droits et de ce qu'elles peuvent faire à leur échelle de patiente :

« Moi je pense qu'il faut pas hésiter à leur dire « mais vous pouvez faire un courrier à la direction, vous pouvez porter plainte, vous pouvez. » Je peux pas moi leur dire, « Ah oui moi je vais le faire » parce que c'est, voilà, c'est difficile de protéger tout le monde et tout le temps, donc à un moment, il faut leur dire, « mais en fait, c'est vous finalement qui aurait plus de poids que moi dans votre action, quoi donc allez-y, faites un mot. » » (Victoire, sage-femme en niveau III)

⁶⁸ Bleuzen, E., Benjilany, S., Gantois, A., Kheniche, M., Baunot, N., Guillaume, S., Piquée, N., Sauvegrain, P., & Gaucher, L. (2023). Entretien postnatal précoce : Préconisations pour la pratique clinique. *Sages-Femmes*, 22(5), 39-41. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2023.06.012>

De l'autre côté Solène montre les limites de ce conseil. Pour elle, les cadres demandent implicitement de ne pas les informer dans une peur que cela se retourne contre l'hôpital :

*« Mais on n'arrive pas à dire « oui, mais c'est pas normal, il y a eu un problème » parce qu'en plus, on sait qu'on doit pas le faire, c'est au-delà du fait qu'on n'arrive pas à le faire... C'est qu'on doit pas le faire parce que si la patiente se retourne contre l'hôpital machin et qu'elle dit « bah oui, même les sages-femmes elles m'ont dit que c'était pas normal » c'est sur nous que ça va retourner on va dire « **mais pourquoi est-ce que vous avez dit ça, faut pas dire ça aux patientes parce que ça leur donne une légitimité pour porter plainte pour machin et après ça se retourne contre l'hôpital** » » (Solène, sage-femme en niveau III)*

Nous avons ainsi pu parler du vécu subjectif des patientes et des moyens mis en place du côté des sages-femmes pour recueillir ces récits avec. Mais qu'en est-il du vécu subjectif des sages-femmes ?

c. Des sages-femmes impactées : quelles voies pour en parler ?

L'expérience des patientes impacte émotionnellement aussi celle des soignants aussi. Nous pouvons ainsi analyser une intersubjectivité sur les situations de violences obstétricales. Il y a une volonté de libérer la parole dans la même dynamique de la parole des patientes que celle des soignants. Mais le contexte de l'hôpital et le système dans lequel sont imbriqués les soignants ne le permet pas toujours. C'est ce qu'explique Malory. Elle exprime ainsi, une volonté d'avoir un espace où il est possible de parler en tant que soignant qu'elle ne trouve pas aujourd'hui dans le système actuel :

*« Il y a plein de choses à prendre en compte, c'est très important, il faut bien continuer à leur donner de la voix, **mais nous aussi on a une voix à porter mais on ne nous donne pas toujours la chance, l'opportunité de nous exprimer également, sur des situations qui peuvent être également maltraitantes pour nous, de par les patientes et surtout, beaucoup du système de soins dans lequel on est aujourd'hui.** » (Malory, sage-femme en niveau III)*

Victoire raconte qu'elle aimerait que des choses soient mis en place dès les études afin de permettre une réflexion autour de la question :

*« En tant que sage-femme de la nouvelle génération, j'ai l'impression qu'on est un peu plus sensibilisés à ça, mais je pense que **ça ferait pas de mal quand même des fois effectivement un cours un peu éthique, de reprendre des témoignages et de se pousser à s'évaluer.** [...] je pense que ça vaut clairement le coup vu quand même ce qu'il se passe encore donc, ouais, **moi je suis vraiment pour qu'on reprenne des moments de discussion sur ce que les femmes peuvent dire.**» (Victoire, sage-femme en niveau III)*

Ainsi, la parole et surtout le vécu des patientes est ainsi un élément qu'il est intéressant à analyser pour les professionnels de santé, dans l'optique de compréhension des deux partis. Les sages-femmes l'accent sur le manque d'espace de parole identifié pour pouvoir s'exprimer en tant que professionnel. De plus elles mettent en place des outils pour écouter la parole des victimes. Mais comment peuvent-elle les écouter, prendre en compte ? Par le manque de définition de la notion de violence obstétricales, des stéréotypes autour de la question se mettent en place, en particulier de la part des professionnels. Par quels moyens peuvent-elles analyser les discours des patientes ?

2. La « zone grise », un outil de qualification des violences obstétricales

Ecouter et entendre la parole de la femme est tout le cœur de la problématique actuelle des violences obstétricales qui s'inscrit dans une logique de lutte contre les violences sexistes et sexuelles croissante depuis le mouvement #MeToo. Le manque de définition mène à une banalisation de notion de violence obstétricale et ne fait pas l'unanimité des professionnels. Nous allons donc introduire une nouvelle grille de lecture des violences obstétricales afin de pouvoir prendre en compte les récits de violence.

a. Les violences obstétricales : des violences « évidentes » et celles qui le sont moins

Les sages-femmes interrogent une médecine ancienne en qualifiant certains témoignages de violence obstétricale comme de la « vieille violence ». La date du témoignage est souvent demandée quand l'expérience paraît très violente mettant en opposition des pratiques plus anciennes avec les pratiques obstétricales actuelles. C'est ce qui est expérimenté notamment sur la vignette du témoignage d'« une claque sur les fesses » de la part d'un soignant lors d'une consultation. Victoire, par exemple, ne peut pas s'imaginer que ce témoignage soit récent :

*« Ouais, clairement. Ça fait vieux, **enfin c'est du vieil abus quoi. Ça c'est de la vieille violence pour moi.** Mais peut-être que je me trompe... sûrement parce que je pense que ça doit arriver encore mais... Ouais, pour moi c'est trop gros. » (Victoire, sage-femme en niveau III)*

Cette perception de la violence, mettant en opposition des pratiques que l'on n'expérimenterait plus aujourd'hui en pratique est une illustration du mythe de « l'égalité déjà-là » dont parle Christine Delphy⁶⁹, sociologue et féministe française. Elle désigne à travers ce mythe les rhétoriques qui renvoient ce type de violence au passé. Cela participe à la minimisation voir au déni des situations de violences. En effet, cela se manifeste par des mécanismes qui soutiennent l'idée que la violence est une affaire du passé ou alors qu'on n'y est pas confronté dans son cercle identitaire (avec souvent des dynamiques racialisantes) ou alors dans son cercle personnel affectif (dans sa famille ou dans son collectif professionnel).

Ce que nous pouvons aujourd'hui observer dans le corps médical hospitalier, c'est qu'il est possible de confronter les violences obstétricales « évidentes » qui sont assimilables « aux vieilles pratiques » à une « zone grise », plus insidieuse. C'est ce que développe Solène lorsque nous lui avons demandé la manière dont elle qualifierait une des vignettes de témoignage. Elle définit dans un premier temps la violence obstétricale telle qu'elle est perçue aujourd'hui, qui ne fait pas débat :

*« En fait, pour moi, les violences obstétricales, si j'élargis un petit peu, il y en a plusieurs, enfin, on a plusieurs types, **il y a vraiment, on va dire, la violence obstétricale qui va pas faire débat où tout le monde va être d'accord dessus pour dire voilà, il y a eu vraiment une intention... Une intention, plus ou moins, mais en***

⁶⁹ Delphy, C. (2004, mai 1). *Retrouver l'élan du féminisme*. Le Monde diplomatique. <https://www.monde-diplomatique.fr/2004/05/DELPHY/11173>

tout cas quelque chose où il y a eu un manque de bienveillance, un manque de prise en compte du patient, un non-respect des volontés, du confort, de la douleur. Et où là, tout le monde va être plus ou moins d'accord. » (Solène, sage-femme en niveau III)

Puis, un peu plus loin, elle classe les autres types de violences obstétricales dans sa définition de la « zone grise », qui représenterait selon elle, la majorité des violences obstétricales actuelles :

« Et il y a la zone un peu plus grise du bah il y a avait absolument pas l'intention de faire du mal à la patiente, certainement la très grande majorité des violences obstétricales, mais il en résulte un vécu violent de la part de la patiente. » (Solène, sage-femme en niveau III)

Cette « zone grise » est au cœur des débats autour du consentement (plus précisément du non-consentement) notamment dans le cadre de la définition juridique du consentement, notamment en matière de viols ⁷⁰, montrant la complexité et la multiplicité des situations.

Il était donc intéressant de transposer cette notion autour de la question des violences obstétricales. En effet, elle est portée par la subjectivité de la situation autant du côté de la patiente que du côté du soignant. Ce sont des situations qui, pour Solène, devraient être analysées et réfléchies, encore plus que les situations évidentes puisqu'elles font parties du quotidien en tant que professionnel de santé :

« Et donc ça, c'est au même titre pour moi, des situations de violences obstétricales auxquelles il faut réfléchir en tant que soignant, peut-être encore plus parce qu'elles sont moins évidentes justement. Donc on a tous un pied dedans tout le temps. » (Solène, sage-femme en niveau III)

Un peu plus loin, elle nous raconte qu'aujourd'hui la plupart des soignant définissent les violences obstétricales à travers la notion d' « intentionnalité ». Or selon elle, la grande majorité des violences obstétricales, n'ont pas de caractère intentionnel à la base :

« Parce que pour beaucoup la violence obstétricale c'est quand il y a une intention de commettre une violence. Mais je pense que dans 99 % des cas de violences

⁷⁰ Boucherie, A. (2019). Du « vrai viol » aux « zones grises ». Juger du (non) consentement dans la sexualité contemporaine française. *Archives de philosophie du droit*, 61(1), 375-386. <https://doi.org/10.3917/apd.611.0386>

obstétricales, il y a pas d'intention de commettre une violence, pas comme quand on va mettre un pain à quelqu'un dans la rue, c'est pas du tout du même registre de la violence. Ce sont des violences qui sont implicites en tout cas, qui effectivement n'ont pas forcément une intention mais qui ont une résultante qui est le vécu la patiente qui est le même, donc finalement y a pas de différence. »
(Solène, sage-femme en niveau III)

Ainsi, il est donc intéressant d'appréhender les violences et leur qualification par le critère de l'intentionnalité. En effet, elle est partie intégrante de cette « zone grise ». Au-delà de la matérialité des faits (la pratique), il y a aussi un élément moral. Avec cette perspective, il est possible d'analyser le niveau de conscience ou non de la violence en pratique, critère qui permettrait de se dédouaner de certaines situations si la personne n'avait pas conscience des répercussions de ses actions sur la personne.

Le risque lié à définir les violences obstétricales seulement par les violences dites « évidentes » est de retomber dans une logique d'objectivation d'un ressenti et donc de manquer à la légitimation de la problématique, une disqualification de la parole des femmes menant à une négation des violences.

b. Des violences « ordinaires » ?

Dans le cadre des violences obstétricales, la « zone grise » ferait partie des situations qui n'interpellent pas forcément le soignant à première vue puisqu'elles font partie de leur quotidien, de la routine, en particulier dans les maternités où l'activité est très intense. Ce qui a pu être observé en dehors des entretiens au détour de discussions avec des sages-femmes en stage notamment, c'est que lorsqu'un soignant parle de la problématique des violences obstétricales, on entend souvent le discours qui explique qu'aujourd'hui on ne pratique plus d'épisiotomies, que l'expression utérine est interdite et donc la finalité est qu'on ne se sent pas violent dans sa pratique. Les violences obstétricales sont donc facilement réduites aux violences « évidentes » qui ne font pas débat dans la subjectivité de chacun. En revanche, si nous prenons par exemple, les situations de naissance par voie basse

instrumentale, où rapidement nous passons d'un accouchement dans l'intimité entre sage-femme et patiente à une situation d'urgence avec toute l'équipe médicale qui rentre dans la salle, c'est une situation qui peut potentiellement mener à un vécu traumatisant pour la patiente. Tous ces éléments participent à une banalisation du vécu de l'expérience de la violence.

Cette notion est illustrée dans l'article de Mathieu Trachman sur « L'ordinaire de la violence »⁷¹. En effet, il démontre dans son article comment les violences s'insèrent dans les pratiques quotidiennes et en deviennent invisibles, ordinaires.

Le 5 mai 2024, une enquête sur les violences sexistes et sexuelles à l'hôpital (« Des blouses pas si blanches »⁷²) a été diffusée sur M6 suite au mouvement de libération de la parole #MeeTooHôpital. La culture hospitalière y est ainsi analysée et dénoncée à plusieurs niveaux. L'environnement violent et toxique de l'hôpital est perpétué depuis de nombreuses années et commence tout juste à être dénoncé. Une nouvelle question se pose : comment percevoir, qualifier la violence dans un environnement professionnel où des systèmes de dominations et de hiérarchies participent à la violence ? C'est ce que nous allons essayer d'analyser dans une dernière partie, en se concentrant sur l'analyse des sages-femmes des différentes situations de violences obstétricales présentées.

3.Reconnaître les violences en tant que soignant imbriqué dans un système hospitalier : analyse du récit de sage-femmes hospitalières

Nous avons analysé les différentes réactions des professionnels face au récits de violences récoltés sur les réseaux sociaux.

a) *Plaquette 1 : Le consentement*

Il y a des sujets tels que le consentement qui ont fait l'unanimité des sages-femmes. Le consentement est la base de leur pratique quotidienne, au même titre que

⁷¹ Trachman, M. (2018). L'ordinaire de la violence. Un cas d'atteinte sexuelle sur mineure en milieu artistique. *Travail, genre et sociétés*, 40(2), 131-150. <https://doi.org/10.3917/tgs.040.0131>

⁷² *Des blouses pas si blanches : Enquête sur les violences sexistes et sexuelles à l'hôpital sur 6play : voir les épisodes en streaming.* (s. d.). 6play. Consulté 9 mai 2024, à l'adresse https://www.6play.fr/des-blouses-pas-si-blanches-enquete-sur-les-v-p_25792

dire bonjour et se présenter aux patientes. C'est ce que Madeleine raconte en réaction à cette première plaquette de témoignage :

*« « Je peux vous examiner » ? C'est la phrase que je prononce le plus sur mon lieu de travail, je pense franchement. Bah à part « Bonjour je m'appelle ..., je suis sage-femme » mais même pas parce qu'en fait ça on le répète à chaque fois donc ouais **bah la base de notre travail.** » (Madeleine, sage-femme en niveau II)*

Les sages-femmes enquêtées mettent l'accent sur l'importance de l'information complète du déroulé de l'examen. En effet, il est crucial d'expliquer clairement à la patiente ce qu'implique l'examen, en particulier au vu de la dimension intrusive du geste. La formulation est aussi essentielle que le consentement en lui-même. Le consentement est donc une notion qui fait partie clairement des limites que nous pouvons dessiner autour des violences obstétricales. En 2022, le CNGOF a rédigé et publié une « Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique » qui reprend tous ces éléments.⁷³ En revanche, Camille met bien l'accent sur la potentielle dimension implicite que ce consentement peut impliquer dû à cette posture de soignant :

*« Mais ouais, les choses où j'ai été témoin de ce consentement dont les limites sont un peu floues. **Parce qu'on a aussi un peu bah toujours cette position de soignant où en fait, je sais pas vraiment si les femmes sont au courant qu'elles peuvent refuser. Genre j'ai l'impression que c'est un dû « Faites ce que vous avez à faire ; Bah oui c'est votre travail ; Bah oui y a pas de souci.** » » (Camille, sage-femme en niveau II)*

Ainsi, dans la relation de soins, la « zone grise » du consentement est incarnée par cette présomption de consentement.

L'autre limite de ce consentement se retrouve dans des contextes d'urgences où les sages-femmes peuvent se sentir violentes dans leur prise en charge. En effet, quand l'activité est au maximum, les touchers vaginaux se font « à la chaîne » et le risque est de ne pas prendre le temps nécessaire pour toutes les étapes de l'examen. C'est ce dont témoigne Océane :

« Il y a toujours ce truc de parfois quand t'es speed aux urge' et que tu dois les examiner un peu à la chaîne tout ça... Parfois je me dis, je vais peut-être un peu vite, des fois je me sens un peu speed et je me dis que ça... je vois que certaines même si j'ai demandé

⁷³ Belaisch Allart, J. (2022). Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 50(4), 289-290. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2022.03.004>

qu'elles m'ont dit oui et tout, parfois tu les brusques un petit peu...» (Océane, sage-femme en niveau III)

b) Plaquette 2 : La mauvaise prise en charge ou déni de la douleur

Sur l'aspect de la prise en charge de la douleur et particulièrement l'écouter et l'entendre, le témoignage a fait beaucoup réagir les sages-femmes avec une affirmation indéniable que : ne pas prendre en charge la douleur est une forme de violence. En revanche, Solène explique que cette conscience n'est pas uniforme du côté de tous les soignants et classerait cette forme de violence dans la « zone grise ». En effet, cette situation est complexe dans la mesure où le vécu subjectif de la patiente est le point de départ et qu'il faut avoir les armes pour l'écouter. Pour elle, ne pas prendre en compte la douleur est une forme de violence :

« Et effectivement la douleur « je hurle de douleur », c'est évidemment, y a pas d'équivoque sur le fait que c'est un vécu extrêmement violent. Donc quand y a pas de prise en compte de cette douleur-là bah c'est une forme de violence. » (Solène, sage-femme en niveau III)

Du point de vue de Solène, il est urgent que les soignants prennent conscience qu'il est possible d'être vecteur de violence, même sans ce critère de l'intentionnalité :

« Mais voilà, ça ne suffit pas quoi maintenant ça suffit pas que les patients le disent, il faut qu'il y ait une prise de conscience des soignants, même s'il n'y a pas d'intention de créer ces situations de violence, j'ose espérer que dans la très grande majorité des cas, il n'y a pas d'intention. [...]. Mais là le débat il est là parce qu'il y a pas d'intention à la base, et qu'on n'a pas forcément conscience nous en tant que soignants qu'on est vecteurs de ces violences. Mais à partir du moment où il y a un vécu violent par la patiente comme là c'est le cas, c'est une situation de violence obstétricale. » (Solène, sage-femme en niveau III)

Les sages-femmes interrogées racontent en réaction au vécu de la patiente qui n'est pas soulagée et qui a mal, qu'elles-mêmes ont pu être témoins de situation similaires, notamment les césariennes « à vif », expliquant que dans une carrière de sage-femme, il est difficile de les éviter :

« C'est terrible hein, mais c'est dur je l'ai vécu moi aussi. On en a toutes vécu je crois en tant que sage-femme avec quelques années d'expérience, des césariennes à vif ça fait partie du package, des trucs qu'on va voir dans notre carrière. » (Madeleine, sage-femme en niveau II)

La césarienne « à vif » est un sujet tabou en obstétrique et peu d'études sont faites sur ce sujet. L'estimation des insuffisances d'anesthésie pour césarienne est de 0,1 à plus de 10 % selon le type d'anesthésie loco-régionale et les conditions de réalisation de cette intervention.⁷⁴ Marion explique, qu'elle y a été confrontée une première fois pendant ses études et qu'actuellement, elle ne pouvait plus tolérer cette pratique. Elle s'y oppose physiquement si nécessaire :

« Là, c'est au-delà de même d'une violence obstétricale, ça pour moi, c'est j'imagine la patiente peut-être dans une peur de mort à ce moment-là, aussi bien sûr pour son enfant, que pour elle. Déjà vu, hein, la première césarienne que j'ai vu, ça s'est passé comme ça. Donc quand j'étais étudiante, ça m'a traumatisé. Et depuis, j'en ai revu, sauf que maintenant la différence c'est que je m'interpose physiquement. Ou verbalement, c'est à dire je demande à ce que tout le monde arrête et qu'on réanesthésie correctement la patiente. » (Marion, sage-femme en niveau II)

c) *Plaquette 3 : La violence verbale*

La question de la violence verbale a été étudiée à travers le témoignage d'une patiente qui a été qualifiée par un soignant de « baleine échouée » et qui continue ses propos en disant « Bon courage, Monsieur ». Le témoignage se construit en deux parties avec la deuxième partie ayant questionné les sages-femmes sur la compréhension de la patiente sur les actes médicaux qu'elle a subi et qu'elle associe à ses douleurs. Ces propos ont suscité une indignation de la part de toutes les sages-femmes interrogées avec des réactions similaires dès la première lecture du témoignage du registre du choc et de l'incrédulité. Les propos ont été considérés comme humiliant et dévalorisant qui n'ont pas lieu d'être en particulier dans une relation de soins selon les sages-femmes. Malory ne comprend pas que ce genre de parole puisse être prononcé de la part d'un professionnel de santé :

« Oulah... « on dirait une baleine échouée, vous vous êtes vue, bon courage monsieur »... (soupire) Franchement... Là c'est... C'est tellement nul que je sais pas quoi en dire... c'est tellement bas que je sais pas... Je pense que c'est interdit de dire ça à une patiente, peu importe son IMC, peu importe des difficultés de prise en charge qui sont liées à son surpoids. » (Malory, sage-femme en niveau III)

⁷⁴ Sigrand, O., & Laville, A.-C. (2020). La césarienne en urgence. *Oxymag*, 33(174), 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.oxy.2020.08.003>

Selon Solène, ces propos et la dévalorisation qui en découle fait partie de ces violences obstétricales quotidiennes dans le milieu hospitalier. Elle met dans un premier temps, l'accent sur le caractère évident de cette violence :

« Là je crois que finalement ça c'est des choses qui font moins débat et qui mettront tout le monde d'accord pour dire que c'est voilà, c'est... on a même pas les mots quoi. C'est pathétique, c'est méchant, c'est absolument humiliant, dévalorisant et ça doit jamais être dans la bouche de quiconque est encore moins d'un soignant. »
(Solène, sage-femme en niveau III)

Puis, un peu plus loin, elle raconte que pour elle, ce genre de propos qu'elle qualifie de « dévalorisants » font partie du quotidien à l'hôpital :

« Et d'être humiliants, d'être pas dans la bienveillance tout ça, ça c'est des choses qui sont pas possibles pour les soignants et qui font, évidemment, complètement partie des violences obstétricales, à mon sens, peut-être même les plus fréquentes d'ailleurs, les mots, les situations de dévalorisation » « Madame, vous exagérez, vous êtes pas si mal que ça, non n'exagérez pas, un Toucher vaginal, ça fait pas si mal. »
Ça, je pense que c'est des situations les plus banales rencontrées et qui sont dramatiques. » (Solène, sage-femme en niveau III)

L'autre aspect qui ressort de cette plaquette est la dénonciation par les sages-femmes de la « grossophobie à l'hôpital ». Ce témoignage regroupe en effet des propos discriminatoires sur des stéréotypes liés au corps de la femme et donc misogynes et sexistes.

« Voilà grossophobie à l'hôpital, c'est pas peu courant non plus hein finalement [...] Je l'ai vu dans tout type d'hôpitaux, par tous types de professionnels, j'ai pas l'impression que ça corresponde plus à un genre qu'à un autre aussi tu vois, j'ai l'impression que ça concernait aussi bien les hommes que des femmes... » (Marion, sage-femme en niveau II)

La problématique de la « grossophobie » en particulier dans la sphère médicale, notamment obstétricale n'a fait l'objet que de peu d'études universitaires en France. Nous pouvons citer la thèse de Solenne Carof « Grossophobie - Sociologie d'une discrimination invisible »⁷⁵ qui est une des pionnières sur le sujet en France. Elle

⁷⁵ Carof, S. (2021). *Grossophobie : Sociologie d'une discrimination invisible*. Éditions de la Maison des sciences de l'homme.

permet, dans son ouvrage, d'effectuer une analyse systématique de la stigmatisation faite aux personnes en situation de surpoids ou d'obésité en France. Les sages-femmes témoignent de cette stigmatisation à travers la prise en charge et la catégorisation de l'obésité comme une pathologie à travers l'IMC. D'un point de vue social, l'IMC produit des catégories dans lesquelles les personnes concernées ne se reconnaissent pas nécessairement, particulièrement lorsqu'elles se situent à proximité des seuils prédéfinis.⁷⁶ Nous pouvons également citer l'étude de Jeanna-Eve Franck et al. qui étudie le suivi gynécologique en particulier le frottis et l'association avec l'IMC. Cette étude met ainsi en évidence une dissuasion des femmes en situation d'obésité par le système de santé à rentrer dans les dépistages systématiques.⁷⁷ Victoire explique le côté médical de cet IMC et les difficultés liées à la prise en charge qui renvoient aux limites du soignants :

« Ouais, non, c'est pas entendable cette phrase-là. Même, on sait que forcément l'obésité c'est une pathologie. Enfin, je sais qu'on est dans l'acceptation du corps et qu'on revendique il faut s'accepter mais dans le médical, malheureusement, ça reste une pathologie que de peser 150 kilos pour un mètre soixante ; que c'est des difficultés d'opérations, des difficultés matérielles, ça peut compliquer les accouchements bien évidemment, mais c'est clairement pas une phrase à sortir... » (Victoire, sage-femme en niveau III)

d) Plaquette 4 : L'absence d'accompagnement/de bienveillance

Le témoignage illustrant cette thématique a porté débats à travers les réactions des sages-femmes. Elle a suscité la dénonciation de propos s'assimilant à de la violence verbale de la part d'un corps de métier peu abordé dans nos analyses jusqu'à présent, celui de l'équipe anesthésiste composée de médecins-anesthésistes accompagné d'un.e infirmier.e anesthésiste (IADE) selon les structures. Les sages-

⁷⁶ Schlegel, V. (2021). Solenne Carof, Grossophobie. Sociologie d'une discrimination invisible. *Lectures*. <https://doi.org/10.4000/lectures.50839>

⁷⁷ Franck, J.-E., Ringa, V., Rigal, L., Sassenou, J., Cœuret-Pellicer, M., Chauvin, P., & Menvielle, G. (2021). Patterns of gynaecological check-up and their association with body mass index within the CONSTANCES cohort. *Journal of Medical Screening*, 28(1), 10-17. <https://doi.org/10.1177/0969141320914323>

femmes témoignent ainsi d'une manifestation de la limite de la toute-puissance médicale comme énoncé précédemment, dans le cadre d'une pose d'analgésie péridurale d'une patiente qui exprime fort sa douleur. Elles y voient un professionnel dépassé par les émotions que la douleur peut faire subir. Ségolène justifie le contexte notamment par les répercussions des conditions de travail en salle d'accouchement :

« Bah ça je pense que c'est le professionnel qui est débordé, hein, qui est débordé pour plein de raisons, débordé parce qu'il y a plein de travail, débordé parce que la souffrance que vit cette femme, qu'elle exprime visiblement très fort c'est insupportable pour le professionnel, probablement. » (Ségolène, sage-femme en CPEF)

La situation la plus fréquemment observée est celle de la demande de la perfection de la prise de position pour que l'acte puisse être réalisé dans les bonnes conditions pour le professionnel qui a le pouvoir de soulager sa douleur. Solène revient sur l'analyse de la situation en amenant la notion de sentiment de « toute puissance médicale » :

« Donc effectivement pour moi ce qui va autoriser un soignant à parler comme ça à un patient, c'est un sentiment effectivement de toute-puissance, de supériorité, de « de toute façon c'est moi qui ai la clé, c'est moi qui sait la mettre ta péridurale, donc si tu veux que je te la mette tu vas la fermer parce que là moi je peux pas me concentrer ». Pour en arriver à un tel degré de sentiment de supériorité, bah c'est parce que toute sa vie on a été... c'est un autre sujet, mais on a été ancré dans des pratiques médicales de toute puissance de supériorité. » (Solène, sage-femme en niveau III)

Ainsi, la patiente se retrouve dans une position de hiérarchiquement inférieure :

« Alors beaucoup chez les médecins mais pas que, dans tout le corps médical, y a quand même quelque chose dans notre société qui fait que le patient et le soignant sont pas mis au même niveau quoi. Y a cette supériorité et que donc parce qu'on a cette supériorité, on va se permettre ce genre de comportement. Parce que c'est comme ça quoi, le patient il a pas son mot à dire. [...] Et d'ailleurs j'explique toutes les situations de violences obstétricales.... en tout cas celles qui sont... enfin non toutes, de cette façon-là. » (Solène, sage-femme en niveau III)

Les sages-femmes montrent une certaine habitude à ce genre de situation. Marion exerce dans une maternité de niveau II où les poses de péridurales ne sont

pas toujours en compagnie d'IADE et dans le cas échéant, ce sont les sages-femmes qui servent la pose. Elle explique, que l'équipe est plutôt formée à l'accouchement physiologique et que ce n'est plus tellement quelque chose qu'elle expérimente au quotidien dans sa structure :

« Ça, ça nous arrive plus dans mon établissement, tu vois, ça n'arrive plus, soit parce que tout le monde est très formé à la prise en charge de la douleur et à l'accouchement physiologique et donc sait répondre à des douleurs très intenses, et cetera. Parce que c'est plus une question en fait, cette douleur là on sait l'appréhender. » (Marion, sage-femme en niveau II)

e) *Plaque 5 : La brutalité dans les gestes, les comportements – le non-respect de l'intimité et de la pudeur :*

La situation énoncée dans cette plaque est le témoignage d'une patiente qui a reçu « une tape sur [ses] fesses pendant qu'[elle se] rhabillais ». Cette plaque a été celle qui a suscité le moins de discussion. Elle ne fait absolument pas débat et toutes les sages-femmes sont d'accord sur la classification de la situation pour l'intégrer comme une violence obstétricale. Solène qualifie cette violence obstétricale de « claire » :

*« Bon bah là on est dans ce que je qualifiais de la **violence obstétricale claire, sur laquelle on doit tous être d'accord pour dire que voilà, c'est une agression sexuelle qui est très grave, et là-dessus je crois que tout le monde sera d'accord.** » (Solène, sage-femme en niveau III)*

La qualification du geste même a été plus nuancée. Les termes utilisés ont été : « violence sexuelle », « attouchement sexuel », « agression sexuelle », « violence sexuelle ou à caractère sexuel », « gestes déplacés », « harcèlement sexuel ». Elle a suscité du dégoût chez les sages-femmes. En revanche, les interrogées ne témoignent pas forcément de situations similaires rencontrées dans leur pratique et assimilent ce genre de situation à de la « vieille médecine » et pensent que ce n'est plus une situation tant rencontrée de nos jours. C'est ce dont témoigne Riad pour qualifier ce témoignage :

*« Ce témoignage-là du coup « il m'a tapé sur les fesses pendant que je me rhabillais » pour moi, c'est pas un geste de sage-femme, c'est pas un geste de gynéco de moins de 40 ans, on va dire. Enfin c'est de la **vieille gynécologie** qui se fait plus trop, voilà. Donc effectivement, ça m'évoque tout ce dont on a parlé avant, hein ?*

Pour moi, là on est dans : où est l'acte médical ? Il n'y en a pas. Où est le consentement ? Il n'y en a pas. C'est l'attouchement pur et simple. Voilà » (Riad, sage-femme en niveau III)

Ce qui est également intéressant est l'association du geste fréquente à celle d'un gynécologue, faisant partie d'une ancienne génération de soignants, en salle de consultation. Par exemple, Victoire a l'impression que ce témoignage ferait plutôt partie de la génération au-dessus d'elle :

*« Ouais, ça me paraît complètement... Dépassé. **Moi les violences actuelles quand même, enfin en tout cas que je peux observer, c'est pas quand même de ce niveau-là.** Je pense qu'enfin en tout cas les hommes... oui « il ». Les hommes avec qui on travaille actuellement sont quand même bien sensibilisés sur attention en fait, parce que le moindre geste peut être super mal interprété. Ca je trouve ça trop gros pour que ce soit vu. Après c'est peut-être lors d'une consultation gynéco ou un truc comme ça. La tape sur les fesses, je trouve ça un un peu gros.[...] **Non, mais j'ai l'impression, que c'est plus la génération de nos parents.** » (Victoire, sage-femme en niveau III)*

f) Plaquette 6 : L'absence de réaction du professionnel face à une situation de violences obstétricales

La plaquette représentant cette situation a permis de soulever plusieurs problématiques. Les sages-femmes observent une situation de violence obstétricale à travers ce témoignage, qui leur a suscité de l'indignation à travers les termes utilisés dégradants par le soignant « le terrain est pourri, pourri ». Riad est même choqué devant ce témoignage qu'il qualifie comme étant un manque de « savoir-être » :

*« Autant tout à l'heure ça m'étonnait, **là je suis plutôt choquée.** « Le terrain est pourri ». Ça m'évoque que pour la personne qui dit ça, on n'a pas une personne en face de soi, on a un « terrain ». Non, c'est complètement un manque de savoir être, hein. Ça m'évoque un manque de savoir, mais là que ce soit gynéco, pas gynéco, même n'importe quel être humain, personne ne dit ça quoi enfin. » (Riad, sage-femme en niveau III)*

La deuxième partie du témoignage a permis de soulever l'attitude de la sage-femme présente lors de l'événement qui n'a pas réagi. Ainsi, elles ont pu identifier dans la complexité de cette situation en se reportant sur leurs pratiques personnelles

et se mettant à la place de la sage-femme. Elles reconnaissent l'état de sidération que peuvent susciter de tels propos. Solène dénonce la problématique qu'implique le silence face à ces situations, notamment sur les mécanismes de banalisation de la violence tant à l'échelle du soignant que l'échelle de la patiente :

*« On en parlait tout à l'heure hein, de ce truc de ne rien dire, même quand on est choqué. Bon, sur les mots, encore une fois, c'est le même registre, c'est terrible et voilà, c'est inexcusable et absolument choquant. Sur le fait que la sage-femme qui est pourtant choquée, ne dise rien, à la fois, il y a 2 choses : **il y a que c'est grave de ne rien dire puisque ne rien dire c'est cautionner et donc c'est aller dans le sens et du coup ça renforce aussi chez la patiente ce sentiment de « ah bah si même la sage-femme n'a rien dit et c'est que bah c'était vrai... » et que donc ça banalise une situation de violence** » (Solène, sage-femme en niveau III)*

Ainsi, cette plaquette permettait d'ouvrir la discussion sur les mécanismes de l'entretien du silence dans le système hospitalier tel qu'il est organisé aujourd'hui dans le monde obstétrical notamment en dénonçant une hiérarchie présente. Cette hiérarchie s'exprime à plusieurs niveaux : entre sages-femmes et médecins, entre les soignants et la direction mais également entre les étudiants et les professionnels, comme étayés dans la partie 2 de ce mémoire.

Enfin, dans la dernière partie de nos entretiens, nous avons posé deux questions plus générales, autour de la relation de soins avec les patientes :

*g) Question 1 : Témoignages d'expériences **positives** de la relation de soins avec les patientes :*

Ce qu'il ressort de cette question sont des expériences marquées par la communication et l'empathie. Les sages-femmes témoignent de l'importance de cette communication pour rassurer, mettre en confiance et accompagner les patients dans leur parcours de soins. Elles mettent en opposition cet aspect de prise en charge marquée par la bienveillance avec un premier accouchement vécu comme traumatisant pour la patiente et soulignent l'impact positif que peuvent avoir une écoute active et de « prendre le temps » pour réparer une méfiance envers le monde médical. Marion raconte dans ce contexte, une anecdote avec une patiente avec qui elle a pu faire un réel travail de déconstruction du premier accouchement :

*« Entre autres, j'ai le souvenir d'une, où j'avais le temps aussi de pouvoir **faire ce travail de déconstruction du trauma du premier accouchement**, parce qu'il y a ça aussi à l'hôpital, c'est à dire qu'on n'a pas le temps. » (Marion, sage-femme en niveau II)*

Le point positif sur lequel Marion met l'accent est le temps qu'elle a pu prendre pour cette prise en charge et sur les répercussions positives que cela a engendré chez sa patiente, liées, notamment au rapport au corps :

*Et derrière j'ai eu le temps de lui faire une empreinte placentaire, j'ai eu le temps de faire tout ça et tout, et rien que ça... J'en ai plusieurs des expériences comme ça et **la joie de ces gens dans ce que ça peut réconcilier avec son corps et de ce que ça peut réconcilier dans son histoire personnelle et dans son histoire avec ses enfants, ça me suffit pour toujours quoi vraiment. J'en ai quelques-unes comme ça où j'ai eu le sentiment de réparer un truc. Dans son rapport à... dans son couple dans ouais, sa maternité dans et dans son rapport au corps quoi.** » (Marion, sage-femme en niveau II)*

Dans cette expérience l'aspect du temps à l'hôpital ressort, Madeleine souligne également ce point dans une relation de soins réussie :

*« Ça c'est hyper satisfaisant et c'est parce que **j'ai pris le temps de lui expliquer l'intérêt de mon examen, lui expliquer comment j'allais faire parce que le geste est engagé, ça ne veut pas dire que le geste doit être terminé et ça, il faut le dire à nos patientes. Et moi je le dis toujours, quand je fais un examen, même sur une dame qui est hyper à l'aise avec ça, je trouve que c'est... et puis enfin je trouve que c'est un chemin hyper intéressant.** » (Madeleine, sage-femme en niveau II)*

L'autre élément soulevé est celui de la réussite de la réintégration de la patiente dans parcours de soins. En effet, à la suite de ces vécus traumatisants potentiellement de violences obstétricales et gynécologiques, de nombreuses patientes sortent du parcours de soin et n'osent plus se rendre dans les cabinets pour leurs examens de routine. C'est ce qu'a expérimentée Camille, lors de son activité en libéral. Elle raconte une situation de soins avec une patiente d'une cinquantaine d'année qui était venue consulter une sage-femme pour la première fois après de longues années de suivi par un gynécologue entres autres à cause de la pénurie de gynécologues actuelle. La patiente l'a remercié pour le moment agréable qu'elle a passé dans son cabinet :

« Et en fait elle est sortie du cabinet et elle m'a dit « mais merci » et elle avait presque les larmes aux yeux. Elle m'a dit « merci en fait je n'ai jamais je n'ai jamais eu un moment aussi agréable en fait où j'ai pu parler où voilà vous m'avez demandé comment j'allais, je n'ai pas dû me mettre toute nue. Voilà je ne me suis pas sentie objet, c'est la première fois qu'on m'a demandé si je pouvais me mettre le spéculum, par exemple. » Et elle m'a remerciée. » (Camille, sage-femme en activité mixte)

Camille raconte que pour elle, elle a seulement fait son travail et nous exprime sa colère face à cette situation :

« D'un autre côté, je suis hyper en colère parce que pour moi c'est juste normal en fait d'expliquer, de proposer de voilà. Je suis hyper en colère que ces femmes là pendant des années en fait bah elles ont certainement été victimes en fait de ces violences gynécologiques. Et pourquoi aujourd'hui, elles sont obligées de me remercier. Enfin, je n'ai pas envie qui me le remercie quoi, c'est juste normal. » (Camille, sage-femme en activité mixte)

Les sages-femmes expérimentant cet aspect de réparation ressentent une réelle utilité de leur accompagnement et obtiennent un réel sentiment de satisfaction vis-à-vis de leur prise en charge.

*h) Question 2 : Témoignages d'expériences **négatives** de la relation de soins avec les patientes :*

Cette question a été compliquée à poser dans la mesure où elle renvoie à ses propres limites en tant que professionnel de santé. En effet, le cas le plus fréquemment cité est celui de l'échec de lien créé avec la patiente, souvent dans une ambiance de méfiance du corps médical et un souhait de non-médicalisation de son accouchement. Ces situations ont créé un sentiment de frustration chez les sages-femmes qui se sentent dépassées. C'est ce dont nous témoigne Malory dans une situation vécue sur une garde de nuit, où une patiente était méfiante du corps médical :

« Ouais, bah ça m'est déjà arrivé d'être confrontée à une patiente avec qui il n'y avait pas de dialogue possible. On ne pouvait pas l'examiner, mais elle avait mal, elle venait pour contractions douloureuses mais on ne pouvait pas l'examiner, on pouvait pas lui mettre de monito, on pouvait pas lui poser de voie veineuse, elle voulait pas de médicament, elle voulait rien en fait. Et du coup, le dialogue était vraiment difficile et c'est vrai qu'au bout de 4h avec cette patiente, c'était une garde

de nuit, j'ai laissé la main à une autre sage-femme » (Malory, sage-femme en niveau III)

Elle raconte la complexité de cette situation qui la renvoie à ses limites autant en tant que professionnelle que personne humaine. Elle identifie qu'à ce moment, elle aurait pu faire preuve de violence notamment verbale. :

« Et je pense qu'effectivement à ce moment-là j'aurais pu faire preuve de violence verbale envers cette patiente, parce qu'un peu exaspérée, un peu désabusée de son comportement... Et là tu perds ton objectivité, parce que moi du coup je me suis dit cette patiente elle est immature, elle n'a pas un bon caractère, elle est pas sympa, elle est pas sympa avec moi, elle est pas sympa avec l'équipe et honnêtement je voyais pas comment je pouvais correctement la soigner. [...] Et j'ai senti que moi-même j'avais des limites à ce que je pouvais endurer moi en tant que soignante face à un caractère qui est parfois aussi un peu compliqué à gérer. » (Malory, sage-femme en niveau III)

Victoire a vécu à peu près la même situation et admet également :

« Et je n'ai pas réussi à créer de lien avec cette femme et tout ce que je pouvais lui proposer ne passait pas... et là moi je me suis sentie violente alors que pourtant je n'avais rien de violent. » (Victoire, sage-femme en niveau III)

Ce qui ressort aussi de ces expériences de méfiance du corps médical de la part des patientes et qui a pour conséquence un sentiment d'injustice pour les sages-femmes, est l'effet délétère que peuvent avoir les réseaux sociaux. C'est ce dont témoigne Madeleine en discutant de ce que fait ressentir à l'échelle personnelle, le doute d'une patiente et la méfiance du le corps médical :

« Mais par contre, il y a aussi ce côté ben dans les réseaux sociaux et dans toute l'appropriation du parcours médical qu'on a donné aux femmes. On a aussi mis en valeur une espèce de complotisme médical et en fait moi je donne tout pour mes patientes. Et justement je suis ce genre de sage-femme et je pense que la plupart sont ce genre de sage-femme qui faisons hyper gaffe à ça, et cetera. Donc quand ma patiente doute de moi et doute de mes intentions, je le prends hyper à cœur et c'est hyper difficile. » (Madeleine, sage-femme en niveau II)

Ainsi, Madeleine montre l'implication émotionnelle qu'elle met dans sa relation de soins. Elle aimerait que ces patientes se laissent surprendre et puisse voir qu'elle est bienveillante dès le départ :

« Mais en fait qu'on présuppose que j'ai pas cette bienveillance là, ça fait hyper mal parce que justement c'est là où je bouffe toute mon énergie, c'est de faire tampon quand il y a des situations de pas bienveillance, de si... de faire tampon aussi entre bah mes impératifs temporels et de contraintes et de charge de travail qui pourrait évidemment être facilitées par des violences obstétricales donc ça c'est sûr qu'être violent, c'est beaucoup plus simple. Tu viens t'arrives, tu dis pas bonjour, tu as des droits, tu sais son col et t'as gagné 20 minutes. Mais sauf qu'en fait ça c'est... du coup quand on doute de moi par rapport à ça je trouve ça hyper dur parce que je me dis bah en fait non, j'ai fait ce métier justement pour pouvoir apporter ça aux dames. Le fait qu'on doute de moi, je me dis mince... » (Madeleine, sage-femme en niveau II)

En effet, les contraintes temporelles et organisationnelles du système hospitalier sont donc dénoncées comme source potentielle de violence, en particulier si on choisit le chemin de la « facilité » sans faire d'effort en tant que professionnel de santé sur notre prise en charge.

Ainsi, nous avons pu analyser grâce aux témoignages de violences obstétricales, les éléments que peuvent identifier les sages-femmes pour chaque situation et dévoiler à leur échelle personnelle comment ces violences les impactent dans leur quotidien de professionnel.

CONCLUSION

Dans une première partie nous avons vu que le système hospitalier des maternités tel qu'on le connaît de nos jours a été le fruit de bouleversements à plusieurs échelles. Nous avons pu étudier les mouvements de revendications qui en ont découlé d'un point de vue des sage-femmes mais aussi de patientes, introduisant dans ce contexte, la notion de violences obstétricales.

La deuxième partie nous a permis de se focaliser sur le récit des sage-femmes et en particulier sur leurs révélations autour de l'institution du système hospitalier. Elles apportent une analyse de la socialisation professionnelle des médecins et des sage-femmes entraînant des conséquences hiérarchiques tant entre ces deux professions que dans la relation de soins avec les patientes.

Puis dans une dernière partie, nous avons fait une analyse des récits des sage-femmes autour des témoignages de violences obstétricales pour identifier leur définition à leur échelle de professionnelle mais aussi personnelle.

Le sujet des violences obstétricales a été un sujet autant controversé qu'intéressant à étudier. Nous avons pu comprendre et étudier avec des éléments de contexte, les répercussions des bouleversements de la périnatalité au niveau du monde professionnel mais aussi au niveau des patientes menant ainsi à des dynamiques militantes. Les sage-femmes interrogées nous ont permis d'analyser ce système marqué par des hiérarchies grâce à leur vécu de professionnelle mais aussi de comprendre leur perception des violences obstétricales dans les relations de soin tant dans la relation avec les autres catégories de professionnels que personnelle.

Un des apports de ce mémoire a été de mettre en lumière une notion mobilisée par les enquêtées : celle de la « zone grise » des violences obstétricales. Elle amène à approfondir la problématique de la définition et de la qualification des VO. Il aurait été bénéfique d'enrichir cette étude en comparant plusieurs groupes professionnels, par exemple celui des sage-femmes avec celui des gynécologues-obstétriciens.

En guise d'ouverture, ce que nous observons à travers cette étude c'est que pendant que les débats se centrent autour du mot même du mot de « violence »⁷⁸, le

⁷⁸ Ayres-de-Campos, D., Louwen, F., Vivilaki, V., Benedetto, C., Modi, N., Wielgos, M., . . . Jacobsson, B. (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. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 296, 205-207.

vécu des patientes ainsi que celui des professionnels n'ont pas de place légitime dans la sphère institutionnelle. Il serait donc intéressant et urgent de réfléchir à un espace commun de parole sécurisant tant pour les victimes que pour les professionnels de santé. Nous pourrions nous inspirer du modèle de la justice restaurative représentée dans le film « Je verrai toujours vos visages » réalisé par Jeanne Herry.⁷⁹

La « justice restaurative ou réparatrice » est un moyen de médiation retrouvée dans le domaine judiciaire dans le but d'ouvrir un dialogue entre les deux parties afin de chercher une voie d'apaisement pour les victimes qui n'ont pas trouvé de réponse dans l'enquête judiciaire et la décision de justice. Hors du processus judiciaire, il faut donc laisser à l'auteur et à la victime directement concernés par un crime ou un délit la possibilité de s'expliquer, d'échanger ensemble pour comprendre, réparer, quand cela est possible, puis s'apaiser.⁸⁰

Nous pourrions ainsi imaginer la même démarche dans le corps médical dans une optique d'amélioration des pratiques professionnelles. Les violences obstétricales étant un point si controversé aujourd'hui, ce lieu, sans répercussions ni du côté du patient, ni du côté du professionnel permettrait d'avoir un impact positif sur le vécu d'un moment si précieux et un apaisement pour les partis concernés.

⁷⁹ Herry J. Je verrais toujours vos visages [film]. Paris. 2023.

⁸⁰ Jacquot, S. (2023). La justice restaurative : Pratiques et limites. *Les Cahiers de la Justice*, 4(4), 717-732. <https://doi.org/10.3917/cdlj.2304.0717>

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANESF – Dossier de presse – Enquête santé mentale - <https://anesf.com/dossier-de-presse-enquete-sante-mentale/#dp-esm/1/>

Article R4127-35 - Code de la santé publique – Légifrance.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912897/2011-02-10/

Ayres-de-Campos, D., Louwen, F., Vivilaki, V., Benedetto, C., Modi, N., Wielgos, M., . . . Jacobsson, B. (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. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 296, 205-207.

Azcué, M., & Tain, L. (2021). L'émergence du concept de « violence obstétricale » : L'impact du mouvement féministe. *Santé Publique*, 33(5), 635-643.
<https://doi.org/10.3917/spub.215.0635>

Batram-Zantvoort, S., Razum, O., & Miani, C. (2021). Un regard théorique sur l'intégrité à la naissance : Médicalisation, théories du risque, embodiment et intersectionnalité. *Santé Publique*, 33(5), 645-654. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0645>

Belaisch Allart, J. (2022). Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 50(4), 289-290. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2022.03.004>

Bleuzen, E., Benjilany, S., Gantois, A., Kheniche, M., Baunot, N., Guillaume, S., Piquée, N., Sauvegrain, P., & Gaucher, L. (2023). Entretien postnatal précoce : Préconisations pour la pratique clinique. *Sages-Femmes*, 22(5), 39-41. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2023.06.012>

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 Medicine*. 30 juin 2015;12(6):e1001847.

Boucherie, A. (2019). Du « vrai viol » aux « zones grises ». Juger du (non) consentement dans la sexualité contemporaine française. *Archives de philosophie du droit*, 61(1), 375-386.
<https://doi.org/10.3917/apd.611.0386>

Brown, E., Debauche, A., & Mazuy, M. (2020). Introduction. In C. Hamel (Éd.), *Violences et rapports de genre: Enquête sur les violences de genre en France* (p. 29-35). Ined Éditions.
<https://doi.org/10.4000/books.ined.14804>

Carof, S. (2021). *Grossophobie : Sociologie d'une discrimination invisible*. Éditions de la Maison des sciences de l'homme.

Carrias F. L'encadrement des étudiants sages-femmes par les sages-femmes du secteur naissance dans les établissements de Santé en France. *Médecine humaine et pathologie*. 2020. dumas-03122697
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03122697v1/document>

Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), 43-68. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>

Charrier, P., & Clavandier, G. (2013). Chapitre 4—Lieux et organisation de la naissance. In *Sociologie de la naissance* (p. 103-139). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.charr.2013.01.0103>

CIANE – Dossier Violences Obstétricales - Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2017/10/Dossier-Ciane-Violences-Obstetricales-oct-2017.pdf>

Cinelli H, Lelong N, Le Ray C et ENP2021 Study group. Rapport de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 en France métropolitaine : Les naissances, le suivi à 2 mois et les établissements – Situation et évolution depuis 2016. Inserm, Octobre 2022. Disponible sur le site <https://enp.inserm.fr>

CNGOF. Lettre ouverte à Mme Marlène SCHIAPPA [communiqué de presse en ligne] 17 juillet 2017. Disponible sur : https://cngof.fr/app/pdf/Medias/Communiqu%C3%A9s%20de%20Presse//17-07-22%20Lettre%20ouverte%20%C3%A0%20Mme_Schiappa.pdf?x13417

CNGOF. Stop au gynéco-bashing [communiqué de presse en ligne] 17 juillet 2017. Disponible sur : <https://www.theragora.fr/communiqués/CP-Gynecobashing-917.pdf>

Combessie, J.-C. (2007). II. *L'entretien semi-directif*: Vol. 5e éd. (p. 24-32). La Découverte. <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-p-24.htm>

Conseil de l'Europe (APCE) – Doc. 14965 (2019) - Violences obstétricales et gynécologiques [Internet]. Disponible sur : <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=28108&lang=FR>

Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. Violences obstétricales : l'Académie de médecine se prononce. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/violences-obstetricales-lacademie-de-medecine-se-prononce/>

Daudey, J. (2016, novembre 14). Entretien avec Edouard Louis : « Dès qu'il y a violence, il y a silence ». *Un Philosophe*. <https://unphilosophe.com/2016/11/14/entretien-avec-edouard-louis-des-quil-y-a-violence-il-y-a-silence/>

Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets) - Légifrance [Internet]

Delphy, C. (2004, mai 1). *Retrouver l'élan du féminisme*. Le Monde diplomatique. <https://www.monde-diplomatique.fr/2004/05/DELPHY/11173>

Des blouses pas si blanches : Enquête sur les violences sexistes et sexuelles à l'hôpital sur 6play : voir les épisodes en streaming. (s. d.). 6play. Consulté 9 mai 2024, à l'adresse https://www.6play.fr/des-blouses-pas-si-blanches-enquete-sur-les-v-p_25792

Dorlin, E. (2009). La maladie a-t-elle un sexe ? In *La matrice de la race* (p. 34-60). La Découverte. <https://www.cairn.info/la-matrice-de-la-race--9782707159052-p-34.htm>

DRESS - Fiche 21 - La naissance - les maternités (drees.solidarites-sante.gouv.fr). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/Fiche%2021%20-%20La%20naissance%20-%20les%20maternit%C3%A9s.pdf>

Franck, J.-E., Ringa, V., Rigal, L., Sassenou, J., Cœuret-Pellicer, M., Chauvin, P., & Menvielle, G. (2021). Patterns of gynaecological check-up and their association with body mass index within the CONSTANCES cohort. *Journal of Medical Screening*, 28(1), 10-17. <https://doi.org/10.1177/0969141320914323>

Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE). Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées : Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme. Rapport n°2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018.

Herry J. *Je verrais toujours vos visages* [film]. Paris. 2023.

Jacques, B., & Purgues, S. (2012). L'entrée des hommes dans le métier de sage-femme : Faire sa place dans un monde professionnel « ultraféminisé ». *Revue française des affaires sociales*, 2-3, 52-71. <https://doi.org/10.3917/rfas.122.0052>

- Jacquot, S. (2023). La justice restaurative : Pratiques et limites. *Les Cahiers de la Justice*, 4(4), 717-732. <https://doi.org/10.3917/cdlj.2304.0717>
- Jaunait, A. (2003). Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*, 11(3), 59-79. <https://doi.org/10.3917/rai.011.0059>
- La maison des Maternelles 1 femme = 1 sage-femme : Pétition pour une naissance respectée.* (2020, novembre 19). <https://www.france.tv/france-2/la-maison-des-maternelles/5509725-1-femme-1-sage-femme-petition-pour-une-naissance-respectee.html>
- Le Dù, M. (2019). Synthèse entre cure et care : Les sages-femmes déboussolent le genre. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 49, Article 49. <https://doi.org/10.4000/clio.16300>
- Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L., & Rousseau, C. (2018). La violence obstétricale dans les soins de santé : Une analyse conceptuelle. *Recherches féministes*, 31(1), 219-238. <https://doi.org/10.7202/1050662ar>
- Lilti T. Première année – [Film] Paris. 2018.
- LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), 2002-303 (2002).
- Martin, O. (2012). Induction-déduction. *Sociologie*. <https://journals.openedition.org/sociologie/1594>
- Michel, C., & Squires, C. (2018). Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale : Les violences obstétricales. *Le Carnet PSY*, 220(8), 22-33. <https://doi.org/10.3917/lcp.220.0022>
- Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-138.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). Chapitre 11. L'analyse thématique. In *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales: Vol. 4e éd.* (p. 235-312). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2016.01.0235>
- Pruvost, G. (2016). Qui accouche qui ? Etude de 134 récits d'accouchement à domicile. *Genre, sexualité & société*, 16, Article 16. <https://doi.org/10.4000/gss.3849>
- Quagliariello, C., & Topçu, S. (2021). La péridurale, un non-choix ? Ethnographie des formes de résistance à une innovation « miracle ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 23, Article 23. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.9874>
- Rapport 23-05. Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : Organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence. – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 7 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/planification-dune-politique-en-matiere-de-perinatalite-en-france-organiser-la-continuite-des-soins-est-une-necessite-et-une-urgence/>
- Reiniche C., « Témoignage de sage-femme », dans Schalck, C., Gagnon, R., & Bisch, S. (2023). *Violences obstétricales et gynécologiques : Que fait-on de la parole des femmes?* Editions L'Harmattan. https://books.google.fr/books?id=fV_fEAAAQBAJ – p 96.
- ritimo. 2020. En Amérique latine, introduction du féminicide dans la loi. Disponible sur: <https://www.ritimo.org/En-Amerique-latine-introduction-du-feminicide-dans-la-loi>
- Rozée, V., & Schantz, C. (2021). Les violences gynécologiques et obstétricales : Construction d'une question politique et de santé publique. *Santé Publique*, 33(5), 629-634. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0629>

Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (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>

Salles, C. (2021). Le rôle des représentations visuelles et audiovisuelles dans la reconnaissance de la notion de « violences obstétricales » en France et en Belgique. *Santé Publique*, 33(5), 655-662. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0655>

Schalck C, Gagnon R, « VOG : Ne plus ignorer la parole des femmes. Pour comprendre et agir » dans Schalck, C., Gagnon, R., & Bisch, S. (2023). *Violences obstétricales et gynécologiques : Que fait-on de la parole des femmes?* Editions L'Harmattan. https://books.google.fr/books?id=fV_fEAAAQBAJ – p 120.

Schalck, C., Gagnon, R., & Bisch, S. (2023). *Violences obstétricales et gynécologiques : Que fait-on de la parole des femmes?* Editions L'Harmattan. https://books.google.fr/books?id=fV_fEAAAQBAJ

Schantz, C., Rozée, V., & Molinier, P. (2021). Introduction. 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>

Schlegel, V. (2021). Solenne Carof, Grossophobie. Sociologie d'une discrimination invisible. *Lectures*. <https://doi.org/10.4000/lectures.50839>

Sigrand, O., & Laville, A.-C. (2020). La césarienne en urgence. *Oxymag*, 33(174), 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.oxy.2020.08.003>

StopVOGfr (@stopvogfr) • Photos et vidéos Instagram [Internet] Disponible sur : <https://www.instagram.com/stopvogfr/>

Tessier MV. Collège National des Sages-femmes de France. 2019. La contribution du CNSF sur l'Organisation des plateaux techniques en périnatalité et effectifs sages-femmes. Disponible sur: <https://www.cnsf.asso.fr/un-document-cnsf-sur-lorganisation-des-plateaux-techniques-en-perinatalite-et-effectifs-sages-femmes/>

Thébaud, F. (2010). Du soin et rien d'autre ? Les logiques sociales du grand déménagement. *Spirale*, 54(2), 31-37. <https://doi.org/10.3917/spi.054.0031>

Thomas, C., Morel, M.-F., & Gunzbourg, H. de. (2022). *Sage-femme, gardienne de l'eutocie ? Approche anthropologique du savoir-faire des sages-femmes*. Érès éditions.

Topçu, S. (2021). Obstétrique, (non)violence et féminisme. Un regard sociohistorique. *Cahiers du Genre*, 71(2), 81-106. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0081>

Trachman, M. (2018). L'ordinaire de la violence. Un cas d'atteinte sexuelle sur mineure en milieu artistique. *Travail, genre et sociétés*, 40(2), 131-150. <https://doi.org/10.3917/tgs.040.0131>

Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., McLemore, M., Cadena, M., Nethery, E., Rushton, E., Schummers, L., Declercq, E., & the GVtM-US Steering Council. (2019). The Giving Voice to Mothers study : Inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, 16(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>

Violences obstétricales: comprendre, prévenir, réparer - CIANE [Internet]. Disponible sur: <https://ciane.net/2017/10/violences-obstetricales-comprendre-prevenir-reparer/>

Winckler M. Les Brutes en blanc. Editions Flammarion ; 2016.

Zolesio E, « Anonymiser les enquêtés », dans revue *¿ Interrogations ?*, N°12 - Quoi de neuf dans le salariat ?, juin 2011 [en ligne], <https://www.revue-interrogations.org/Anonymiser-les-enquetes>

Zolesio, E. (2013). La socialisation chirurgicale, un apprentissage « par claques ». *Revue française de pédagogie*, 184(3), 95-104. <https://doi.org/10.4000/rfp.4245>

ANNEXES

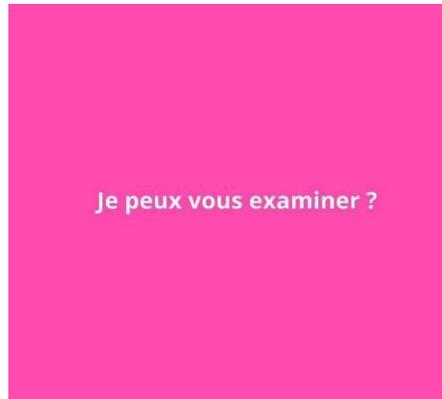
Annexe Ia : Grille d'entretien

Introduction : « J'aimerais vous présenter mon sujet de recherche : c'est un sujet auquel j'ai été personnellement sensibilisée assez rapidement, notamment grâce aux réseaux sociaux. Donc je vais me baser sur ça : j'ai choisi 6 témoignages différents sur les réseaux sociaux. Ce sont des plaquettes de témoignages que je vais vous présenter et vous poser à peu près les mêmes questions à chaque fois dans l'objectif d'avoir votre point de vue, votre avis, des anecdotes... Les réseaux ont fait bien parler les patientes et il n'y a pas vraiment d'ouverture de la parole au niveau des professionnels de santé, notamment au niveau des sages-femmes : on aimerait en parler mais on n'ose pas. »

Questions	Relances
Qu'est-ce que vous évoque ce témoignage ?	- Qu'est-ce qui vous interpelle ? - Qu'en pensez-vous ?
Comment qualifieriez-vous ce témoignage ?	- Quels sont les éléments marquants que vous identifiez ? - Comment expliquez-vous cette situation ?
Pourriez-vous raconter une situation similaire observée dans votre pratique ?	- Si situation jamais rencontrée → êtes-vous surpris.e ? - Si situation déjà rencontrée → Comment cette situation vous a fait évoluer dans votre pratique ?
Questions finales commune à chaque entretien :	
- Pourriez-vous partager une expérience positive que vous avez vécu en tant que sage-femme dans la relation avec une patiente ? - Une expérience négative ? - Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?	

Annexe Ib : Plaquettes de témoignages

1) Le consentement :



2) La mauvaise prise en charge ou déni de la douleur :



3) La violence verbale :



4) L'absence d'accompagnement/de bienveillance :

TEMOIGNAGE

**Il va falloir vous calmer,
on entend que vous, si
vous la fermez pas, pas
de péri !**

5) La brutalité dans les gestes, les comportements – le non-respect de l'intimité et de la pudeur :

TEMOIGNAGE

**Il m'a tapé sur les fesses
pendant que je me
rhabillais**

6) L'absence de réaction du professionnel face à une situation de violences obstétricales :

**LE GYNÉCO SE MET DERRIÈRE LA SAGE-
FEMME QUI EST EN TRAIN DE
M'AUSCULTER ET DIT MOT POUR MOT :
"LE TERRAIN EST POURRI, POURRI."
JE SUIS CHOQUÉE. JE PENSE AVOIR MAL
ENTENDU, MAIS LA SAGE-FEMME
SEMBLE AUSSI CHOQUÉE QUE MOI.
ELLE NE DIT RIEN.**

2021, HOPITAL PRIVE D'ANTONY, RAMSAY SANTÉ, ANTONY (92)

Annexe II : Données des entretiens

Pseudonyme	Lieu d'entretien	Durée de l'entretien	Type de maternité d'exercice	Nombre d'année d'expérience	Catégorie d'âge
Ségolène	Hôpital (Bureau de consultations du CPEF)	43 min	CPEF de l'hôpital	> 20	> 40 ans
Malory	Café	43 min	Type III	5 à 10	30-34 ans
Victoire	Domicile	40 min	Type III	5 à 10	30-34 ans
Solène	Café	50 min	Type III	< 5 ans	25-29 ans
Océane	Hôpital (Salle de pause)	34 min	Type III	5 à 10	30-34 ans
Marion	École de sage-femme	42 min	Type II	5 à 10	30-34 ans
Madeleine	Café	52 min	Type II	5 à 10	25-29 ans
Riad	École de sage-femme	38 min	Type III	10 à 20	35-39 ans
Camille	Domicile	45 min	Type II	< 5 ans	25-29 ans

Annexe III : Résumé

Auteur : Angyan Zita	Diplôme d'Etat de Sage – Femme.
Titre : L'HOPITAL AU PRISME DES VIOLENCES OBSTETRIQUES – Ce que nous apprenne les représentations et les expériences des sages-femmes hospitalières	
<p>Résumé :</p> <p><i>Introduction.</i> – Depuis les années 1950-1960 nous assistons à une biomédicalisation et une technisation de l'accouchement. Cette surmédicalisation a d'abord été dénoncée en Amérique Latine au début des années 2000 en introduisant le concept de violences obstétricales. Puis peu à peu ce concept gagne de la visibilité en France aussi avec une influence importante des mouvements militants. Du côté des professionnels de santé, le monde médical exprime des résistances face à l'émergence de cette notion. Ainsi, il existe une tension entre vécu des patientes et ressenti des professionnels. C'est ce que nous avons voulu étudier à travers l'analyse des récits des sages-femmes en réaction aux témoignages de violences obstétricales recueillis sur les réseaux sociaux. Ce mémoire porte donc sur le vécu professionnel des sages-femmes hospitalières au prisme des violences obstétricales.</p> <p><i>Objectif.</i> – Nous avons voulu partir d'un phénomène, d'un débat public et d'une question de santé publique qui touche et vient interroger la profession des sages-femmes à plusieurs niveaux dans l'objectif d'en faire émerger leurs représentations et leurs expériences.</p> <p><i>Méthode.</i> – Nous répondons à notre objectif par une approche qualitative et ainsi mené une enquête auprès de sages-femmes hospitalières pratiquant en salle de naissance dans des maternités de type II et III dans Lyon et ses alentours. Nous avons construit une grille d'entretien originale (à partir de témoignages de violences obstétricales recueillis sur les réseaux sociaux) et ainsi mené neuf entretiens semi-qualitatifs.</p> <p><i>Résultats</i> – Le récit des sages-femmes interrogées nous ont permis une analyse sociologique de la professionnalisation des sage-femmes ainsi que les différentes relations de pouvoir qui sont présentes dans la hiérarchie hospitalière tant au niveau professionnel qu'au niveau des patientes. Puis nous avons pu qualifier les violences obstétricales depuis la perspective des sages-femmes avec les notions d'intersubjectivité et de reconnaissance de la violence.</p> <p><i>Conclusion.</i> – Les sages-femmes interrogées nous ont permis d'analyser ce système marqué par des hiérarchies grâce à leur vécu de professionnelle mais aussi de comprendre leur perception des violences obstétricales dans les relations de soin tant dans la relation avec les autres catégories de professionnels que personnelle.</p> <p>En guise d'ouverture, il serait intéressant et urgent de réfléchir à un espace commun de parole sécurisant tant pour les victimes que pour les professionnels de santé. Nous pourrions nous inspirer du modèle de la justice restaurative représentée dans le film « Je verrai toujours vos visages » réalisé par Jeanne Herry.</p>	
Mots clés : violences obstétricales – hiérarchie – corps sexuées – sages-femmes.	

Auteur : Angyan Zita	Diplôme d’Etat de Sage – Femme.
Title: THE HOSPITAL AND OBSTETRIC VIOLENCE – What we learn from the representations and experiences of hospital midwives	
<p>Abstract:</p> <p><i>Introduction.</i> – Since the 1950s-1960s, we have witnessed the biomedicalization and technization of childbirth. This over-medicalization was first denounced in Latin America in the early 2000s, with the introduction of the concept of obstetric violence. This concept gained visibility in France too, with militant movements having a major influence. Among healthcare professionals, the medical world is expressing resistance to the emergence of this concept. As a result, there is a tension between the experiences of patients and the feelings of professionals. This is what we set out to study through the analysis of midwives' accounts of obstetric violence gathered on social networks. This dissertation focuses on the professional experience of hospital midwives in the light of obstetric violence.</p> <p><i>Objective.</i> – We wanted to take as our starting point a phenomenon, a public debate and a public health issue that affects and questions the midwifery profession at several levels, with the aim of bringing out their representations and experiences.</p> <p><i>Methods.</i> – We responded to our objective with a qualitative approach, conducting a survey of hospital midwives working in delivery rooms in type II and III maternity hospitals in and around Lyon. We constructed an original interview grid (based on testimonies of obstetric violence collected on social networks) and conducted nine semi-qualitative interviews.</p> <p><i>Results</i> – The stories told by the midwives we interviewed enabled us to carry out a sociological analysis of the professionalization of midwives, and the different power relationships present in the hospital hierarchy at both professional and patient level. Then we were able to qualify obstetric violence from the midwives' perspective, with notions of intersubjectivity and recognition of violence.</p> <p><i>Conclusion.</i> – The midwives we interviewed enabled us to analyze this system marked by hierarchies through their experience as professionals, and to understand their perception of obstetric violence in healthcare relationships, both in relation to other categories of professionals and personally. As a starting point, it would be interesting and urgent to think about a common, reassuring space for victims and healthcare professionals alike. We could draw inspiration from the restorative justice model depicted in the film “Je verrai toujours vos visages” (“I’ll Always See Your Faces”) directed by Jeanne Herry.</p>	
Keywords : obstetric violence - hierarchy - gendered bodies - midwives.	



MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE FEMME

Réalisé au sein de
L'Université Claude Bernard - Lyon 1

UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

L'HOPITAL AU PRISME DES VIOLENCES OBSTETRIQUES :
Ce que nous apprennent les représentations et les expériences des sages-femmes
hospitalières
VERBATIM

Mémoire présenté par ANGYAN Zita

Née le 27 juin 2000

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

Promotion 2024

Mme ROZEE Virginie
Chercheuse en Sciences Sociales
INED – Institut National d'études démographiques

Directrice de mémoire

Mme CORDOBA Coralie
Sage-femme enseignante
UFR de médecine et maïeutique Lyon SUD

Enseignante référente

Avant de commencer l'enregistrement : recueil du consentement pour l'enregistrement et garantie de l'anonymat. Puis même introduction pour chaque entretien :

« J'aimerais vous présenter mon sujet de recherche : c'est un sujet auquel j'ai été personnellement sensibilisée assez rapidement, notamment grâce aux réseaux sociaux. Donc je vais me baser sur ça : j'ai choisi 6 témoignages différents sur les réseaux sociaux. Ce sont des plaquettes de témoignages que je vais vous présenter et vous poser à peu près les mêmes questions à chaque fois dans l'objectif d'avoir votre point de vue, votre avis, des anecdotes... Les réseaux ont fait bien parler les patientes et il n'y a pas vraiment d'ouverture de la parole au niveau des professionnels de santé, notamment au niveau des sage-femmes : on aimerait en parler mais on n'ose pas. »

Les entretiens

1. Ségolène	4
2. Malory	16
3. Victoire	29
4. Solène	43
5. Océane	61
6. Marion	75
7. Madeleine	91
8. Riad	112
9. Camille	126

1. Ségolène

Le 20 octobre 2023 : Entretien avec Ségolène,

- Est-ce qu'on peut commencer ?
- Oui.
- Donc ça c'est la première plaquette, une phrase toute simple. Qu'est-ce que ça vous évoque ?
- Euh... ça m'évoque le consentement... Mais... Après ce que cela m'évoque c'est que ce n'est pas suffisant comme question, parce que pour moi ce n'est pas suffisamment explicite de demander « est-ce que je peux vous examiner ». Euh... Pour moi, « est-ce que je peux vous examiner » ça serait peut-être l'amorce et après je lui expliquerais ce que j'entends par « examiner », ce que j'entends par faire un examen avec éventuellement la pose d'un spéculum si elle est d'accord, est ce qu'elle sait ce que c'est qu'un spéculum, est ce qu'elle est toujours d'accord... Voilà...
- Ça marche. Comment est-ce que.... Ce témoignage, ce que vous en pensez c'est que pour vous ce n'est pas assez de poser la question...
- ...c'est très bien ! mais ce n'est pas suffisant si ça se limite à attendre l'accord d'une patiente à faire un examen gynécologique éventuellement qui peut être quand même vécue de façon très intrusive si on ne lui a pas expliqué plus explicitement ce que l'on entend par examiner.
- D'accord, OK. Et du coup, dans votre pratique est ce qu'il y aurait une situation similaire que vous aimeriez raconter ou quelque chose qui vous penser à cette situation ? Par exemple, comment posez-vous la question du consentement ?
- Oui... Euh... J'essaye, moi, maintenant, ça ne veut pas dire que je l'ai toujours fait, attention. En tous cas à ce jour, j'essaye d'être le plus explicite possible euh... parce que c'est quelque chose auquel j'ai été sensibilisé, c'est peut-être aussi quelque chose que j'ai vécu sur des patientes que j'ai reçues, avec qui je n'ai probablement pas été très explicite et qui au moment de s'installer sur la table d'examen se sont mises à pleurer. Et là... voilà, je me suis dit, après coup bien sûr, mais pourquoi on en est là, qu'est ce qui s'est passé, où est ce qu'on a dérapé dans la prise en charge pour que la patiente ça lui fasse vivre un événement aussi compliqué quoi...

- Ok, très intéressant. Donc ça c'était pour la première plaquette. On passe à la suivante. (Je laisse lire) Pareil, première question, qu'est-ce que cela vous évoque comme témoignage ?
- Euh... Oui. J'ai l'impression en tous cas que ça parle d'un accouchement... « Au moment de l'ouverture » c'est vrai que je ne vois pas exactement ce qu'elle veut dire exactement mais bon... « je leur précise que je sens tout », c'est en tous cas visiblement quelqu'un qui sent tout et qui a mal et qui en plus utilise des termes violents quand elle dit « il tire sur le bébé pour le sortir » et après « je hurle de douleur » donc ça m'évoque quelqu'un qui accouche dans une douleur qu'elle vit en tous cas de façon extrême... voilà.
- D'accord, du coup comment pourriez-vous qualifier ce témoignage... Comment pourriez-vous expliquer cette situation ?
- Comment je pourrais expliquer... Euh... En tous cas pour moi, on est dans une situation, voilà, qui est vécue de façon violente par la patiente. Je ne sais pas si ça aurait pu être évité, ça je ne sais pas. Par contre ce que je me dis maintenant c'est qu'elle l'a vécu et qu'il faut absolument reprendre ça avec elle, parce que ce n'est pas anodin du tout, tout ce qu'elle dit. Et donc je ne sais pas s'il y avait contexte d'urgence, je ne sais pas si la patiente était apaisée avant et que d'un coup tout est parti dans tous les sens, ça je ne peux pas le savoir. Mais en tous cas ce que je me dis c'est que si elle a vécu ça et qu'elle donne ces mots là pour parler de son accouchement, il faut absolument lui proposer de reprendre ce qu'elle a vécu.
- Est-ce que dans votre pratique il y a une situation un peu similaire qui vous revient ?
- Alors... J'avoue que je la salle d'accouchement ça fait quelques temps que je n'en fais pas. (rires) Maintenant oui, ça me parle, parce que oui, on a je pense en tant que sage-femme on a tous à un moment donné des situations, euh... Un moment de panique au moment de l'accouchement parce qu'il y a une situation qui nous paraît urgente, parce qu'il faut sortir le bébé parce qu'il y a une souffrance fœtale, etc. Donc oui, ça me parle. Là ce qui me parle vraiment, c'est la reprise des événements c'est quelque chose que je n'aurais peut-être pas toujours imaginé mais qui me paraît hyper importante maintenant à distance, du coup, ça peut déjà être repris tout de suite après pour lui expliquer ce qu'il s'est

passé, qu'elle puisse... voilà on prend le temps de revoir avec elle ce qu'elle vit, et plus à distance aussi quoi. Et pour moi, ça me paraît évident qu'il faut l'accompagner, lui proposer en tous cas de prendre le temps pour ça.

- Ok, donc c'est comme ça que vous avez évolué dans votre pratique ?
- Oui, voilà c'est une évolution dans ma pratique. Je n'avais probablement pas encore complètement acquis... depuis que je ne fais plus de salle d'accouchement, et je n'en fais plus du tout quand même ce n'est pas anodin non plus, depuis un petit moment, euh... on est en 2023... ça fait 13 ans que je n'en fais plus là...
- Oui, c'est sûr qu'il y a plus y avoir une évolution dans la salle d'accouchement aussi depuis... Ok, très bien. Allez, prochaine plaquette.

(long moment de silence) Donc pareil, qu'est-ce que ce témoignage vous évoque ?

- Ha mais c'est horrible ! Ça je me dis que c'est pas... enfin j'y crois hein que ça s'est passé mais je me dis que c'est impossible que quelqu'un ait pu dire ça... et même temps si puisque c'est écrit et ça je remets pas en doute la parole de la patiente, hein attention ! En tous cas c'est ce qu'elle a entendu, et à partir du moment où elle a entendu ça... c'est terrible. C'est terrible quoi. « On dirait une baleine échouée » « bon courage monsieur » ... Donc ça veut dire qu'à un moment donné parce que j'imagine que c'est un professionnel qui parle, le professionnel en plus se met du côté d'un des protagonistes et donc... fin voilà ça la met dans une situation d'échec totale... elle est seule face à tous, quoi, c'est l'horreur totale... c'est un film d'horreur en fait. Voilà donc... après les propos de la patiente, ce qui m'interpelle aussi c'est... alors je sais pas si c'était 2 phrases vraiment à la suite les unes des autres mais j'ai presque envie de dire que pour moi ce sont des phrases qui n'ont pas un lien direct et qui du coup on a un peu l'impression que si elle donne vraiment ces phrases les unes à la suite des autres, qu'elle n'en n'a retenu que l'extrêmement négatif qu'elle a vécu quoi... Donc l'image de la baleine échouée, le « bon courage monsieur » et puis a priori peut être un geste médical qui n'était pas correct et qui entraînait ses douleurs. Voilà donc du coup pour moi on est probablement peut être encore dans une situation de psycho-trauma, tout déballer comme ça des événements qui n'ont pas forcément un lien direct les uns avec les autres, donc je me dis... Il faut

absolument revoir avec elle ce qu'il s'est passé pour qu'elle puisse comprendre et puis surtout qu'elle puisse dire ce que cela lui a fait vivre d'entendre « on dirait une baleine échouée » ... C'est horrible...

- Donc ce témoignage, comment pourriez-vous le qualifier ? Et c'est quoi comme type de situation pour vous ?
- Ah bah c'est une situation extrêmement humiliante qu'elle vit... en tous cas moi je le vois comme ça.
- Et comment pourriez l'expliquer cette situation ?
- Comment on pourrait l'expliquer... je sais pas (rires) en tous cas il faut voir plusieurs choses. En tous cas c'est ce que la dame a retenu... je dis pas qu'elle l'a pas vécu, attention ! elle a vécu ça, c'est ce qu'elle en retient et c'est ce qu'elle va dire de son accouchement. Donc elle a retenu des choses extrêmement dures, extrêmement humiliantes, négatives, elle a tout raté quoi en gros, c'est une catastrophe en gros. Donc comment à partir de là elle va pouvoir continuer à avoir confiance dans le corps médical, donc comment le corps médical peut lui apporter de la sécurité, comment peut-elle continuer à être d'accord pour vivre des soins... moi je vois pas comment c'est possible... Donc vraiment il faut qu'elle puisse être accompagnée pour... sinon c'est sûr que... comment va-t-elle investir ce bébé ? j'imagine qu'il y a un bébé dans l'histoire, comment va-t-elle pouvoir prendre soin d'elle ? c'est pas possible, quoi après ça...
- Est-ce que c'est une situation que vous avez rencontré dans votre pratique ou vu en tant qu'étudiante ou...
- En tant qu'étudiante moi j'ai entendu des choses très très difficiles, ce n'était pas exactement les mêmes mais ça s'y apparente hein... Et ce que je trouvais compliqué en tant qu'étudiante moi c'est (c'est vieux maintenant) c'est de me dire « ah bon on dit des choses comme ça, on a le droit de dire des choses comme ça » visiblement parce que ce sont des professionnels qui le disent, moi je suis qu'étudiante, j'apprends, j'entends ça. Je suis pas convaincue mais à priori on a le droit de dire des choses comme ça au gens. Et en fait c'est terrible de se dire, après coup, maintenant que là j'ai du recul par rapport à tout ça de se dire que j'ai pas été plus critique que ça et que j'ai pris pour argent comptant que c'était possible et qu'apparemment ça se faisait. Je me dis après coup, pfiou, comment à un moment donné on arrive pas à se poser de façon plus critique et de se dire «

attends, ça j'ai pas envie de le pratiquer comme ça, ça m'intéresse pas ». Donc ça, ça me fait penser à ça, quand on parle de mes études et puis après oui, ça me fait penser qu'il y a un lien entre ce qu'on fait vivre au gens et comment ils peuvent après se prendre en main, se prendre en charge, être acteurs quoi dans leur prise en charge des soins et de façon plus globale dans plein plein de choses. Oui ça me fait vraiment penser à ça.

- Ok, alors, prochain témoignage... Pareil, qu'est-ce que ça vous évoque ?
- « Donc il va falloir vous calmer » ... ouais ! « Si vous la fermez pas, pas de péri ! » Ouais... Qu'est-ce que ça m'évoque ça... ça, ça m'évoque ce moment où on pose justement LA péridurale, LA fameuse donc là j'ai l'impression que ça j'ai pu l'entendre à un moment donné peut être justement au moment où on posait une péridurale parce qu'il faut que la dame se tienne à carreau entre guillemets, faut pas qu'elle bouge, tout ça... et pour qu'elle ait cette perfection dans la position et la stabilité, bah on est capable de raconter que des horreurs « fermez la...si vous la fermez pas... » Ouais c'est des menaces en plus, « si vous la fermez pas, pas de péri » hop. Donc voilà, je pense sincèrement pas que ce soit la bonne méthode, je pense sincèrement que c'est quelque chose que j'ai entendu, à plusieurs reprises je pense, peut-être pas dans ces termes là mais ça voulait dire la même chose, je pense. Donc pas c'est terrible, on est capables de menacer les gens quoi...
- Ok, comment est-ce que vous expliqueriez cette situation ?
- Bah ça je pense que c'est le professionnel qui est débordé, hein, qui est débordé pour plein de raisons, débordé parce qu'il y a plein de travail, débordé parce que la souffrance que vit cette femme, qu'elle exprime visiblement très fort c'est insupportable pour le professionnel, probablement. Donc après c'est de la formation de professionnel aussi ça. Il faut pas diminuer le travail qu'il y avait peut-être en salle d'accouchement ce jour-là mais peut être que ça permettra aux professionnels par une prise de conscience de la situation que a priori ça ne doit pas être la bonne méthode. Qu'elle fasse du mal à la patiente et que le professionnel se fait du mal à lui-même aussi parce qu'il est débordé par l'évènement et que du coup voilà, donc personne n'y gagne en fait.
- Et est-ce que, pareil, est-ce que ça vous évoque une situation similaire ?

- Oui, oui, sincèrement, là le coup du « calmez-vous, faut pas bouger, ça va pas être possible de vous poser une péri dans ces conditions » donc oui c'est pas exactement les mêmes termes mais ça veut dire la même chose. Alors que je pense sincèrement que pour amener l'apaisement et pour que justement cette dame « ne bouge pas », il va falloir la mettre en sécurité et pas lui aboyer dessus.
- D'accord, prochain témoignage...
- Alors « il m'a tapé sur les fesses » ouais alors là j'imagine que ce sont des témoignages dans les salles de consultations, j'ai envie de me dire que c'est pas possible qu'un professionnel ai tapé sur les fesses d'une patiente donc j'espère que c'est pas ça mais... vu les circonstances dans lesquelles on est amenées à échanger j'imagine que ça doit être ça... Donc je me dis que là... tout dérape quoi. Donc l'attitude professionnel si c'est un professionnel qui tape sur les fesses d'une patiente c'est... fin... le mot inexcusable c'est pas le mot, c'est inadmissible quoi. C'est de la violence, violence sexuelle, voilà, ça me fait penser à de la violence sexuelle. Oui.
- Et est-ce que c'est quelque chose que vous avez déjà entendu ?
- Non, franchement que j'ai entendu, ou vu non. Non. Après si la patiente le dit, moi je pars du principe que l'on croit la patiente, hein donc la patiente le dit, donc c'est qu'elle l'a vécu. Là le professionnel n'est plus du tout à sa place, alors déjà même dans un contexte hors professionnel, on ne tape pas sur les fesses d'une patiente, enfin d'une femme. En plus là... il n'y a rien qui va. Tout le monde sort des limites possibles et imaginables quoi.
- Donc, vous êtes vraiment surprises de ce genre de situation ?
- Oui, oui. Et en même temps je ne mets pas en doute la parole de la personne. Je suis effarée quoi. Parce que là tout part à reculons.
- On n'est pas sur des témoignages très simples à digérer... Donc dernier témoignage...
(lit le témoignage à voix haute)
- Qu'est-ce que vous évoque ce témoignage du coup ? Qu'est-ce qui vous interpelle ?
- Ah bah c'est déjà les mots, les mots utilisés « le terrain est pourri, pourri » donc là effectivement comment on peut parler devant une patiente... là c'est pas des termes médicaux, c'est pas des termes... c'est des termes hyper dégradants. On

compare visiblement, j'imagine, sa vulve ou je sais pas quoi exactement à un « terrain » qui serait en plus « pourri, pourri » ... Il n'y a rien de respectueux, de professionnel. Du coup ça met en sidération tout le monde hein, la sage-femme, la personne puisqu'elle dit « je suis choquée, je pense avoir mal entendu, la sage-femme dit rien » donc elle aurait aimé que la sage-femme reprenne quand même. Voilà, ça me fait penser à ce que je disais au début, qu'en tant qu'étudiante je me disais « ah bon on a le droit de parler aux femmes comme ça » mais quand on est étudiant on a peut-être pas beaucoup le recul donc peut être un peu d'immatunité sur plein de domaines, voilà en tous cas pour ma part, donc n'ose pas remettre en question plus que ça ce qu'il se fait mais en même temps je me dis, on est sage-femme on est des professionnels donc on doit rester professionnel mais on est aussi des personnes, des femmes ou des hommes peu importe mais en tous cas on est des personnes et quand ça nous choque on a le droit de le dire, de dire « viens voir, t'es en train de dire quoi, comment tu parles à ma patiente là ? » Je pense sincèrement qu'on est en droit de le faire et puis...

- Est-ce que vous pensez que vous aviez la place à l'époque où vous étiez...
- C'est toujours pareil hein... sur le moment de la sidération c'est difficile donc effectivement, peut-être on peut imaginer dans le meilleur des cas, enfin je sais pas s'il y a un meilleur des cas, que la sage-femme a repris après coup, en dehors de cette patiente « comment tu parles des patientes, en plus elle est juste devant toi, comment tu peux te permettre de dire des trucs pareils ? » On va dire que la sage-femme l'a fait, je sais pas si elle l'a fait ou pas. Mais voilà, j'ai envie de dire j'espère que ça, ça eu lieu. Bon ça c'est une chose mais en tous cas pour la patiente ça s'est pas passé et donc elle reste avec ça, avec le terrain « pourri, pourri » et ça c'est embêtant, c'est très embêtant parce qu'on est encore une fois sur une patiente qui va forcément se demander ce qu'il lui arrive, ce qu'il se passe, pourquoi on parle d'elle comme ça. Pour peu qu'elle un peu de manque de confiance en elle pour d'autres raisons bah voilà on vient en rajouter, alors que non, c'est pas notre boulot ça. Nous on est là justement pour les accompagner pour les écouter, les entendre et faire au mieux pour que ces femmes puissent trouver ce dont elles ont besoin dans leur suivi, dans leur prise en charge, autant dans leur grossesse que... puisqu'il y a quand même un accouchement après normalement et puis dans le meilleur des cas il y a un enfant et un attachement à

cet enfant et pour ça il faut avoir un minimum confiance en soi quand même. On est là aussi pour les accompagner là-dedans quoi, le but c'est quand même ça, qu'il y ait un accouchement le meilleur possible pour elle et puis du coup une base d'attachement qui soit le meilleur possible pour elle quoi.

- Est-ce que vous pourriez raconter une situation similaire dans votre pratique ? Une situation qui vous penser à celle-ci ?
- Je vais pas avoir forcément un exemple clair, là, qui me vient en tête, par contre ce que je peux dire c'est que oui, on est quand même dans, à l'hôpital en tous cas, dans des milieux assez hiérarchisés où effectivement si c'est mon chef de service qui dit un truc comme ça je vais... alors déjà la sidération, même si c'est pas mon chef de service je l'aurais probablement, et après je suis pas sûre que j'oserais forcément... alors peut-être maintenant oui, mais voilà... depuis peu quoi. J'aurais rarement osé après aller voir la personne et aller lui dire... parce qu'on est dans cette hiérarchie, par contre ça aurait été un étudiant ou une étudiante sage-femme qui aurait dit ça, je pense que je lui aurais dit très très vite « dit donc vient là, il faut qu'on parle quoi. Donc ouais, il y a ce pouvoir de la hiérarchie en fonction de qui le dit, et bien on ose pas forcément repasser derrière, c'est terrible... »
- Oui, c'est très intéressant. Ok, super. Pour finir, est ce que vous pourriez partager une expérience positive que vous avez vécu avec une patiente en tant que sage-femme, autour de ces questions, dans la relation avec la patiente ?
- Oui, des expériences positives, oui. Sincèrement je pense, et c'est là que je me dis que j'adore ce que je fais, dans la mesure où en fait... donc voilà comme je l'ai dit je fais plus beaucoup d'obstétrique, je fais plutôt de la gynéco et justement, dans ces situations de suivi, on a des femmes qui arrivent et qui n'ont pas de suivi. et c'est là que on peut se poser la question qu'est ce qui s'est passé pour cette patiente pour qui on pourrait imaginer à son âge un suivi régulier, et qui n'en n'ont pas et qui disent « oh là là moi j'ai trop peur » et qui disent quand il y a un examen gynéco « quand j'avais 17 ans ça s'est très mal passé, j'avais super mal, donc moi j'apprends, j'ai pas envie, ça me fait peur » Et qu'on arrive avec elle de faire des accords et qu'on arrive avec elle à imaginer ce qu'on pourrait faire pour que ça se passe bien, et qu'on parle et qu'on arrive à ramener cette patiente aux soins. Voilà c'est ça c'est ramener la patiente aux soins. Que ce soit elle qui

choisisse ok bah oui on va faire un examen gynéco, si je suis là pour ça, on va le faire. On le fait, ça se passe bien, et elle me dit à la fin « heureusement ça s'est passé comme ça parce que j'appréhendais beaucoup et bah en fait et bah ça va » et qu'on la revoit revenir à l'occasion d'une autre consultation etc. Là on a gagné, c'est cette patiente qui a gagné, en tous cas on a gagné quelque chose parce qu'on a réussi à faire rejouer son rôle de se prendre en charge dans sa santé et ça, ça me paraît essentiel et c'est valable pour tout en fait, à partir du moment où la patiente est suffisamment en confiance, elle devient actrice et voilà, elle ne fuit plus quoi. Je pense aussi à une autre patiente là c'est plus dans un cadre obstétrique. Moi je l'avais un peu suivi pour sa grossesse, elle m'avait beaucoup parlé de ses difficultés à investir cette grossesse par contre elle n'avait pas de difficultés à en parler de son investissement qui était compliqué pour elle, donc avec un début de grossesse compliqué, avec beaucoup de vomissements... Elle en parlait beaucoup de ce bébé qui l'empêchait de tout, ce bébé qui lui déformait tout, son odorat, sa façon de marcher, d'aimer les goûts ou pas, de pas pouvoir manger parce qu'elle vomissait, elle avait des vomissements jusqu'à quasiment au 3^e trimestre de grossesse, c'est terrible... Et après cette difficulté qu'elle avait de voir ce bébé à côté d'elle et qu'elle n'investissait pas beaucoup ou très peu. Moi en fait je pense beaucoup à elle et je la vois encore, c'est une patiente que je vois encore, voilà sa fille a 2 ans et demi, avec qui on a vraiment travaillé ça. J'avais la chance qu'elle soit très réceptive aux propositions qu'on lui faisait. On l'a mis en lien avec des associations qui l'on suivi toute la première année après la naissance de sa fille, mais voilà elle l'a vraiment dit qu'elle était en difficulté et on l'a entendu. On lui a fait des propositions et elle s'en ai saisi et là sa fille a plus de 2 ou 3 ans et ça se passe titres bien. Et là on se dit, on est parti de loin hein, parce que c'était très compliqué... C'était une grossesse plus ou moins voulu mais surtout l'investissement était très compliqué pour elle parce qu'elle voyait que du négatif, à chaque fois que je la voyais elle me parlait que du négatif qu'elle vivait en vivant cette grossesse. Donc voilà je me dis le fait de l'avoir entendu, de l'avoir écouté, ça m'a pas pris plus de temps je pense sincèrement. Mais de lui dire que je l'entendais, de lui dire que c'était compliqué pour elle et qu'il fallait peut-être qu'elle se fasse aider si elle le voulait bien et qu'elle me dise oui, qu'elle adhère

à la démarche aussi, et bien je pense que ça tout changé pour elle. Et là on se dit, voilà, super !

- Bon, question peut-être un peu plus compliquée mais est-ce que vous avez une expérience négative aussi par rapport à toutes ces questions dont vous auriez envie de parler ?
- Oui, je repense à cette jeune fille, ça va être vraiment la même que je vais avoir en tête, cette jeune fille plutôt jeune, je sais plus l'âge exact mais plutôt une petite vingtaine d'années. Plutôt dans un cadre gynéco là pour le coup. Très sûre d'elle, en tous cas une impression de savoir exactement ce qu'elle voulait. Là on était dans un cadre gynéco, elle voulait un stérilet, ça semblait très clair pour elle, quelque part entre guillemets je ne me suis pas méfié, je lui ai dit ok, il n'y avait pas de contre-indication médicale, je lui ai dit ok. Je l'ai fait revenir pour la pose et là elle s'est effondrée. Et là je me dis « comment t'as bossé ? » comment on en est arrivé là ? Comment au moment d'une pose de stérilet, effectivement je n'avais pas fait d'examen auparavant, je ne l'avais pas interrogée plus que ça sur des potentielles violences précédentes violences ou quoi, voilà, elle vient elle m'affirme qu'elle veut un stérilet, je vais dans la démarche de prescription, je ne cherche plus que ça à la connaître. Le jour vient de la pose, elle vient, je lui dis que c'est très bien c'est parfait, on y va si elle est ok, elle me dit je suis ok et en fait au moment où elle arrive là eh bien, elle s'effondre. Et là je me suis dit, on a déconné. Enfin c'est moi qui ai déconné. J'ai déconné, j'ai pas pris le temps de comprendre si elle avait compris de qui il s'agissait. En fait ce que j'ai compris après coup c'est qu'elle avait pas compris en fait ce que c'était un stérilet. Malgré toute l'impression de confiance en elle qu'elle dégageait de bien savoir de quoi on parlait quand on parlait de stérilet, en fait elle n'avait pas compris qu'il fallait faire un examen gynécologique pour le poser. Alors que c'était une fille qui voilà, était intelligente, qui avait des connaissances anatomiques etc. Mais elle n'avait pas compris ça. Et on peut vraiment se poser la question mais comment on a pu passer à côté ça. Comment j'ai pu passer à côté de ça et ne pas comprendre, qu'elle n'avait pas compris. Donc demander de se déshabiller pour elle c'était, elle s'était dit... Fin voilà, je devais probablement lui faire revivre un truc, j'en suis convaincue, j'en suis sûre quoi exactement, je ne sais pas parce qu'ensuite le lien s'est rompu, je ne l'ai plus vu. Et donc c'était un vrai échec.

- Et en situation obstétricale ?
- En situation obstétricale... Euh....
- C'est vrai que ça fait un moment pour vous (rires).
- Oui ça fait un moment et je pense que j'ai modifié ma pratique, je ne pratique plus vraiment de la même façon... Ça remonte beaucoup, c'était une situation compliquée en plus... Tiens je pourrais me comparer à la sage-femme ... ah oui c'était celui-là, le dernier là ; j'y ai pas repensé sur le coup. Alors ça remonte beaucoup hein, on doit être en 2003-2004, un truc comme ça. Une mort fœtale in utero, donc un contexte quand même déjà pas simple pour la patiente, pour le professionnel non plus. Déjà moi je suis la sage-femme en salle, et plus c'est la nuit, elle est en travail. On n'est pas à terme hein. Elle accouche, l'accouchement en lui-même se passe plutôt bien d'un point de vue purement médical et obstétrical et là le médecin arrive et j'ai plus les mots de ce qu'il dit parce que je pense que j'ai voulu les effacer mais voilà il dit des trucs horribles... euh... qui pourraient s'apparenter à, en voyant le fœtus « oh bah de toute façon il est tout mal foutu, forcément ça aurait pas pu aller à terme, ça aurait pas été viable... na na na ». Il n'y avait pas de diagnostic anténatal donc on pouvait pas affirmer, effectivement qu'il y avait une malformation ou quelque chose de létal. Il dit tout ça juste en regardant le fœtus qui est dans la pièce donc dans la salle d'accouchement avec les 2 parents qui sont présents et la dame encore les pieds sur les étriers, je ne suis même pas sûre que la délivrance soit faite... Voilà, on est en plein dans l'accouchement quoi. Et puis il prend le fœtus et il le retourne dans tous les sens pour le regarder dans tous les sens et tout ça devant les parents hein. Et là j'ai rien dit. Alors, je suis très jeune à l'époque mais je ne dis rien. Je suis très choquée et je ne dis rien. Et je n'en parle plus jamais avec les parents que je ne voulais même pas aller revoir ensuite en suites de couches enfin en grossesse patho. Et là je me dis on était nul, enfin très très très nuls. Oui c'est la même chose en fait.
- Et puis c'est comme vous dites aujourd'hui, vous étiez jeune sage-femme, vous avez évolué.
- C'est pour ça que je dis que c'est hyper important, parce qu'à l'époque on en parlait pas du tout de ce qu'on pouvait faire vivre au gens. Ça veut pas dire que personne n'y pensait. Moi n'y pensais pas forcément. Donc on ne parlait pas du

tout. Je voyais bien qu'il y avait un truc qui n'allait pas mais je me voyais pas mettre des mots précis dessus. Le fait qu'on en parle je trouve que c'est hyper important. Pour les patientes bien sûr, mais pour nous aussi en tant que professionnels pour se poser des questions, se poser des questions sur ce qu'on fait, et les retentissements que peuvent avoir ce qu'on fait.

- Est-ce que vous avez envie d'ajouter quelque chose sur cette question des violences obstétricales ?
- Je trouve que c'est terrible, d'abord. Mais je trouve que c'est hyper important qu'il y ait des gens qui ait pu le dire pour que justement les questions soient soulevées, que l'on puisse du coup, mettre des mots, réfléchir à nos pratiques, s'améliorer et bien prendre en charge les patients en fonction de leurs besoins, voilà c'est hyper important.
- Franchement c'était super intéressant, merci beaucoup !

2. Malory

Le 31 octobre, entretien avec Malory, sage-femme travaillant depuis environ 1 an et demi dans un hôpital de niveau III.

- Premier témoignage : qu'est-ce que ça t'évoque... Est-ce qu'il y a quelque chose qui t'interpelle ?...
- Mmmmh... pour moi c'est un peu la base avant un examen gynécologique, c'est de demander l'autorisation à la patiente si elle est disposée à ce qu'on l'examine. Voilà, moi c'est une question que je pose systématiquement avant chaque examen peu importe les circonstances... Peut-être que c'est une question qui est un peu fermée et pas ouverte ; c'est « je peux » et pas « est ce que je peux ». Même si « est ce que je peux vous examiner » ça reste une question où on peut répondre que oui ou non... Après en même temps, il y n'a pas dix mille réponses possibles suite à ça, voilà, j'avoue je suis pas très choquée par cette phrase.
- Ça marche. Et est-ce que tu pourrais raconter une situation autour de cette question, dans ta pratique ; est-ce que ça t'évoque une situation avec une patiente ?...
- Honnêtement, quand tu poses la question, les patientes disent jamais voire rarement non en fait. A partir du moment où tu leur pose la question avant, il n'y a pas de réponse négative en retour, à condition que l'examen soit justifié, forcément. Donc anecdote, vraiment j'en ai pas sous la main.
- Ok, ça marche, très bien. Bon on passe au prochain témoignage... Je te préviens ils sont un peu plus compliqués à lire parfois...
[lit à voix haute]
- Qu'est-ce que ça t'évoque ce témoignage ?
- J'imagine que c'est pendant une césarienne... ça m'évoque plusieurs choses... Je me dis que c'était horrible pour la patiente, que c'était vraiment une énorme souffrance. Après je me dis « au moment de l'ouverture » ... c'est à quel moment de l'ouverture parce que si c'est au moment où l'utérus est déjà ouvert, on peut pas faire dix milliards de chose entre le moment où l'hystérotomie a eu lieu et au moment où il faut faire naître l'enfant. Donc est ce que la patiente son analgésie a été correctement testée c'est surtout ça en fait la question, est qu'on a correctement testée la patiente avant de démarrer la césarienne et c'est... et en même temps je me dis, si on arrive jusqu'à l'hystérotomie, c'est que la patiente a été testée donc est ce que c'est pas la sensation désagréable, que c'est de la peur que c'est de la

crainte et que du coup est ce que c'est pas un hurlement de peur et est-ce que c'est vraiment un hurlement de douleur ? Et dans la douleur il y a forcément une composante un peu psychologique qu'on peut pas nier non plus. Donc ça m'évoque de la peine pour cette patiente et en même temps je me dis est ce que ça veut pour autant dire que le travail n'a pas été bien fait en amont ? Est-ce qu'il y a pas autre chose qui peut expliquer pourquoi elle a mal à ce moment-là. Est-ce que c'est parce qu'elle est impressionnée des sensations, est ce qu'on lui a bien parlé qu'elle allait sentir qu'on allait appuyer sur son ventre, qu'on allait tirer sur ses muscles et qu'elle allait avoir ces sensations sans avoir mal et que ces sensations étaient profondément contre nature et que du coup ça pouvait être impressionnant. Et pour autant t'es pas à la place de la patiente et tu peux pas dire « non, elle a pas mal » Non, tu peux pas répondre à sa place. Mais ça me laisse perplexe.

- D'accord, est ce que tu pourrais expliquer ce genre de situation ? C'est ce que tu disais un peu sur l'analgésie du coup c'est ça qui a pas du coup...
- Ouais, la question à se poser c'est est ce que la patiente a été correctement testée avant de débiter la césarienne. Et en même temps, c'est toujours à contextualiser, quel était le degré d'urgence de la césarienne ? Voilà, ces phrases-là sont tirés d'un témoignage où t'as pas le contexte, t'as que la voix d'une personne et t'as pas l'ensemble de tout ce qu'il s'est passé autour qui pourrait l'expliquer, sans pour autant excuser ; mais qui pourrait expliquer pourquoi on en arrive.
- D'accord. Est-ce que tu pourrais raconter une situation similaire que tu as vu ou vécue dans ce thème-là ?
- Je pense que ça nous est déjà tous arrivé à une césarienne où... enfin, ça m'est déjà arrivé d'assister à une césarienne où la patiente elle est testée et c'est pas suffisant et on réinjecte, on réinjecte, on réinjecte et c'est toujours pas suffisant. C'est déjà arrivé que ça mène à une anesthésie générale... Et c'est pour ça aussi que j'en parlais avant, ça m'est déjà arrivé que la patiente a été testée et au moment de l'extraction de son enfant, les sensations soient trop vives pour elle, ou enfin j'en sais rien, comme je le disais, je suis pas à la place de la patiente. Et ou effectivement ce moment-là il est difficile, même si elle a été testée avant et que tout le monde a statué sur le fait que l'analgésie elle est efficace.
- Ok.
- J'ai peur de répondre un peu à côté de la plaque...

- Non non franchement, c'est parfait...
- Ok super.
- Est-ce que tu es surprise de ce genre de situation ?
- Non ça ne me surprend pas. Parce que comme je le disais, je l'ai déjà rencontré. Mais je pense que tout le travail de l'équipe c'est de reprendre les choses de reprendre les choses avec la patiente, de retourner la voir, d'essayer d'expliquer, de lui donner des raisons... Après que la patiente elle ait un sentiment d'injustice, qu'on l'ait pas écouté ou qu'on n'ait pas tenu compte de sa douleur, ça c'est quelque chose qu'on peut pas lui enlever et c'est sa douleur elle reste légitime. Pour autant, il faut entendre tout ce qu'il se passe autour et qu'est ce qui a fait que ça s'est passé comme ça pour elle. Donc voilà.
- Ça marche, très bien. Prochain témoignage...
- Oulah... « on dirait une baleine échouée, vous vous êtes vue, bon courage monsieur » ... (soupire) Franchement... Là c'est... C'est tellement nul que je sais pas quoi en dire... c'est tellement bas que je sais pas... Je pense que c'est interdit de dire ça à une patiente, peu importe son IMC, peu importe des difficultés de prise en charge qui sont liées à son surpoids. Je pense que cette femme, cette patiente, elle est tombée sur un très mauvais professionnel de santé. Après y a 2 informations : il y a la connotation vis-à-vis de son poids et la phrase après ça a absolument rien à voir « lors de ma deuxième césarienne on me dira que l'utérus a été recousue avec la vessie... » Bon, je sais pas... je suis pas chirurgienne mais je sais pas... je demande à voir.
- Est-ce que tu pourrais qualifier ce témoignage ? Est-ce qu'il y a un élément marquant qui fait que...
- ...Le qualifier... je dirais c'est honteux, ce qu'on lui a dit, ce qu'elle a entendu c'est honteux. Et après j'ai peut-être l'impression... la deuxième phrase elle me fait dire que ça vient peut-être d'une patiente un peu profane à qui on a pas bien expliqué les choses et qui du coup, n'a pas bien compris l'intervention qu'on lui a faite... Parce que je vois pas comment on peut recoudre l'utérus avec la vessie... Même si je suis pas gynécologue-obstétricienne... Ouais ça me met un peu mal à l'aise.
- Ok, je vois. Et est-ce que, surtout sur la partie verbale, ce qui a été dit, est ce que tu as déjà eu des situations similaires, où tu as déjà entendu des choses comme ça ?

- Entre professionnels de santé on évoque toujours les difficultés qui sont liés à l'IMC d'une personne, mais on se le dit entre nous, on le dit pas devant la patiente. Parce que les difficultés liées à une obésité elles sont réelles. Le monde médical fait que parfois c'est un peu cru quand on en parle, quand on s'en parle entre nous mais jamais on manquerait de respect à une patiente en fait. Ça lui rend pas service, ça nous rend pas service, ça n'amène à rien. Donc là cette phrase « on dirait une baleine échouée » c'est juste de la méchanceté, c'est de la cruauté... En fait je dis ça, je suis même pas sûre que ce soit lié à un IMC parce que si ça se trouve c'était une patiente qui avait une péridurale méga dosée et qui pouvait juste pas bouger en fait. J'en sais rien... voilà.
- Ça marche, Est-ce que tu veux ajouter quelque chose ?
- Euh... tu peux répéter ta question ? Juste pour être sûre que j'ai bien répondu à la question.
- Non, non franchement je te demandais de raconter une situation similaire mais finalement c'est un peu ce que tu disais sur...
- Ouais après situation similaire, oui... Ça m'est déjà arrivée d'assister à des professionnels qui font des remarques aux patientes qui sont parfois dites de manière maladroite, oui je pense ça m'est déjà arrivé... Moi personnellement ça m'est pas arrivé mais c'est déjà arriver de discuter de manière avec du tact, avec une diplomatie, de dire à une patiente que « là on a une difficulté parce que vous présentez un surpoids ou parce qu'on a du mal à vous mobiliser ». Bon après, la patiente elle est pas aveugle, elle s'est vue. C'est pas de lui manquer de respect que de lui expliquer les choses de par sa condition. Mais après j'ai jamais assisté vraiment à quelqu'un qui était profondément cruel envers une patiente de par son état physique.
- Prochain témoignage... Pareil, qu'est-ce que ça t'évoque ?
- Ça par contre... Ça m'évoque... ouais ça, c'est arrivé plein de fois. J'ai déjà entendu quelques fois des collègues qui effectivement qui perdent patience et qui arrivent pas à calmer leurs patientes ou à les recanaliser et qui du coup... ce type de phrase ça s'est déjà entendu, et ça serait mentir de dire que tu l'as jamais entendu dans un couloir dans une salle d'accouchement... Donc qu'est-ce que ça m'évoque... bah là pour le coup, c'est vraiment, c'est de la bêtise... Juste que le professionnel de santé, en l'occurrence, il sait pas parler à ses patientes quoi.

- Est-ce que tu pourrais expliquer ce genre de situation ?
- Ben c'est la situation où c'est la patiente, la douleur c'est tellement violent pour elle qu'elle perd pied et qu'elle arrive pas à canaliser sa douleur et que ce qu'il faut savoir pendant les contractions, le cri c'est libérateur chez les patientes qui ont des contractions. Ça arrive très souvent, les patientes dont le travail est hyper rapide, elles sont passées de 2 cm à dilatation complète et en fait elles y peuvent rien, si elles crient. Et c'est là notre rôle, c'est à nous de les recentrer, de les accompagner... Mais je pense que c'est pas la bonne solution que leur dire ça. Après parfois, il faut s'adapter à la patiente que t'as en face de toi, t'as des patientes qui auront toujours besoin de douceur, etc. et t'as les patientes qui auront besoin qu'on les recadre vraiment. Mais je pense qu'être insultant ou humiliant, c'est pas la solution pour canaliser, au contraire, ça fait juste que la patiente elle se sent pas bien, ça la traumatise. Elle se dit « j'ai pas géré le jour de la naissance de mon enfant » et je pense qu'il y a rien de pire quoi.
- Ouais... Est-ce que du coup... tu en as déjà parlé un peu en disant qu'on t'as rencontré ce genre de situation... mais est ce que t'as une situation en particulier qui te vient en tête ?
- De la patiente arrive et qui hurle ? Ou du propos tenu ?
- Du propos tenu.
- Du propos tenu ?... Ouais ça m'est déjà arrivé avec des collègues sage-femmes qui disent ça aux dames et le problème c'est que ben tu vas pas crier sur ta collègue devant tout le monde. Du coup tu prends l'autre repli, t'essaye de canaliser autrement la patiente. Franchement des anecdotes... j'en ai tellement... je sais pas laquelle dire, mais oui c'est ce que je disais typiquement c'est la patiente avec un travail hyper rapide, qui perd pied ou qui est pas bien préparée face à la douleur et qui du coup perd ses moyens et qui du coup panique, ça lui fait peur, elle va mal, elle se dit qu'elle va mourir, qu'elle va pas y arriver... Et t'auras toujours des collègues sage-femmes qui vont perdre patience et qui savent pas forcément faire face à ça, ou qui sont fatigués, qui vont être sèches et un peu vindicatives avec leurs patientes. Je sais pas si t'aurais voulu que je dénonce...
- Ah non non c'était pas le but, c'est vraiment juste raconter ton expérience, il n'y a pas de question de dénonciation, tu me dis ce que t'as envie de dire et ce qu'il te vient à l'esprit. Prochain témoignage.

- Bon là c'est le dégoût absolu hein. Ouais ça me dégoûte profondément les gynécos qui font ça. Et ça pour le coup, c'est vraiment une violence et c'est vraiment de l'attouchement sexuel quoi.
- C'est quelque chose que tu avais déjà entendu ? Que tu as déjà rencontré ?
- Ça m'est beaucoup arrivé, enfin, j'avais fait un stage en gynéco pendant mes études donc c'était il y a longtemps, et ça m'est déjà arrivé de faire des consultations avec des gynécos qui sont d'une ancienne génération, qui sont des hommes, qui ont connu la médecine paternaliste et qui avaient pas de respect pour le corps des femmes, pour leur patiente et qui voilà étaient assez « déshabillez-vous de A à Z , je fais un toucher vaginal, je demande pas le consentement », donc « il m'a tapé sur les fesses » je pense que j'ai pas vu ça de mes yeux mais j'ai vu des choses qui étaient assimilés et qui étaient du même goût, quoi.
- Et est-ce que t'as été surprise à ce moment-là ?
- Ah bah t'es hyper choquée, parce que ça m'est arrivé, j'étais encore étudiante, quand j'avais vu ça j'étais jeune, j'étais pas forcément moi-même à l'aise, parce qu'il y a... Je pense que nous-même quand on est une femme on se rend compte de ce que c'est, on se met à la place de la patiente et on... attend je sais plus où j'en suis (rires) répète la question ?
- Est-ce que ça été une surprise de voir ce genre de situation ?
- Ah oui, oui, ouais. Oui, c'est hyper choquant, tu t'attends pas à voir ça. Et puis du coup t'es un peu interdite parce que toi t'es dans la posture de la stagiaire, du coup tu sais pas comment réagir, tu vois bien que c'est pas normal mais tu te dis « bah la patiente elle dit rien » du coup qu'est-ce que je dois faire et en même temps t'es dans une position inférieure entre guillemets et du coup ouais.
- Oui, ok. Je pense qu'on a fait un peu le tour sur la question ; et du coup dernière situation... Qu'est-ce que ça t'évoque ?
- Je remarque quand même que c'est souvent le même hôpital qui est dénoncé...
- C'est pas fait exprès, il y avait beaucoup de témoignages mais effectivement...
- Encore une fois, c'est de la bêtise quoi, c'est pfiouuu... je suis choquée aussi en fait... Je suis un peu désabusée en fait quand je vois ce genre de choses. Je me dis c'est la vieille médecine en fait, la vieille école quoi, où les médecins ils ont pas de retenue et ils se croient tout permis et c'est un manque de tact envers la patiente qui a pas lieu d'être.

- Et est-ce que qu'il y a autre chose dans cette situation qui t'interpelle ? A part le...
- ...à part le propos ?
- Oui
- Le fait que la sage-femme ne dise rien ?
- Par exemple
- Ouais mais en fait c'est toujours délicat, il faut recontextualiser... Est-ce que c'est une jeune sage-femme ? en fait ça dépend quel est le rapport entre le médecin et la sage-femme parce qu'on a toutes été dans ces cas là où tu dis rien... Tu sais pas dans quelle posture elle est la sage-femme, tu sais pas si elle est à l'aise, si elle se sent de parler haut et fort, est ce qu'elle se sent de remettre à sa place le médecin devant la patiente, est ce qu'elle a ce genre de pouvoir là ? Et ça, c'est pas donné...toutes les sage-femmes n'ont pas ce bagou-là de se battre entre guillemets pour ça... en même temps qu'est-ce qu'elle aurait pu dire ? A part s'excuser pour son collègue qui est hyper maladroit, je pense qu'elle peut pas, elle va pas faire un scandale devant la patiente...
- Et par rapport à la relation entre les différents professionnels ? Pourquoi certaines sage-femmes pourraient plutôt...
- Et bien déjà ça dépend de ton intégration dans l'équipe. Ça dépend si t'as fait tes preuves ou pas, ça dépend si t'arrives à te faire entendre par tes collègues médecins. Ça dépend, en l'occurrence, si ce collègue médecin, s'il a un pouvoir de force sur toi... Ça dépend de plein de choses... Si t'as un poste pour lequel tu veux te battre et que t'as besoin de travailler, de manger, u vas peut-être te dire mon cheval de bataille c'est mon travail et c'est pas... Et donc toi tu rattrapes le coup derrière auprès de la patiente, tu t'excuse de ce qu'il a dit, tu lui explique peut-être pourquoi... t'essaye d'expliquer pourquoi il a utilisé ces mots-là. Parce que quand tu lis « le terrain est pourri, pourri », mais moi je suis sage-femme, je comprends bien que ça veut dire que le col est défavorable par exemple. Mais la patiente elle peut se dire, on parle de ma région intime qu'est-ce que ça veut dire ? Est-ce que c'est une atteinte physique à mes attributs, enfin j'en sais rien. Mais même si t'es une sage-femme qui a du caractère etc., aujourd'hui c'est admis que les sage-femmes et les gynécos sont collègues mais pendant très longtemps, les médecins ils avaient un rapport de force hyper important sur les sage-femmes où elles avaient pas leur mot à dire, elles étaient pas légitimes et du coup je peux comprendre

qu'une sage-femme se sente un peu interdite et qu'elle ne trouve pas sa place, ou ne trouve pas le courage de montrer que c'est pas normal et qu'il faut changer les choses, quoi.

- Est-ce que tu pourrais expliquer ce genre de situation ?
- De situation de ça ? Ou du rapport entre sage-femmes et médecins ?
- De cette situation, de cette plaquette.
- Dans quel type de contexte ça pourrait arriver ?
- Oui par exemple.
- Ouais, je me dis que ça pourrait arriver dans un contexte d'une patiente, une stagnation cervicale en salle de naissance, un avis avant déclenchement sur un col qui est défavorable... Sinon je vois pas d'autres situations qui pourraient expliquer cette phrase.
- Et pareil, est-ce que, notamment cette situation entre professionnels, est-ce que t'as une situation qui te vient à l'esprit dans ta pratique que tu pourrais raconter ?
- Ah oui, oui (rires). Ouais moi j'ai travaillé pendant 2 ans en Guadeloupe et j'ai eu 6 mois où j'ai travaillé dans une maternité où c'était des gynécos mais c'était quasi que des hommes et c'était vraiment vieille génération, la sage-femme c'est qu'une prestataire, elle a pas son mot à dire, c'est le larbin du médecin, pas de légitimité donc un rapport de force assez violent avec l'équipe et envers les sage-femmes et du coup tu te retrouves malgré toi-même si t'es pleine de principes, même si t'as ton petit caractère, ou si tu as pas peur de dire les choses, tu te retrouves quand même malgré ça dans une situation où t'es pas victimisée enfin je sais pas comment expliquer... tu te sens pas très armé pour gérer cette situation, ou la dénoncer, ou être en désaccord et dire frontalement au gynéco que ce qu'il fait c'est pas normal. En fait à la fin de la garde c'est lui qui prend les décisions et pas toi, du coup il te fait comprendre que t'as pas ton mot à dire et ouais ça m'est déjà arrivé. Bah c'était en Guadeloupe, c'était une patiente haïtienne et du coup le gynéco faisait clairement de la merde, il faisait clairement très mal son travail et il disait devant, devant les soignants, devant la patiente « de toute façon madame est haïtienne elle va pas porter plainte ». Et là tu te dis... Qu'est-ce que tu fais ? Qu'est-ce que tu peux faire ? Ouais, c'est... ça m'est déjà arrivé.
- Ok, ok.

- Un peu la dernière question générale pour finir... Est-ce que tu pourrais partager une expérience positive que t'as vécue dans ta relation de soins, un peu autour de tous ces notions qu'on vient de balayer à travers ces témoignages ? Je sais pas, une anecdote qui te vient à l'esprit ?...
- Bah j'en ai plein, heureusement... Hum... qui fasse écho à tout ce qu'on vient de lire ?
- Oui, soit une en particulier, soit sur ce thème en général, parce qu'on a pu balayer le thème un petit peu avec toutes les situations... S'il y en une qui t'évoque quelque chose de particulier ou même de plus général... de positif dans ra pratique.
- Honnêtement, j'en ai vraiment plein. Parce que je trouve que ça a tellement évolué ces dernières années et que maintenant il y a énormément d'efforts faits, sur le consentement, sur expliquer les choses, ça arrive plein de fois qu'on ait des situations hyper traumatisantes, hyper violentes et finalement les patientes ça se passe bien, t'as toujours 20 secondes pour expliquer « bah là il va se passer ça, ça va aller très vite, je vais vous examiner, je vais vous mettre une sonde à demeure, on va passer en césarienne ». Au final, comme la communication elle est bonne avec les patientes, la communication est bonne avec les médecins... Et après tu vas retourner voir la patiente, tu redébriefe le lendemain et bah au final ça se passe plutôt bien. Donc ouais des situations, ça m'est déjà arrivé qu'on fasse une ventouse chez une patiente qui n'a pas péridurale. Et c'est marrant parce que justement il y a pas si longtemps de que ça j'ai eu une primipare qui est arrivée à dilatation complète, bradycardie d'expulsion à qui on a fait une ventouse et ça été hyper violent. Ça a été violent pour tout le monde, pour la patiente, pour l'équipe. Mais on a tellement débriefé, redébriefé, revu que voilà, la patiente elle a mis des mots aussi elle sur ce qu'elle avait vécu, elle a eu le contexte... comme quoi c'est hyper important de recontextualiser les choses et du coup ça se passe bien aujourd'hui, elle a une bonne relation avec son enfant, elle a un bon rapport avec son corps. Et je trouve que les médecins, les sage-femmes, je trouve qu'on a tous bien avancé là-dessus, et je trouve qu'on est de plus en plus des générations où on fait bien attention à comment on fait les choses, à ce qu'on dit. Donc une anecdote en particulier... J'ai envie de dire que c'est quand même 98% des accouchements ou des examens gynécos qu'on pratique donc ouais une en particulier... bah il y a celle-ci... Ouais ça m'est déjà arrivé, on a fait une césarienne en urgence sous

anesthésie générale et la patiente elle est arrivée, en une demi-heure de temps tout était fait. Elle est arrivée, on a posé le monito, le rythme était vraiment pathologique, et moi je lui posais une sonde à demeure sans anesthésie et en fait ça s'est bien passé parce que voilà, même dans l'urgence, même quand tu dois faire le geste rapidement, si toi tu canalises ce côté urgent et que t'es douce et que t'expliques les choses, la patiente elle sait que tu fais ça pour elle et son bébé et en fait, elle se dit « mince c'était dur » mais elle se dit pas « c'était violent » en fait, je trouve qu'elle est là la différence quand t'expliques bien, quand t'accompagnes bien les patientes, elle se disent « oui c'était dur, oui j'ai eu mal » mais elle se disent pas « la sage-femme ou le gynéco a été hyper violent et j'ai subi ça... » et je pense que c'est ça qui est important.

- Ok. Très intéressant. Et du coup la question inverse, un peu plus difficile, est ce qu'il y a une expérience négative que tu as vécue en tant que sage-femme dans ta relation avec la patiente, une anecdote où ça été plus compliqué du coup et plus négatif ? ... Ces 2% restants du coup...
- Ouais, bah ça m'est déjà arrivé d'être confrontée à une patiente avec qui il y avait pas de dialogue possible. On pouvait pas l'examiner, mais elle avait mal, elle venait pour contractions douloureuses mais on pouvait pas l'examiner, on pouvait pas lui mettre de monito, on pouvait pas lui poser de voie veineuse, elle voulait pas de médicament, elle voulait rien en fait. Et du coup, le dialogue était vraiment difficile et c'est vrai qu'au bout de 4h avec cette patiente, c'était une garde de nuit, j'ai laissé la main à une autre sage-femme en me disant c'est peut-être avec moi que ça passe pas, et dans ce cas-là il faut trouver une solution parce que là, je suis plus capable de la traiter correctement, parce qu'on reste des humains et qu'on a le droit aussi d'être agacé par le comportement des patientes et que les patientes elles ont des droits mais elles ont aussi un peu des devoirs envers les soignants qui prennent le temps d'être avec elle. Et je me suis dit, si ça fonctionne pas avec moi, je vais laisser la main à une collègue parce que j'arrive à rien et que je comprends pas du coup pourquoi elle fait pas son début de travail à la maison... Et je pense qu'effectivement à ce moment-là j'aurais pu faire preuve de violence verbale envers cette patiente, parce qu'un peu exaspérée, un peu désabusée de son comportement... Et là tu perds ton objectivité, parce que moi du coup je me suis dit cette patiente elle est immature, elle a pas un bon caractère, elle est pas sympa,

elle est pas sympa avec moi, elle est pas sympa avec l'équipe et honnêtement je voyais pas comment je pouvais correctement la soigner. Et donc j'ai attendu la relève du matin et j'ai dit bah je sais pas quoi faire... J'avais réussi à négocier quand même un monito pour m'assurer que son bébé allait bien mais je pouvais rien faire d'autre mais c'était vraiment difficile... Et j'ai senti que moi-même j'avais des limites à ce que je pouvais endurer moi en tant que soignante face à un caractère qui est parfois aussi un peu compliqué à gérer.

- Est-ce que tu as autre chose à ajouter sur le thème ?
- Non, je cherche une autre anecdote, parce que là c'est plus du côté du dialogue, etc... Est-ce que ça m'est déjà arrivé de... Après je pense honnêtement, il y a peut-être des situations où j'ai pas eu... où j'ai pas connu le après, parce que si ça se trouve y a des patientes elles se sont dit bah cette sage-femme elle pas bienveillante ou elle violente, c'est juste que je l'ai pas su. Après je trouve qu'on fait quand même tous relativement attention. Enfin, c'est très important pour ma pratique de faire attention à ça. Mais oh si quand même typiquement, la garde hyper hyper chargée, où t'as je sais pas combien de patientes en salle d'accouchement et ça se voit t'arrives dans la pièce et ça se voit, les patientes elles ressentent que t'es pressée, tu mets un doigtier, tu les examines, tu dis ok je change de posture et tu repars quoi, y a pas d'accompagnement, ça fait vraiment « bonjour madame, je vous examine et je repars quoi ». Et donc ça je pense que ça peut être perçu violemment et ce qu'il faut savoir c'est que c'est aussi très violent pour nous quand on agit comme ça. Mais oui je pense que le deuxième exemple, ça serait la garde vraiment très chargée où t'as pas le temps et que tu vas un peu droit au but, et quand je dis droit au but ça veut dire je fais un examen, un toucher vaginal et je repars quoi. Donc ouais, je dirais que ça, ça serait ma deuxième anecdote.
- Ok, ça marche. Et ouais du coup sur le thème général est-ce que tu aurais envie d'ajouter quelque chose ? Sur par exemple, le fait que comme j'ai dit j'analyse plutôt la perception des sage-femmes sur la question des violences obstétricales, est ce que tu sens qu'en tant que sage-femme on est écoutée aussi sur ce que nous... enfin on entend beaucoup les patientes mais est ce que nous de notre côté...
- Ouais. Je trouve que les dénonciations des violences obstétricales c'était super. En plus c'est arrivé dans un vent de... il y avait le #MeToo, donc c'était... moi en tant que femme et féministe j'ai trouvé que c'était vraiment génial qu'on donne la

parole à ces patientes, qu'il y a des faits qui doivent être dénoncés et en même temps, aujourd'hui j'ai l'impression qu'on met un peu tout dans le même panier et qu'on fait beaucoup d'amalgames. Je pense qu'au moment où ça s'est fait, il y avait des dénonciations aussi de vieilles pratiques et je pense que ça c'est aussi important de se dire qu'il y a un gap de générations de médecins et un gap de génération de sage-femme qui ont pas appris de la même manière de s'occuper des personnes, d'approcher le corps humain. Et ça tu le vois quand même quand tu travailles avec sage-femme qui beaucoup plus de bouteille qu'une sage-femme qui a été diplômée dans ces quinze dernières années, tu le vois bien que c'est pas la même chose. Et les gynécos c'est un peu pareil, même si tout le monde n'est pas à mettre dans le même panier, attention. Parce qu'il y en a qui ont toujours été respectueux et qui le sont toujours et t'auras encore des médecins et des sage-femmes qui seront un peu paternalistes avec les patientes et qui ont une approche encore vieux jeu. Et en même temps je trouve que parfois c'est un peu injuste parce que je trouve que parfois il y a une consommation du soin comme si c'était un t-shirt qu'on achetait dans une boutique et que du coup c'est jamais bien, je trouve que parfois on oublie que nous aussi on est des êtres humains et que les patientes elles peuvent aussi se remettre en question dans leur manière de...enfin c'est maladroit ce que je suis en train de dire mais comment dire... Que il faut pas toujours dire non à tout, qu'il faut aussi faire confiance au soignant qui ont les connaissances, qui ont l'expérience et je trouve que parfois ça manque de ça, de se laisser porter et du coup y a des difficultés qui naissent de ça et c'est marrant parce que parfois aussi quand tu lis des témoignages sur « ah ça c'était violent », tu te dis bah moi je me vois en tant que sage-femme et je me dis bah c'est pas violent, que c'est probablement qu'il y a eu ça, ça, ça. C'est comme les patientes qui disent j'ai eu un forceps c'est une violence obstétricale. Non ce n'est pas une violence obstétricale, c'est juste vous vous en avez un vécu et faut mettre les mots là-dessus mais en fait c'était pas une violence, on a sauvé votre bébé, on a permis à votre bébé de naître et il est en bonne santé, donc c'est pas une violence, c'est juste que c'est un acte médical quoi. Du coup je trouve qu'il faut écouter, essayer de comprendre mais je pense qu'il faut toujours chercher à contextualiser les propos, pourquoi ça s'est passé comme ça, et puis qui a la patiente a en face d'elle, enfin voilà, il y a plein de choses à prendre en compte, faut bien continuer ses patientes,

c'est très important, il faut bien continuer à leur donner de la voix, mais nous aussi on a une voix à porter mais on nous donne pas toujours la chance, l'opportunité de nous exprimer également, sur des situations qui peuvent être également maltraitantes pour nous, de par les patientes et surtout, beaucoup du système de soins dans lequel on est aujourd'hui

- Ça marche, en tous cas merci beaucoup, c'est top !

Hors enregistrement : discussion autour de beaucoup de VO dans les cliniques privées

3. Victoire

Le 2 novembre, entretien avec Victoire, sage-femme qui exerce depuis quelques années dans une maternité de niveau III.

- Première plaquette. Ok donc qu'est-ce que ça t'évoque ?

- Ça donc déjà c'est on demande quand même le consentement de la patiente. Pour moi, ça évoque : est-ce qu'est-ce qu'elle est disponible dans le dans l'immédiat ? C'est une question, je pense, qui est dite 1000 et une fois en tout cas dans notre quotidien. Oui et non. Enfin moi je sais que c'est souvent un des premiers trucs que j'explique aux étudiantes et j'insiste sur la manière et à quel moment elle va être posée cette question parce que si t'es déjà avec ton doigtier entre les cuisses de la dame et en train d'écarter les cuisses de la dame... ça c'est un geste que qui me rebute énormément et que j'explique après aux étudiants parce que quasiment systématiquement toutes les étudiantes ont eu ce geste là à un moment. Donc voilà, d'abord on parle et puis après on fait l'acte. Après dans cette question, c'est pas très ouvert. Il y a d'autres façons de poser la question. Enfin là, c'est vrai qu'on laisse pas trop le choix la patiente, mais c'est pas la pire des phrases... elle est fermée : c'est pas est-ce que je peux vous examiner ? Est-ce que vous êtes d'accord ; est-ce qu'est-ce que vous êtes prête ?

- Très bien, très bien. Est-ce, que tu pourrais raconter une situation similaire dans ta pratique ? Autour de cette phrase. Peut-être une anecdote ou de positif ou négatif, peu importe

- Non, j'en ai pas. Putain, j'en ai pas je... Ah, je sais pas, enfin si, il y a plein de choses, mais je te dis, c'est une phrase assez courante effectivement, moi c'est plus, est-ce que je peux vous examiner ? C'est ça, c'est jamais je peux y aller ou c'est bon pour vous peut-être des fois je sors, je dis ça, mais notamment. Ou notamment aussi peut-être quelque chose justement qui est un peu... Qui nous déstabilise, c'est quand justement les femmes vont te répondre non et notamment, moi, c'est une patiente qui avait pas de péridurale et qui était très douloureuse et qui était pas du tout en lien. Et j'ai pas réussi à créer de lien avec cette femme et tout ce que je pouvais lui proposer ne passait pas... et là moi je me suis sentie violente alors que pourtant je n'avais rien de violent. J'ai essayé de lui proposer tout ce que je pouvais dans les 2 sens. Et rien ne fonctionnait

donc en fait, j'ai dû abandonner. Enfin, j'ai dû m'arrêter et moi je veux dire, en fait, je ne peux rien, si vous ne me permettez pas de faire aussi mon travail et de vous aider, je suis bloquée moi aussi. Et ouais, y a une petite rupture, c'était pas le « non » parce qu'en fait c'était d'un tout dans sa position qui faisait que je ne pouvais pas physiquement moins l'examiner, donc je pouvais pas insister et j'ai vite compris que je pouvais pas insister. Mais j'ai quand même ressenti, bah mince, je peux pas faire mon travail, je peux pas l'accompagner comme il faut. Enfin c'est mon travail quoi, malheureusement d'examiner. Mais voilà.

- OK. Très bien, super intéressant. Prochaine plaquette...

- « au moment de l'ouverture je leur précise que je sens tout il tire sur le bébé pour le sortir. Je hurle de douleur. » ... « moment de l'ouverture », donc c'est une femme qui parle, c'est ça « je leur précise que je sens tout » ouverture de quoi. Ah. Césarienne peut-être ? Ah oui. Oui, « il tire sur le bébé pour le sortir. Je le hurle de douleur » Ouais bah ça je pense qu'il y a rien de plus traumatisant... Il y a rien de plus traumatisant, je pense, que de sentir. Après, ça dépend comment cette femme a été préparée en amont, comment on prend en charge cette femme à ce moment-là est ce que c'est de l'urgence ? Est ce qu'elle a bien compris et comment ça se passait ou pas ? Parce que malheureusement ça existe, même si on a beau prendre toutes les précautions, il y a des femmes qui ne répondent pas à l'anesthésie et ça se finit du coup en anesthésie générale. Là, ce qui est... enfin là, la phrase en tout cas, on a que le côté de la femme qui parle, on sait pas ce qui ce que les gens répondent à côté parce que j'ai vu moi aussi des gens qui n'ont pas fait attention à cette douleur et qui ont malgré tout continué ou qui n'ont pas eu un commentaire en mode « c'est une urgence Madame, on est un peu obligé ». Ça, même si c'est atroce d'aller contre la douleur de la femme, bah au moins ça c'est il y a une explication, il y a une urgence vitale et on peut y revenir dessus en disant « en fait on avait pas le choix, on pouvait pas faire autrement. » J'ai eu des situations où les gens se sont tus aussi et n'ont pas répondu à cet appel. Et d'autres, bah voilà qui se finissent finalement en anesthésie générale. Mais une, voilà la phrase comme ça, elle est difficilement analysable parce que ça va dépendre. Enfin c'est de la communication, vraiment avec tout, c'est... Mais oui, ça ne m'étonne pas qu'il y ait ça comme... comment dire... comme récit, tu as pu récolter parce que c'est quelque chose

d'assez classique, même sur des forceps en soi ou des trucs comme ça. Des fois, on la banalise.

- Ouais bon bah trop bien. T'as répondu à toutes les questions juste comme ça donc parfait, super, allez prochain témoignage,

- Oh, ouais. « A ma 2ème césarienne me dira, on me dira que l'utérus a été recousu avec la vessie. » Dans ce témoignage, c'est vrai que le la 2ème partie est un peu confuse, c'est ça mais. Ouais bienvenue à la grossophobie. Ouais, c'est « vous vous êtes vus » alors ça je trouve ça... Tu vois ça, par exemple, moi ça me choque aussi parce que je me dis pas qu'on peut encore avoir des discours comme ça. Et moi aussi, enfin, peut être que c'est du déni face aux violences parce que personnellement j'ai pas l'impression d'agir dans ce sens-là Mais. Ouais bah c'est inimaginable pour moi qu'on parle directement comme ça à une femme. Parce que qu'on se moque des femmes, ça arrive encore souvent. Même des gens qui sont adorables en face à face mais qui vont quand même avoir une réflexion derrière. « Ouais, elle est quand même énorme » ou quoi, mais là « on dirait une baleine échouée. Vous êtes vu ? Bon courage Monsieur. » Ouais je vois les dragons, pas qu'en sage-femme hein, mais enfin je sais pas si ça parle que de sage-femme toi ton...

- oui, enfin la perception des sages femmes...

- ...Ouais mais du coup voilà enfin du coup dans le pluridisciplinaire. Alors moi j'ai jamais entendu une phrase comme ça parce que je pense que j'aurais réagi. En tout cas si j'assiste à ça, je dégomme quelqu'un. Non, c'est dur après... Ouais, non, c'est pas entendable cette phrase-là. Même, on sait que forcément l'obésité c'est une pathologie. Enfin, je sais qu'on est dans l'acceptation du corps et qu'on revendique il faut s'accepter mais dans le médical, malheureusement, ça reste une pathologie que de peser 150 kilos pour un mètre soixante ; que c'est des difficultés d'opérations, des difficultés matérielles, ça peut compliquer les accouchements bien évidemment, mais c'est clairement pas une phrase à sortir... « et lors de ma 2ème césarienne, on me dira que l'utérus a été recousu avec la vessie. » Ouais là il y a une mauvaise compréhension je pense, de la femme. Mais bon, je pense qu'il y a eu des commentaires en mode, enfin peut-être qu'ils arrivaient pas justement à bien séparer les tissus, enfin les parties molles et tout ce que tu veux donc derrière en plus... Enfin ils reviennent même pas sur ça, si ça a été un acte compliqué. « D'où mes douleurs. » Ouais c'est abominable.

31

C'est abominable, mais j'ai pas d'expérience en particulier si ce n'est qu'oui, j'ai déjà accompagné des femmes vraiment très obèses et qui sont des fois aussi, enfin qui ont pas forcément tout compris de l'impact en fait c'est sans... Enfin tu vois, personnellement j'ai été complexée, jamais je me permettrai de me moquer et de critiquer les gens sur leur poids. Mais typiquement on a eu une femme alors peut être qu'elle est pas au courant parce qu'elle se rend pas compte de du côté pathologique que peut apporter le surpoids ou l'obésité... On l'a refusé à...euh qu'est-ce qui est ultra physio là ? Givors ? Oui, Givors... on lui a dit non, c'est pas possible, vous êtes trop grosse. Mais parce que je pense que les gens n'ont pas non plus cette notion que, bah oui, le surpoids et l'obésité peuvent compliquer un accouchement et cette femme voulait justement quelque chose de très physiologique. Alors clairement je l'aurais pas amené comme ça, je pense qu'il faut le développer un peu. Mais de souvenir, cette femme a quand même eu un accouchement plutôt physiologique à l'HFME mais c'est juste bah le centre qui est le plus sûr et qui s'il y a des ça merde, oui on pourrait un peu plus l'aider que si vraiment ça va pas. Mais j'ose espérer que c'est un vieux... 2013, oui... j'ose espérer que c'était un vieux commentaire parce que à Lyon en tout cas, j'ai l'impression qu'il y a des choses qui, enfin, en tout cas autour de la femme enceinte, j'en sais rien... Mais à Lyon Sud en tous cas je sais qu'ils ont un centre, un service spécifique aux obèses donc... mais c'est pas une phrase. Non, moi je l'ai jamais entendu, je pourrais pas l'accepter. (rires)

- Très bien, Bah t'as répondu à toutes les questions super prochain témoignage, allez.

-Ah bah alors là. Ah bah quelle heure il est ? ça je vais pouvoir t'en parler oui. Ça, c'est atroce aussi, c'est un combat, alors ça jamais pareil, ça jamais, en tout cas dans mon entourage, je ne l'ai entendu de sages femmes « il va falloir vous calmer, on entend que vous » Non, pas de cette façon « si vous la fermez pas... » Non. Bien sûr que des fois les femmes sont vraiment hors de contrôle et il faut pouvoir les ramener ; on est obligé des fois dans notre accompagnement de les recadrer et des fois oui, d'être un petit peu violente, enfin violente dans le dans le parler en mode « on se reconcentre là, on se focalise » mais des fois on est obligés de leur dire « si vous n'arrivez pas » c'est pas de la menace mais c'est que « si vous n'arrivez pas à vous gérer, là ce sera pire pendant la péridurale » et là les anesthésistes, eux ils vont dire c'est mort. Donc on est obligé de leur dire en fait non, on peut pas tout faire parce qu'il y a des risques,

notamment au moment de la péridurale, donc il faut malgré tout réussir à se concentrer et à se gérer. Mais cette phrase-là, non, je l'ai jamais entendu tel quel. Après bien sûr hein, enfin on a des gros soucis à l'hôpital mais en tout cas je trouve que non, nous notre collectif sage-femme est quand même plutôt bienveillant et les IADE et anesthésistes ont vraiment un abus de pouvoir sur la prise en charge de la douleur pour eux... enfin, quand on entend de certains IADE et anesthésistes que la péridurale c'est optionnel, je trouve que ça, c'est violent d'avoir emprise sur la douleur des femmes... parce que moi j'ai travaillé dans d'autres hôpitaux où on ne dépendait pas d'eux, c'était des sages femmes qui posaient enfin, qui préparaient les péri, on appelait direct l'anesth enfin l'interne, en fonction de là où on est, ils arrivent plus ou moins vite. Mais eux, en fait on dépend d'eux, nous en tant que sage-femme, on dépend d'eux, les femmes dépendent d'eux également, il y a trop de d'intermédiaires pour prendre correctement en charge cette douleur. Et des fois oui ça, franchement oui, des mauvaises personnes ou des personnes fatiguées peut-être on va dire de l'hôpital, oui moi j'en vois bien dire « si vous savez pas être calme pas de péridurale Madame. » Enfin franchement je pourrais très bien entendre de certaines collègues, ou certains collègues. Mais pareil, enfin, c'est... Ouais, c'est de l'abus de pouvoir, c'est pas la meilleure façon de faire.

- OK et ouais, du coup, une situation similaire à ce que t'en as une qui te vient...

- Oui, alors souvent c'est quand les dilatations sont trop avancées et qu'en fait les anesthésistes ou IADE voient bien que la femme est trop douloureuse et trop agitée, donc en fait ils retardent le moment où ils viennent, ou ils viennent pas parce qu'ils savent peut-être que bah finalement oui ça va aller très vite. Mais sauf sur de la grande multipare, j'ai quand même rarement pas eu le temps de poser une péridurale, sauf quand bien sûr elles sont déjà dilatations complètes mais et encore même sur une primi à dilatation complète, on a encore le temps. Mais non, enfin pas là d'exemple précis. Mais oui, cette phrase « pas de péridurale », ou alors « Ah elle est pas prête. Ah bah pas de péridurale. Ah elle est pas assise là, tu l'as pas à scopée » alors qu'en soit c'est leur travail. « Ah bah pas de péridurale » En fait, même nous, on est menacé donc on se plie en 2 pour la douleur de ces patientes parce qu'on sait que si on n'est pas nickel pour eux qui finalement, leur taf, on pourrait le faire, mais ils ont la main prise sur

ça... Ça c'est quelque chose qui me... je peux pas supporter ça. Voilà, non, sinon après d'exemples typiques, non enfin je t'en ai donné quelques-uns.

- Ok, très bien, OK ouais allez.

- Ouais, donc ça c'est un vrai témoignage ?

- Bah c'est en fait c'est des comptes Instagram où c'est des patientes qui envoient en fait ce qu'elles ont vécu et du coup, qui, ouais...

- Ça ne me parle... Alors qui ? Le médecin ?

- Bah... ouais.

- Ok. Ouais, ça me paraît complètement... Dépassé. Moi les violences actuelles quand même, enfin en tout cas que je peux observer, c'est pas quand même de ce niveau-là. Je pense qu'enfin en tout cas les hommes... oui « il » ... Les hommes avec qui on travaille actuellement sont quand même bien sensibilisés sur attention en fait, parce que le moindre geste peut être super mal interprété. Ça je trouve ça trop gros pour que ce soit vu. Après c'est peut-être lors d'une consultation gynéco ou un truc comme ça. La tape sur les fesses, je trouve ça un peu gros. J'ai pas d'exemple, moi ça va plus être des fois, dans la façon dont ils s'adressent aux femmes ou... mais pas sur la nudité. Parce que c'est vrai quand les femmes sont en train d'accoucher, oui, effectivement, des fois t'en as qui arrivent sans se présenter et qui vont assister à l'accouchement sans que la femme ait été vraiment d'accord. Mais la tape sur les fesses. Pardon je... ça me parle pas,

- T'es plutôt surprise de ce témoignage...

- Non, mais j'ai l'impression, que c'est plus la génération de nos parents.

- Oui, je vois.

- Ouais, clairement. Ça fait vieux, enfin c'est du vieil abus quoi. Ça c'est de la vieille violence pour moi. Mais peut-être que je me trompe... sûrement parce que je pense que ça doit arriver encore mais... Ouais, pour moi c'est trop gros. C'est à cause de comportements comme ça en fait que bah peut-être que maintenant, vraiment des fois on n'ose vraiment plus rien faire, ne plus les toucher. Et je pense que nos hommes qui

sont avec nous font attention à ça, mais... Je pense que je peux tellement être déçue de ce qui est la vraie vie. Mais bon, ouais. Non, ça me parle pas plus.

- D'accord. Et le dernier du coup ? Qu'est-ce que ça t'évoque ?

- Pareil. Alors dit comme ça... ouais c'est pareil, ça se dit pas quoi c'est... puis, en fait, c'est ça, c'est que... j'ai des exemples, ce n'est pas avec ces phrases là, mais quand les femmes accouchent, c'est vrai que certains... Alors pourtant tu vois, on travaille avec des gens qui ont quand même fait des études, qui sont cortiquées et qui pourraient avoir quand même une sensibilité mais qui n'en n'ont pas, parce qu'effectivement quand la femme accouche, je trouve que beaucoup de médecins ou même quand en césarienne, le fait qu'il viendra ou le fait qu'il y ait quelque chose qui... quand ils sont focus sur le périnée, il y a plus de femmes, y a plus rien donc ils peuvent se permettre de parler à voix haute, comme si la personne n'était pas là. Alors dans nos études, on nous apprend que c'est important effectivement de dégrossir le truc pour être vraiment concentré sur la zone à opérer ou la zone à s'occuper., mais là en fait, enfin c'est tellement délicat l'accouchement qu'il faut quand même malgré tout pouvoir prendre tout en compte, enfin l'environnement. Et j'ai déjà eu des patientes qui ont entendu, en tout cas ce que les médecins pouvaient dire entre les gens, même certaines sage-femmes je pense, je fais pas les accouchements avec mes collègues sage-femmes donc je ne sais pas ce qui se dit quand elles font leur accouchement... Mais oui, ça ne m'étonne pas... « Le terrain est pourri, pourri » bah oui mais... ouais, ça c'est abominable, encore une fois euh et que « la sage-femme semble aussi choquée que moi et qu'elle ne dise rien », ça ne m'étonne pas non plus parce que je suis plutôt, enfin personnellement, je suis du genre à dire quand ça me déplaît ou quand on dépasse les bornes mais... En fait, je pense qu'il y a de la sidération déjà. Enfin moi y a beaucoup de choses qui vont me choquer et qui ne sont pas entendables donc je suis là en mode « ah mais c'est pas possible, on peut pas sortir ce genre de choses, on peut pas être violent ». Enfin tu vois bien que moi j'ai pas l'impression de connaître trop la violence dans mon entourage et c'est pas acceptable. Donc en fait tu te dis c'est pas possible, tu le sens et puis t'es dans ton événement en fait tu... enfin faut pas que toi tu te laisses déconcentrer et en même temps c'est tellement dur de, comment dire, responsabiliser ou de revenir, enfin de comment dire, de raisonner les gens sur même un truc beaucoup plus moins gros que cette phrase-là, on peut pas changer les gens, on peut pas les sermenter, et puis certains

n'entendront pas et en fait c'est un combat fatigant que de reprendre tous les dysfonctionnements de chacun à l'hôpital, notamment avec les IADE les anesthésistes... Et c'est dur en fait, c'est épuisant, vraiment de se battre contre tout ça et on pourra pas récupérer, enfin en tout cas on pourra pas faire du contact direct avec les obstétriciens ou avec n'importe qui, c'est trop dur de faire ça parce que je pense qu'il y en a tellement des moments où on est là « mais ça va pas dire un truc comme ça » et c'est la demande du courage quand même aussi de notre part que de dire « mais en fait non, ça se dit pas. » Alors après il faut revenir sur ça avec la femme, il faut en reparler parce que si elle a entendu il faut en débattre et sincèrement, si la femme est trop... enfin c'est gros ça comme phrase, moi je pense qu'il faut pas hésiter à leur dire « mais vous pouvez faire un courrier à la direction, vous pouvez porter plainte, vous pouvez. » Je peux pas moi leur dire, « Ah oui moi je vais le faire » parce que c'est, voilà, c'est difficile de protéger tout le monde et tout le temps, donc à un moment, il faut leur dire, « mais en fait, c'est vous finalement qui aurait plus de poids que moi dans votre action, quoi donc allez-y, faites un mot. » Moi je peux faire un événement indésirable mais pareil en fait, je suis quand même quelqu'un qui est franche, donc je ferai pas, enfin je sais pas si tu sais ce que c'est un enfin les « ennov » (*évènement indésirable*) ça te parle ?

- Oui, oui.

- Donc en fait, si j'en viens à faire ça, je le dirai quand même au médecin avant que « je ferais un événement indésirable contre toi parce que tu as vraiment très mal parlé à la patiente et que c'est inconcevable. » Mais pareil, il faut avoir quand même du courage pour affronter les gens. Et puis est ce que derrière toi aussi tu vas pas t'attirer des problèmes à tout le temps reprendre les gens à les menacer de dénoncer leur mauvais soin ? Il faut du courage pour tout dénoncer.

- Et comment tu pourrais expliquer ça justement, cette situation ? Que ce ne soit pas si simple de le faire.

- De dénoncer ?

- Oui.

- Parce que je pense qu'on a peur des représailles derrière dans notre quotidien, parce que c'est des gens qu'on va forcément recroiser. Ça parle, les gens parlent aussi, donc

derrière ça peut être aussi très mal présenté et remodifié à foison. Certains vont se retrouver dans cette phrase en mode « bah oui » enfin comme les gros quoi « Bah ouais non mais c'est l'enfer normal que t'ais dit un truc comme ça. » Enfin ça peut tourner à la moquerie, à la rigolade euh. Ouais, je sais pas... On a l'impression d'être habitué à ça et que ce genre de conversation, tu vois, je l'ai quand même souvent. « Oh non mais que là quand ils sont entre les jambes de la patiente, ils disent des trucs non, mais ils ont un comportement odieux. » Et oui j'en connais pas beaucoup qui vont aller dire non mais ça va pas de parler comme ça. Je pense qu'ils s'en rendent pas compte. Enfin sincèrement, des fois ils s'en rendent pas compte de ce qu'ils lâchent. Ils ont l'impression que la femme n'est pas là, sincèrement, les femmes ne sont pas là.

- Et est-ce que tu pourrais raconter une situation comme ça où t'as entendu des choses ou vu des choses et même dans ta pratique...

- Ouais. Bof oui bah on a des médecins atroces hein. Et puis des femmes en plus, souvent. Enfin pas souvent, mais les 2 personnes à qui je pense c'est des femmes et qui sont assez brutes. Ouais et qui sont en fait, enfin c'est pas aussi gros hein, mais c'était pas avec moi non plus. C'était justement des collègues qui m'ont raconté. Mais typiquement, c'est le médecin qui est appelé après 30 minutes d'efforts expulsifs inefficaces, ils arrivent pour un instrument et là la médecin qui dit entre les jambes de la femme mais qui s'adresse pas, du coup, à la femme elle dit « mais elle pousse pas, elle pousse mal » quoi, ou alors qu'il va lui dire « Bon allez, maintenant on pousse vraiment » la femme ça fait 30 minutes qu'elle pousse, qu'elle donne tout ce qu'elle a. Peut-être qu'elle a mal quand compris comment fallait pousser, mais en tout cas elle l'essaye. Et ouais la femme elle l'a entendu, elle pousse pas, elle pousse pas. Je crois même que cette femme avait elle avait, bon c'était pas allé plus loin, mais elle avait entendu donc elle avait dit avec son conjoint « je crois ils parlent sur moi là. » Mais souvent en plus les médecins, après... enfin si je connais quelques patientes qui s'en sont pris directement à elle mais. Et puis après, elles font de petites choses quoi. Après, une fois que les femmes se rendent compte en fait qu'il y a quelqu'un en face d'elles, que c'est pas juste du vagin et des cuisses, elles font pas, c'est plus les guerrières enfin les femmes qui critiquent... je dis n'importe quoi. Mais elles sont plus à dire des atrocités comme ça quoi tout de suite « pardon pardon » donc en fait on peut vite les calmer ces femmes là quand ce sont les femmes qui vont répondre. Après je pense qu'il

faut développer avec les femmes parce que tu vois, moi ça me parle pas les violences, enfin je te raconte des trucs pour autant, mais dans mon quotidien j'ai pas quand même l'impression qu'il y ait beaucoup de choses et c'est vrai qu'il y a beaucoup de méfiance de la part des femmes et des fois je trouve que c'est à outrance, parce que justement je suis là « non mais attends les violences quand même comme on en entend parler aux émissions des fois je regarde je suis là, ouais non mais je c'est pas possible, je le conçois pas » Donc je pense qu'il faut vraiment bien développer, bien discuter avec les gens parce que des fois, c'est peut-être oui, dans l'autre sens, où les gens vont être beaucoup trop attentifs et beaucoup trop méfiants sur plein de trucs, ou même qui ne sont pas prêts à la douleur qu'un accouchement peut provoquer sans quoi que ce soit, extrême, mais ça c'est subjectif, on peut pas le contrôler quoi. Mais ouais je pense qu'il faut faire gaffe à la communication, je pense que c'est la base de tout, de tout.

- Ça marche. Bon, on a fait le tour, mais du coup... J'ai 2 petites questions plutôt générales sur du coup, est-ce que tu pourrais partager une expérience positive que t'as vécu avec une patiente dans ta relation de soin autour un petit peu de ces questions justement... Une anecdote qui t'a marquée positivement du coup justement dans l'accompagnement d'une patiente.

- À risque de violence ?

- Non bah plus dans le sens où, du coup t'as été plus un impact positif, enfin plutôt dans ce sens-là.

- Mais peut-être le cas un peu classique des femmes qui ont un premier accouchement un peu traumatique, où c'est pas forcément chez nous non plus. Enfin je dis pas qu'on est à la patte blanche hein, clairement pas. Et du coup ouais, qui vont peut-être du coup être dans un projet de naissance ultra strict et ultra-physiologique et des mots qui font pas forcément sens pour elles mais qui si elles les mettent sur un papier et si elles nous le communiquent, nous disent bah « au moins là je me suis protégée de tout ce qui pourrait être de pire de ce qui pourrait m'arriver ». Donc ouais, à travers la communication et en discutant sur leur expérience et en leur réexpliquant aussi peut pourquoi est-ce qu'il y a eu ce geste ? Est ce qu'il était nécessaire ? Sans pour autant dédouaner L'équipe médicale, attention hein, parce qu'enfin je sais que des fois c'est clairement notre faute, mais comme je suis pas là sur le moment... Enfin parler de leur premier accouchement traumatique, c'est compliqué de dire « Ah non bah oui je suis

complètement d'accord avec vous, c'est affreux, c'est scandaleux ce qu'on vous a fait. » J'essaie toujours d'essayer de ramener quand même un côté un peu plus objectif « est ce que vous êtes sûr d'avoir bien compris ce qui se passait ou pas ? S'ils ont fait ça, bah c'était en lien avec ça » et oui à travers la communication sur l'épisiotomie, sur appuyer sur le ventre, c'est vrai qu'appuyer sur le ventre, il y a beaucoup de femmes qui l'ont encore en tête. Et oui, à travers la communication en général, j'arrive à désamorcer certains trucs et voilà au final ça se passe bien. Et peut-être le truc sur lequel je suis le plus fière, c'est quand justement des femmes qui accouchent par césarienne ou par extraction/forceps ont quand même un souvenir, un bon souvenir ou un bon vécu de leur accouchement. Parce que j'essaie vraiment de dédouaner un peu les instruments, l'épisiotomie, l'accouchement par césarienne, parce que justement certaines femmes qui ont bien compris les enjeux et ont bien compris les gestes, comprennent. Et qui sont actifs quand même aussi dans leur prise en charge, accepteront mieux leur accouchement et en fait, ça peut très bien se passer aussi quoi. Donc ouais, j'avoue que quand j'arrive à obtenir ça comme résultat, je suis très contente. Je suis très contente.

- Plutôt du coup, la question inverse, est-ce que tu pourrais partager une situation, une expérience négative que t'as vécue, en tant que sage-femme.

- Bah ouais, pareil. Qu'est-ce que... ben quoi, il y a quand même beaucoup de choses hein, faut faire du tri. J'essaie de pas reprendre les exemples qui ont été sortis, mais la césarienne oui douloureuse où la patiente a mal. Oui, ça je pense qu'on l'a tous vécu au moins une fois. Les forceps, franchement oui, des fois ça peut être violent quand même les forceps. Je sais que mes premiers forceps en tant qu'étudiante... je suis jamais tombée dans les pommes dans mes salles d'accouchement, mais franchement ouais, j'avais trouvé ça un peu un peu dur hein. Enfin je m'étais senti un peu partir, j'étais... Ah ouais, c'est violent. Et non toujours pareil, c'est tellement compliqué en fait de parler de violence quand les femmes ont mal à ces moments-là parce que ça va très vite et malheureusement des fois même l'anesthésie ne peut pas, elle se rendent pas compte qu'en fait l'anesthésie générale, en tout cas je ne sais même pas si elles l'envisagent mais c'est pas forcément la solution. Dans le schéma traumatique je pense que si la femme, on l'endort complètement au moment du... et c'est arrivé hein sur des forceps de les endormir complètement, elles accueillent pas leur enfant, c'est pas mieux en fait que qu'un accouchement douloureux. Non mais oui, les situations, moi qui me

gêne quand même beaucoup, c'est quand on va malgré tout, on est obligé d'aller contre cette douleur mais que... bon c'est pas moi qui fais les forceps, forcément, mais que donc y a les anesthésistes ou les IADE, y a les médecins qui sont là et quand ils commencent à engueuler la femme en mode « ben y a pas le choix, c'est comme ça, on y va », enfin ouais, des fois y a des phrases qui passent pas. J'ai pas d'exemple là, tel quel. Mais c'est oui quand ça part un peu à l'engueulade « maintenant, vous arrêtez vos conneries, vous arrêtez votre caprice, faut y aller quoi. » Il y a toujours une autre façon en fait de dire les choses. J'ai déjà engueulé des gens mais jamais en les rabaissant ou en les infantilisant. Enfin c'est des adultes, donc si à un moment effectivement ils sont pas capables d'entendre qu'il y a un danger pour leur enfant, moi je mais je reste respectueuse des gens, je vais pas leur dire, enfin c'est pas des enfants, ils sont pas inférieurs à moi. Donc, du coup, on n'a pas à parler des fois comme j'ai pu entendre... mais j'ai pas d'exemple là. Mais ouais, ça c'est dur, ouais. Ça c'est dur. Après qu'est-ce que j'ai d'autre comme... Non, le terrain très délicat de l'épisiotomie, Mais même moi j'en ai quand même fait très peu depuis que je suis diplômé. Je pense qu'en 3 ans et demi j'en ai fait 3. C'est vrai que c'est en fait, c'est un peu blessant je trouve aussi personnellement quand les gens sont là à te dire mais en fait je veux pas d'épisiotomie, je veux pas d'accouchement par césarienne et je veux pas d'accouchement par extraction et cetera, mais souvent on est quand même obligé de dire « donc vous croyez vraiment que ça nous fait plaisir de réaliser ces gestes ? » Du coup voilà, c'est ça, c'est pesant de tout le temps devoir le réexpliquer en mode « en fait, on fait vraiment pas ça par plaisir. » Et si on en fait le moins, on se porte très bien et ils ont peur de ça. Et le fait que qu'ils disent cette phrase là comme ça, c'est qu'ils ont pas compris du coup quelque chose. Et ça je pense que c'est pas au moment de l'accouchement, alors je sais qu'il y a les hormones... Enfin je pense qu'il y a beaucoup de choses qui sont dites pendant la grossesse où même les gens qui font pas de prépa mais qui arrivent quand même avec des projets physio en carton, en béton et un peu en carton aussi, c'est qu'ils ont pas vraiment posé les bonnes questions ou qu'ils ont pas vraiment compris. Et ça, ça se fait au moment de l'accouchement de réexpliquer, mais si déjà ils avaient un peu plus les bonnes notions durant leur grossesse, ce serait pas mal. Je pense que ça les aiderait beaucoup. Mais ouais, les épisios, les épisios... Enfin, c'est délicat l'épisiotomie, de dire « là je vais couper maintenant » ou « attention je vais couper » enfin « je vais faire couper », je dis jamais ce mot là mais vulgairement, je sais pas en fait quel est le bon

moment pour l'annoncer. Je pense qu'il faut en parler en amont avant même d'avoir commencé à faire pousser les femmes, c'est-à-dire « s'il y a un risque je la ferai, je vous le dirai peut-être pas sur le moment parce que en fait même à ce moment-là, ça peut te compliquer la prise en charge ». Moi y a eu enfin, j'ai déjà vu des femmes dire non et qui ont arrêté de pousser à ce moment-là et qui sont parties en crise de d'angoisse. Donc c'est pas non plus le moment je pense de le dire, mais il faut absolument y revenir dessus. Même des femmes qui sentent en fait, enfin ça, c'est atroce aussi, mais ça c'est les limites de la péri, de l'anesthésie, ça des fois on peut difficilement faire mieux. Mais ouais, y a, il faut parler quoi hum. Voilà.

- Ça marche.

- J'ai que ça, j'ai que ça.

- Non, mais super. Est-ce que tu as envie d'ajouter quelque chose sur le thème général ?

- Je me doutais bien de quoi tu allais me parler mais je trouvais ça important de te proposer de venir faire l'entretien parce que finalement donc les violences physiques enfin ou les violences obstétricales comme on en entend parler, moi, c'est surtout effectivement à travers la parole que je trouve qu'on est toujours très violent. Je trouve que beaucoup de personnes ne savent toujours pas bien s'adresser aux gens et balancent des trucs des fois effectivement pas entendables. Et ouais, ça peut clairement venir de tout le monde, tous les gens qui travaillent à l'hôpital. Donc ouais, moi c'était surtout sur les phrases je veux dire, oui, ok oui il y a la violence obstétrique comme on en l'entend, comme ce qui ressort quand même beaucoup pendant les interviews et les témoignages. Mais il y a vraiment un travail à faire autour de la communication. Je pense que ça devrait faire partie de cours. Parce qu'oui, typiquement les jeunes internes, quand tu vois comment ils s'adressent aux femmes, t'es là « mais t'es malade toi ? T'as pas appris à parler aux gens en fait, tu sais pas t'adresser aux gens » comment ils interviennent effectivement ils déshumanisent beaucoup, ils sont, je trouve qu'ils sont déjà des fois blasés. Alors pas que les internes ; mais les infirmiers anesthésistes enfin tout le monde des fois paraît blasé. Et tu peux pas parler, tu peux vraiment pas parler comme ça aux gens donc ouais moi je pense qu'il faudrait en parler pendant nos études, plus. En tant que sage-femme, la nouvelle génération, j'ai l'impression qu'on est un peu plus sensibilisés à ça, mais je pense que ça ferait pas de mal quand même des fois effectivement un cours un peu éthique, de reprendre des témoignages et de se

pousser à s'évaluer. Parce que moi des fois ce qui me choque c'est que tu vois, je te dis la nouvelle génération mais moi avec des étudiants de sage-femmes, comme je te dis, le truc d'écarter les jambes quand on examine mais en fait la femme elle a pas besoin de ça. Elle est mobile donc si tu lui expliques, elle va les écarter les jambes, toute seule. De pas prévenir ou dire alors « Comment ça va la dame ? » Enfin tu vois le mettre vraiment à distance. Il y a vraiment beaucoup de travail à faire autour de ça. Après, peut-être que justement certains on est un petit peu trop dans l'analyse des phrases et à essayer d'avoir que le discours positif et les questions ouvertes et « Ah elle vient de dire ça, OK alors ça veut dire ça. Attention trauma trauma, trauma, » enfin peut être une certaine fois, on en fait un peu trop, on est un peu trop à l'écoute, mais je pense que ça vaut clairement le coup vu quand même ce qu'il se passe encore donc, ouais, moi je suis vraiment pour qu'on reprenne des moments de discussion sur ce que les femmes peuvent dire.

- Très bien, ça me va.

-Donc tu interviendras, prochainement.

- Ah mais trop bien. Bah franchement j'ai eu tout ce que je voulais si tu as quelque chose à ajouter si tu parles.

- Ok, non très bien.

4. Solène

Le 6 novembre, entretien avec Solène, sage-femme diplômée de 2021, exerçant depuis sa sortie dans un niveau III.

- Premier témoignage. Donc qu'est-ce que ça t'évoque ?

- « Je peux vous examiner ». Une phrase qui pour moi, est vraiment devenue la base de la pratique et effectivement je pense pour la jeune génération quelque chose qui est vraiment ancré dans les pratiques et qui ne fait pas tellement débat maintenant pour la jeune génération, mais qui effectivement n'a pas toujours existé dans le discours soignant et qui n'existe certainement encore à l'heure d'aujourd'hui, pas dans la bouche de tous les soignants, c'est la question du consentement. Et voilà pour moi, effectivement c'est la base, mais je sais que ce n'est pas le cas pour tout le monde.

- D'accord, est-ce que tu pourrais raconter une situation similaire que tu as vécu dans ta pratique autour de cette question ?

- Oui, alors moi, il se trouve que j'ai, au cours d'un de mes stages pendant mes études où j'étais en Ma3, donc relativement très tôt dans mes études, j'ai été en stage étudiant dans une clinique de Lyon qui pendant laquelle j'ai été vraiment témoin de violences obstétricales qui m'ont particulièrement marquée. Et notamment là, ça me fait associer à une scène où j'étais en consultation avec un médecin et il y avait aussi une externe qui était avec nous, donc on était 3 et en fait une patiente donc à qui fallait faire 1 TV je saurais même plus dire pourquoi hein, qui était enceinte. Et en fait le praticien déjà l'a examiné donc sans lui poser la question et déjà ça m'avait un petit peu interpellé la façon dont ça avait été fait. Voilà, il l'a examiné, il a mis ses doigts et puis on en parle plus. Et derrière il nous a demandé et à moi et à l'externe de le faire aussi, donc on a été trois à examiner cette patiente de façon un peu abrupte, sans lui demander si elle était d'accord qu'on soit 3 à l'examiner. Et quand on pense 3 personnes qui nous examine, c'est quand même assez rude et sur le coup, évidemment, ça m'a interpellé, j'ai été en tout début de mes études. Maintenant, avec le recul, c'est évident que je pense que j'aurais dû dire non, mais il se trouve que voilà, j'avais pas le recul de que j'ai actuellement et donc je l'ai fait et en fait maintenant je me dis mais pas ça fait pour cette patiente, ça a été certainement très difficile d'être 3 comme ça, à l'examiner sans forcément demander si elle était d'accord, si ça lui faisait pas mal quand on l'examinait et que donc elle était d'accord qu'on recommence, enfin voilà. Donc c'est ça a été je

pense, enfin pour moi c'est une forme de violence obstétricale que d'agir comme ça sans se demander ce que ressent la patiente.

- Et est-ce que du coup ça t'a fait, tu dirais que ça t'a fait évoluer dans ta pratique ?

- Ah Ben ça a été le point de départ de pas mal de réflexions effectivement derrière sur les violences. Je pense que j'ai vécu d'autres scènes de violences obstétricales au cours de ce stage et donc effectivement, derrière, j'ai réfléchi à tout ça, à ce que moi ça m'avait renvoyé. Et donc si moi ça m'a envoyé ça en tant que soignante, qu'est-ce que ça renvoyait aux patientes ? Et puis après effectivement moi je j'ai fait partie vraiment là de la génération sage-femme formée en même temps que tout le débat sociétal autour des violences obstétricales, donc forcément on est amené à y réfléchir et effectivement je pense qu'aujourd'hui il y a vraiment un gap générationnel entre encore les soignants qui sont en exercice tous en même temps aujourd'hui de la nouvelle génération et l'ancienne génération qui sont pas formés de la même façon. Donc il y a des gaps de pratique qui sont énormes et donc quand on est confronté à ça, notamment pendant nos études, parce que du coup on est amenés à travailler avec plein de professionnels différents, de plein de générations différentes, formés différemment, avec des approches, des valeurs différentes, et ben du coup on est amenés effectivement à se questionner sur quelle pratique on voudra nous-même en tant que soignants avoir parce que c'est à dire des choses qui nous choquent plus ou moins.

- Ok c'est très intéressant. Prochain témoignage. Donc, qu'est-ce que ça t'évoque comme témoignage ?

- Alors ça c'est effectivement la question de la douleur, du confort de la patiente, du ressenti de la patiente. Ça vient parler de plein de choses, ça vient dire... en fait, pour moi, les violences obstétricales, si j'élargis un petit peu avant de revenir pour précisément là-dessus, il y en a plusieurs, enfin, on a plusieurs types, il y a vraiment, on va dire, la violence obstétricale qui va pas faire débat où tout le monde va être d'accord dessus pour dire voilà, il y a eu vraiment une intention... Une intention, plus ou moins, mais en tout cas quelque chose où il y a eu un manque de bienveillance, un manque de prise en compte du patient, un non-respect des volontés, du confort, de la douleur. Et où là, tout le monde va être plus ou moins d'accord. Et il y a la zone un peu plus grise du bah il y a avait absolument pas l'intention de faire du mal à la patiente, certainement la très grande majorité des violences obstétricales, mais il en résulte un

vécu violent de la part de la patiente. Donc finalement, pour moi peu importe dans quelle zone on se trouve, ce qui caractérise une violence obstétricale c'est le vécu violent de la patiente, peu importe quelle était l'intention à la base., la forme qui a été fait en pratique. Et effectivement la douleur « je hurle de douleur », c'est évidemment, y a pas d'équivoque sur le fait que c'est un vécu extrêmement violent. Donc quand y a pas de prise en compte de cette douleur-là bah c'est une forme de violence. Alors qu'on ne puisse pas toujours éviter la douleur dans des situations de naissances urgentes, et cetera, on le sait que ça existe, mais là où le travail doit être fait, c'est sur la prise en compte. En fait de prendre conscience de ça et de pouvoir éventuellement derrière reparler par exemple de ce qui s'est passé avec les patientes de dire « bah voilà, on sait que vous avez eu mal, pour vous ça a été très violent. » Bon là bah précisément je sais pas ce qui s'est passé, « il tire sur le bébé, je hurle de douleur », t'as des choses effectivement médicalement qui sont injustifiées mais peut-être pas. Et peut-être qu'il est juste question de du vécu de cette patiente et avec laquelle il faudra derrière pouvoir retravailler, reprendre. Et on a vu effectivement fleurir des témoignages comme ça de patientes sur les réseaux sociaux notamment avec voilà cette ère post #MeToo où les femmes enfin prennent la parole sur tous les types de violence, dont les violences obstétricales. Mais voilà, ça ne suffit pas quoi maintenant ça suffit pas que les patients le disent, il faut qu'il y ait une prise de conscience des soignants, même s'il n'y a pas d'intention de créer ces situations de violence, j'ose espérer que dans la très grande majorité des cas, il n'y a pas d'intention. Sinon, évidemment, on est tous d'accord pour dire Bah voilà, c'est une intention, c'est dramatique et point barre, il y a pas de débat. Mais là le débat il est là parce qu'il y a pas d'intention à la base, et qu'on n'a pas forcément conscience nous en tant que soignants qu'on est vecteurs de ces violences. Mais à partir du moment où il y a un vécu violent par la patiente comme là c'est le cas, c'est une situation de violence obstétricale.

- Est-ce que tu pourrais raconter une situation similaire que t'as vu ou vécu dans ta pratique sur cette question ?

- bah c'est des situations effectivement qu'on vit régulièrement sur des patientes qui sont sur des extractions, par exemple extrêmement douloureuses, qui perdent complètement pied et sur lesquelles on n'arrive pas nous, à suffisamment apaiser la patiente, ou en tout cas mettre du dialogue et à pouvoir être... expliquer ce qui se passe

et souvent quand les patients réagissent comme ça, il y a de la douleur, mais il y a aussi de l'incompréhension, de la peur. Et ça vient aussi d'un manque de communication, d'un manque de préparation. Donc, c'est tout le tous les maillages du début à la fin, parfois qui amènent à ce genre de situation hein la peur induit la souffrance, la douleur de façon un peu exacerbée. Alors ça veut pas dire que c'est que ça, ça veut pas dire que c'est toujours que nous on fait les choses bien et que c'est l'incompréhension qui amène... il y a des situations évidemment, moi je crois pas en avoir déjà vécu ou vu, où vraiment il y a de l'acharnement, des gestes très violents sur une situation d'accouchement, je crois pas en avoir déjà vu. Par contre les patientes qui sont dans une immense détresse au moment de l'accouchement par la douleur, par la peur, par un ensemble de choses et sur lesquelles derrière on ne revient pas, oui ça j'en ai vu plein et derrière on banalise un petit peu parce que nous bah malheureusement c'est des situations auxquelles on est confrontés et donc on a tendance à banaliser un petit peu. Mais en fait derrière, c'est les patientes, celles qui on le sait, sont plus à risque de faire des dépressions du post partum, enfin, voilà d'aller très mal et pour lesquelles il peut y avoir des vrais vécus post-traumatiques. Encore la dernière garde, là j'ai une patiente qui est arrivée avec des angoisses terribles parce qu'elle avait déjà eu un premier accouchement dans une autre maternité où elle avait vécu une naissance avec une ventouse, forceps, épisiotomie sans qu'on lui dise, elle avait même pas compris qu'elle avait une épisiotomie. Elle l'a compris plusieurs jours après en maternité avec apparemment une suture qui avait été faite vraiment n'importe comment. Elle a gardé des douleurs chroniques terribles derrière donc vraiment elle pour le coup un vécu de violence obstétricale terrible. Avec un sentiment surtout de... elle parlait pas tellement de la douleur, elle parlait surtout du fait de pas avoir compris, qu'on lui a pas expliqué ce qui s'était passé. Donc finalement ces violences, son vécu de violence est apparu après en fait. Et là elle est arrivée pour son deuxième accouchement dans un dernier état de... c'est dire que j'avais à peine ouvert la porte de la salle d'accouchement pour me présenter, lui dire Bonjour que déjà elle me disait « Bonjour je veux pas d'épisiotomie s'il vous plaît j'aimerais bien que vous ne me fassiez pas d'épisiotomie ». Bah voilà, ça m'a pris au ventre quoi. Je me suis dit mais waouh, quand même pour en arriver là, c'est vraiment à quel point son vécu a dû être difficile. Donc effectivement ça c'est des témoignages qui sont malheureusement vraiment pas du tout des cas isolés quoi.

- Ok. Alors, prochain témoignage... Pareil, qu'est-ce que ça t'évoque ?

- Alors, il y a 2 choses, donc il y a la phrase « on dirait une baleine échouée, vous vous êtes vu, bon courage Monsieur. » Là je crois que finalement ça c'est des choses qui font moins débat et qui mettront tout le monde d'accord pour dire que c'est voilà, c'est... on a même pas les mots quoi. C'est pathétique, c'est méchant, c'est absolument humiliant, dévalorisant et ça doit jamais être dans la bouche de quiconque est encore moins d'un soignant. « On me dira que l'utérus a été recousue avec la vessie », alors ça c'est pareil... C'est très difficile de parler de ça parce qu'est-ce que c'est volontaire ? Est-ce que ça... voilà les erreurs médicales elles arrivent aussi. Est-ce que ça a été fait parce qu'on a fait les choses un peu n'importe comment parce qu'on s'en fichait ou que c'est les 4 heures du matin ? c'est possible aussi bon, c'est difficile de savoir. Après effectivement, dans tous les cas, ça vient parler aussi d'un vécu. Peut-être que les 2 ont été associés aussi par la patiente, quoi, hein. Elle s'est sentie très mal prise en charge d'un point de vue humain, parce qu'on lui a parlé comme ça et que c'est terrible et que donc c'est là, évidemment et sans équivoque, un vécu, une violence terrible. Et que si en plus elle a gardé des douleurs derrière, Eh Ben il y a eu, il y a eu ce lien entre le mauvais vécu, la mauvaise prise en charge humaine et donc potentiellement la mauvaise prise en charge médicale qui peut-être si la patiente avait été confrontée à une équipe très bienveillante, et qu'elle avait quand même eu ses douleurs, bah peut-être que le vécu aurait été différent et qu'elle se serait dit bah voilà bon ils ont fait ce qu'ils ont pu malheureusement j'ai fait des douleurs et c'est comme ça. Et peut-être que là, elle a aussi associé cette douleur au fait que la prise en charge a été mauvaise du début à la fin. On ne saura pas ce qui s'est passé lors de cette césarienne et si vraiment y a eu une erreur médicale où voilà parfois ça arrive. Mais en tout cas, ça montre l'importance de nos mots, de nos, de nos paroles et qui sont bien souvent un peu banalisés parce qu'encore une fois, nous, c'est notre quotidien et que parfois on se rend pas compte du poids de nos mots. Alors bon, là on est dans le cas extrême hein, mais sans aller aussi loin, on se rend souvent pas compte du poids de nos mots, de l'impact que ça a sur le vécu des patientes, sur à quel point chaque mot qui sort de notre bouche va être happé par la patiente pour se rassurer ou au contraire va participer à des angoisses parce qu'elle a perçu dans nos mots une inquiétude ou quoi que ce soit. Et ça, pour le coup, on le vit tous les jours, d'entendre des professionnels qui parlent mal à des patientes... alors bien sûr qu'on a tous des jours où on n'est pas bien machin, ok

bon. Mais prendre en charge un patient, c'est le prendre aussi en charge sur le plan humain et c'est donc avoir un langage, des mots qui sont adaptés. Et d'être humiliants, d'être pas dans la bienveillance tout ça, ça c'est des choses qui sont pas possibles pour les soignants et qui font, évidemment, complètement partie des violences obstétricales, à mon sens, peut-être même les plus fréquentes d'ailleurs, les mots, les situations de dévalorisation « Madame, vous exagérez, vous êtes pas si mal que ça, non n'exagérez pas, un Toucher vaginal, ça fait pas si mal. » Ça, je pense que c'est des situations les plus banales rencontrées et qui sont dramatiques.

- Du coup dans ta pratique, c'est un peu ce que tu disais, tu l'as déjà vu ?

- Bah oui, oui, je l'ai déjà vu effectivement sur des poses de péridurale par exemple, notamment

- Ok, c'est une des prochaines plaquettes justement. Alors on en reparlera. Bah je pense que c'est la prochaine en plus. Ouais voilà transition.

- « Il va falloir vous calmer, on entend que vous si vous ne la fermez pas, pas de péri. » Ouais bah là on est dans le même registre quoi. C'est absolument terrible et ça montre à quel point il y a une... on ne prend absolument, enfin, c'est même pas qu'on prend pas en compte la douleur, mais c'est au-delà, c'est qu'on est dans l'humiliation, dans l'agacement. Et ça, c'est effectivement des situations, moi que j'ai déjà rencontrées de voir ça. Les anesthésistes ou les infirmiers anesthésistes parler très mal à des patientes... il faut quand même se représenter la pose de péridurale ça demande quand même à des patients de ne pas bouger d'un centimètre alors qu'elle est en train de vivre la pire douleur de sa vie, si ce n'est la pire douleur de sa vie, c'est quand même un exercice très difficile. Et donc effectivement, ça c'est des situations qu'on voit très souvent. Et qui sont, mais enfin, on peut imaginer l'impact que ça va avoir sur les patientes. Ça vient parler de la toute-puissance qui est ressentie par les soignants vis-à-vis des patients. Ce sentiment, de toute façon, c'est moi qui sais, c'est moi qui fais et, le patient s'adapte. Et là en l'occurrence, il fait trop de bruit et c'est pas possible, moi je peux pas me concentrer et voilà. C'est terrible d'imaginer que les femmes puissent vivre ça, entendre ça dans un moment qui est très difficile, qui est censé être le plus beau moment de leur vie. Enfin pas forcément ce moment-là, mais en tout cas qui fait partie d'un récit d'un des plus beaux moments de la vie. C'est terrible et en même temps, quand on est face à ça, c'est difficile de prendre position face à ses collègues. Moi ça

m'est déjà arrivé d'entendre peut-être pas des choses aussi durement dites, mais d'entendre des collègues mal parler à des patientes. Et c'est très difficile de prendre position. Il y a ce truc un peu entre collègues, on se soutient, on essaie de d'avoir les mêmes discours, tout ça. Alors peut-être que ça vient avec l'expérience, mais c'est difficile parfois d'être témoin de violence et de prendre position et de dire, c'est possible de parler comme ça. En tout cas de le faire devant la patiente, après d'en discuter ou d'aller en parler à aux cadres ou à la supérieure hiérarchique oui, ça on l'a déjà fait. Mais devant les patientes, c'est pas facile parce que ça fait partie d'une éthique un peu médicale, de pas... Mais en réalité, les patientes, c'est ce dont elles auraient besoin parce qu'une patiente à qui on parle comme ça et qui a quelqu'un à côté, qui va lui dire « non mais là en fait ça c'est pas normal qu'on vous parle comme ça ». Alors, on peut le faire évidemment si on est victime ou témoins de choses vraiment graves. Mais on devrait pas attendre que ce soit vraiment grave en fait, on devrait systématiquement prendre le temps d'analyser les situations de violence obstétricales orales ou voilà systématiquement prendre position pour que pour que ça change. Mais parfois, c'est plus facile à dire qu'à faire. Mais voilà, effectivement ça me fait associer avec cette idée de la toute-puissance du soignant.

- Donc cette situation l'expliquerait par ça, enfin si je te posais la question « Comment expliquer cette situation ? »

- Les explications les plus simples, c'est la fatigue, le surmenage des patients, les soignants. Peut-être qu'il était 4 heures du matin, peut-être qu'il y avait des problèmes dans la vie perso, mais en fait, ça, ça ne justifie en rien et on peut pas justifier les paroles comme ça par tout ça. Donc effectivement pour moi ce qui va autoriser un soignant à parler comme ça à un patient, c'est un sentiment effectivement de toute-puissance, de supériorité, de « de toute façon c'est moi qui ai la clé, c'est moi qui sais la mettre ta péridurale, donc si tu veux que je te la mette tu vas la fermer parce que là moi je peux pas me concentrer ». Pour en arriver à un tel degré de sentiment de supériorité, bah c'est parce que toute sa vie on a été... c'est un autre sujet, mais on a été ancré dans des pratiques médicales de toute puissance de supériorité. Alors beaucoup chez les médecins mais pas que, dans tout le corps médical, y a quand même quelque chose dans notre société qui fait que le patient et le soignant sont pas mis au même niveau quoi. Y a cette supériorité et que donc parce qu'on a cette supériorité, on

va se permettre ce genre de comportement. Parce que c'est comme ça quoi, le patient il a pas son mot à dire. C'est quand même triste de voir les choses comme ça quand on est soignants, mais oui effectivement, j'explique comme ça. Et d'ailleurs j'explique toutes les situations de violences obstétricales.... En tout cas celles qui sont... enfin non toutes, de cette façon-là. De la façon dont on voit le métier de soignant dans notre société, c'est à dire enfin heureusement pas tout le monde, bien sûr là je fais des généralités hein, mais beaucoup en tout cas, se sentent dans ce sentiment de supériorité. C'est pour ça qu'on surmédicalise la naissance... Voilà, là c'est un autre sujet aussi, mais en tout cas pour moi, tout vient des mêmes enjeux en fait, hein, qui sont tu vois là ce sentiment de supériorité, de pouvoir.

- Très intéressant. Tu veux ajouter quelque chose ? Peut-être sur une situation vécue autour de la question ?

- Oui bah je peux te parler effectivement de ce même stage dont je t'ai parlé au début là où j'ai vraiment été témoin de violences obstétricales qui m'ont beaucoup marqué. Notamment une qui m'a encore plus marqué je crois, mais alors c'est peut-être bête de le présenter comme ça, mais parce que c'était une femme sur une femme et là j'ai pris conscience qu'en fait, ça n'enlevait en rien le fait d'être une femme, de pouvoir commettre ce genre de choses. C'était une échographie du premier trimestre où l'obstétricienne n'arrivait pas à mesurer ce qu'elle voulait mesurer et donc a commencé à s'énerver un petit peu, à s'agacer de ne pas y arriver, « le bébé est mal positionné » tout ça et donc elle a fini par passer sa sonde abdominale en sonde vaginale, une écho endovaginale. Et là en fait, s'en est suivi peut-être 10 minutes, 1/4 d'heure, une scène atroce où elle n'arrivait pas plus à mesurer et donc elle a vraiment bougé dans tous les sens sa sonde à l'intérieur du vagin de la patiente qui avait mal et qui le disait et qui le montrait expressément. Et elle ne s'arrêtait pas pour autant, parce que tant qu'elle avait pas réussi sa mesure, elle allait, elle continuait. C'était d'une violence, mais c'était enfin pour moi, j'ai eu l'impression, oui, d'assister à un viol quoi. Aujourd'hui je me dis, mais j'aurais dû faire quelque chose. J'aurais dû dire stop là faut arrêter. Alors faut se représenter que à l'époque, j'étais toute petite étudiante sage-femme avec une obstétricienne, enfin voilà, je suis restée sans rien dire, mais aujourd'hui je me dis, c'est terrible d'avoir vécu ça en plus avec toute la symbolique d'une sonde endovaginale, voilà qui ressemble évidemment... qui a une forme phallique et qui évidemment là,

enfin vraiment, ça a été une scène très violente, je pense expressément difficile pour la patiente. Donc c'était une femme, voilà, c'était une femme, comme quoi, ça ne change rien. Peut-être même c'est pire parce.... Enfin, c'est pire... euh... Une femme, elle sait ce que peuvent être les sensations justement douloureuses d'un examen gynéco. Alors, ça veut pas dire que c'est moins grave du coup quand c'est des hommes, mais on pourrait se dire qu'une femme peut être plus sensible ou en tout cas mettre un peu plus d'attention au confort de la patiente, à la douleur de la patiente et en réalité, on a dit que c'est pas le cas. C'est vraiment quelque chose qui m'a traumatisé, dont j'ai eu besoin de parler après à mon retour de stage avec les profs de l'école. Et malheureusement, je pense que c'était des situations les plus banales comme il doit en exister chaque jour, chaque heure, chaque minute en France et dans le monde. Mais dans les témoins, ça va prendre tout à coup une vérité aux choses. Mais encore une fois, ça c'est des choses sur lesquelles on va être tous d'accord parce qu'on va tous se dire » Bah oui c'est choquant, oui c'est grave. » Mais voilà, pour moi, les violences obstétricales, c'est pas que ça. C'est aussi toute cette zone grise dont je parlais tout à l'heure où nous soignants et peut-être moi la première, on va engendrer chez les patients des situations vécues comme violentes, qu'on peut donc qualifier de violence obstétricale, qui ne vont pas nous interpeller, ou en tout cas pas à première vue, mais peut-être en prenant du recul, on peut se dire pas que, au même titre, une situation justement sur une extraction instrumentale où on a d'un coup 12 personnes qui rentrent dans la pièce sans se présenter, sans qu'on sache qui c'est, qui vont toutes se retrouver avec la tête, leur tête entre les jambes de la patiente à dire « allez, allez, faut pousser, votre bébé va pas bien, machin » c'est vécu de façon terrible. Et pourtant ça, c'est notre quotidien, ça, on peut pas dire tous les uns et autres, que c'est pas notre quotidien, mais quand on y pense avec un peu de recul, c'est effroyable en fait, pour la patiente. Et donc ça, c'est au même titre pour moi, des situations de violences obstétricales auxquelles il faut réfléchir en tant que soignant, peut-être encore plus parce qu'elles sont moins évidentes justement. Donc on a tous un pied dedans tout le temps. Mais là ce que je dis, c'est un truc qui en choquera beaucoup, qui choquerait plus d'un. De dire que des situations comme ça, par exemple sur des extractions, de dire que c'est des violences obstétricales. Parce que pour beaucoup la violence obstétricale c'est quand il y a une intention de commettre une violence. Mais je pense que dans 99 % des cas de violences obstétricales, il y a pas d'intention de commettre une violence, pas comme quand on va mettre un pain à

quelqu'un dans la rue, c'est pas du tout du même registre de la violence. Ce sont des violences qui sont implicites en tout cas, qui effectivement n'ont pas forcément une intention mais qui ont une résultante qui est le vécu la patiente qui est le même, donc finalement y a pas de différence. Mais ça y en a plus d'un des soignants, peut-être même une majorité qui serait pas d'accord avec moi. Qui seraient outrés même de qu'on puisse dire que les soignants commettent au quotidien des violences obstétricales. Parce qu'encore une fois ça vient remettre en question cette toute-puissance du soignant sur le patient. C'est toujours la même chose à la base.

- Très intéressant. Parfait, on passe à la prochaine ?

- Allez, tu me dis si je parle trop ? Peut-être que je devrais parler moins longtemps sur chaque cas ?

- Non, non, c'est super. C'est très bien justement en fait je te pose pas toutes mes questions, parce que tu balayes tout. Et enfin voilà, c'est parfait. Tu dis ce dont j'ai besoin.

- « il m'a tapé sur les fesses pendant que je me rhabillais »

- Allez pareil, qu'est-ce que ça t'évoque...

-Bon bah là on est dans ce que je qualifiais de la violence obstétricale claire, sur laquelle on doit tous être d'accord pour dire que voilà, c'est une agression sexuelle qui est très grave, et là-dessus je crois que tout le monde sera d'accord. Je sais même pas ce qu'il faut dire, on va pas polémiquer sur le fait qu'une agression sexuelle soit... enfin les conséquences d'une agression sexuelle sur une patiente, en plus quand c'est commis par un soignant dans lequel on est censé avoir confiance, à qui on accorde notre confiance. Et de le vivre par un soignant sur un moment de grande vulnérabilité en fait, hein, quand on vient se déshabiller dans ses cabinets gynéco, on est très vulnérable. C'est terrible, évidemment, il n'y a pas grand-chose à ajouter.

- Ouais, c'est une situation qui te choque ou que tu as déjà entendu ?

- Enfin qui me choque ? Oui, évidemment ; que j'ai déjà entendu. Non je crois pas avoir... Je crois pas avoir entendu des choses comme ça. Enfin, du moins dans mon dans mon travail, hein, c'est dans les sur les réseaux sociaux tout ça, si bien sûr, j'ai conscience que c'est quelque chose à qui il doit arriver. Mais... Ça, c'est des choses qui

sont certainement commises par toute une ancienne génération aussi de gynéco patriarcaux qui sont encore une fois dans cette toute-puissance par rapport à celle qui est à la fois la patiente mais qui est en même temps une femme, la double casquette là, on cumule tout. Et ça c'est évident qu'y a encore toute une génération... Heureusement pas tous, encore une fois Hein, on fait pas de généralités hein, mais de vieux gynéco absolument dégueulasse qui se permettent tout et n'importe quoi sur des jeunes patientes notamment. Et là, et sur celle-là... Bon, je crois que tout le monde serait d'accord pour dire que c'est absolument dégueulasse et qu'il faut évidemment radier, mettre en prison ces gens-là, voilà là c'est une agression, là on parle d'une agression sexuelle, y a pas de débat à faire. Après non je crois pas avoir... J'ai alors... dans le même, enfin dans le même registre, moi j'ai été témoin d'une infirmière anesthésiste par contre qui a tapé une patiente justement pendant une péridurale parce qu'elle faisait trop de bruit, qu'elle se tenait pas comme faut, qu'elle machin et donc j'ai vu une infirmière anesthésiste taper la cuisse de la patiente, pas taper de façon à lui faire mal mais taper, enfin voilà un geste de lui taper. Bon là effectivement on a fait un « *ennov* » (*évènement indésirable*). On est allé voir la cadre, il y a eu des suites parce que déjà physiquement c'est impossible de s'attaquer une patiente, à personne d'ailleurs. C'est hors de question quoi.

- Ok, le dernier témoignage. Qu'est-ce que ça t'évoque ?

- On en parlait tout à l'heure hein, de ce truc de ne rien dire, même quand on est choqué. Bon, sur les mots, encore une fois, c'est le même registre, c'est terrible et voilà, c'est inexcusable et absolument choquant. Sur le fait que la sage-femme qui est pourtant choquée, ne dise rien, à la fois, il y a 2 choses : il y a que c'est grave de ne rien dire puisque ne rien dire c'est cautionner et donc c'est aller dans le sens et du coup ça renforce aussi chez la patiente ce sentiment de « ah bah si même la sage-femme n'a rien dit et c'est que bah c'était vrai... » et que donc ça banalise une situation de violence ; et en même temps, on sait très bien en tant que sage-femme, c'est pas toujours facile, enfin pour n'importe quel professionnel de santé d'ailleurs, c'est pas toujours facile de prendre position devant les patientes. Comme je disais hein, on peut ne rien dire devant les patients et puis quand même derrière mettre les choses en place. Mais le problème c'est que, comme je disais, pour les patientes, ce serait important que, face à elles, on puisse nous, prendre position. Et ça, effectivement, on en est loin.

Moi j'ai une situation qui me vient en tête. Alors pour le coup c'était pas avec une patiente, c'était avec une interne où ça devait être une réunion, enfin un staff pour parler des patientes en service, donc il y avait quand même pas mal de monde. Et il y a un médecin, un vieux médecin proche de la retraite qui a dit à une interne qui est arrivée avec une jupe et qui lui a dit « Ouh là non mais tu t'es regardé ? Moi si ma fille s'habillait comme ça, elle aurait deux paires de claques. » Devant absolument à tout le monde, mais il y avait peut-être 15 personnes quoi. Donc l'interne du coup bah voilà a complètement perdu ses moyens, elle devient toute rouge, mal à l'aise et tout et absolument personne n'a rien dit, personne n'a rien dit. Et en fait, il faut que ces comportements là ils changent. Mais en fait c'est plus possible quoi, cette omerta sur ces comportements masculinistes qui sont partout, partout, partout dans la société. Il faut qu'ils soient décriés, y compris dans le monde du soin où il y a cette toute-puissance des médecins, ce truc où on ne doit rien dire. Alors c'est difficile, c'est sûr, c'est très difficile à faire, c'est très difficile, mais je crois qu'il faut que tous ensemble on s'arme contre ça parce que c'est pas possible pour les patientes et puis du coup, la preuve pour les internes, pour les infirmières, les sage-femmes qui se prennent aussi des remarques qui peuvent être totalement destructrices. Je crois que le problème, il vient aussi... Enfin les solutions, du moins, elles sont aussi dans la formation à la base hein. Il faut reprendre à la base complètement des études dans le soin et pouvoir retravailler sur ce que représente le soignant, ce que représente le médecin, que non y a pas de pouvoir sur les autres parce qu'on est médecin et on peut pas du tout dire parce qu'on est médecin. C'est des choses bateau, c'est des choses un peu... on enfonce, on enfonce un peu des portes ouvertes, mais en fait malheureusement, la réalité, elle est là. Et oui, et je crois qu'il faut reprendre du début ou quoi. Sur comment est-ce qu'on prend en charge les patientes. Sortir de ces schémas thérapeutiques patriarcaux où c'est le médecin qui a tous les droits et qui sait tout et revoir tout ça pour que le médecin soit dans une position face aux patients qui soit d'égal à égal... des patients, des autres soignants. Mais on a un vrai problème de fond à la base sur ouais... et ça vient aussi des études de santé qui sont terriblement traumatisantes pour beaucoup, qui forcent les étudiants à se forger une sorte de carapace, un truc un peu anti-émotion, mise à distance des émotions en tout cas. Quand soi-même on passe son temps à mettre à distance ses émotions parce que c'est notre seul moyen de survie pendant les études de santé ou de médecine, peut-être encore plus, bah forcément, les émotions des autres, on n'est plus

capable de les prendre en compte non plus donc... Sacré chantier hein. Mais je crois que c'est obligé que ça passe par là. Alors, bien heureusement, ça change avec aussi la génération justement, l'ère post #MeToo, la libération de la parole des femmes le fait déjà qu'elles disent, c'est déjà un progrès parce que ça fait changer les mentalités, notamment les jeunes générations qui sont formées là mais... Peut-être que j'espère dans 50 ans, ce sera des problèmes qui existeront moins parce que justement on aura plus toute cette ancienne génération de praticiens. On peut rêver ! En tout cas, heureusement qu'il y a des choses qui changent, mais voilà le chantier est vaste.

- Est-ce que tu pourrais raconter une situation vécue ou vue quand même sur cette question ?

- Ben c'est terrible, mais pareil, dernière garde, j'en ai vécu une à peu près similaire. Alors pas totalement du même registre. Mais j'étais avec une patiente en train... que je venais d'accueillir en salle d'accouchement et il fallait que je fasse des prélèvements d'herpès génital avec un spéculum. Donc j'étais en train de... j'avais mis le spéculum, j'étais en train de faire mes prélèvements, donc bah voilà hein, ça se présente, c'est une situation quand même pas très agréable pour la patiente et la patiente venait d'avoir sa péridurale. Et donc l'infirmière anesthésiste est entrée dans le box, j'avais mis ma présence, mais elle est rentrée dans le box et elle m'a dit « Je viens faire les niveaux » et je lui ai dit « Bah attends là je suis en train de finir, enfin j'ai fini » et elle me dit, « non mais j'en ai pas pour longtemps ». Donc elle est venue faire ses niveaux alors je lui avais dit non, enfin je lui avais dit, attends je suis en train de finir. Et elle est venue faire ses niveaux quand même, c'est à dire demander à la patiente « et là c'est froid, c'est chaud, c'est froid, c'est chaud » alors que j'étais en train de mes prélèvements et la situation m'a paru totalement lunaire et je me suis dit mais elle est sérieuse ? Elle voit que là la patiente elle est déjà dans une situation pas très agréable pour elle et en plus elle vient lui parler, lui faire les niveaux, machin. Et Ben j'ai rien dit en fait... Et j'aurais dû dire « Bah attends non arrête, arrête, attends quoi », insister du moins. Et je l'ai pas fait et voilà... Je sais pas si ça avait été vécu de façon violente par la patiente, mais en tout cas moi ça m'a interpellé mais ça aurait dû m'amener à me positionner plus. Enfin, peut être que quand j'aurai 25 ans d'expérience, ce sera plus facile. Là c'est une infirmière anesthésiste qui a le double de mon âge, qui en plus est connue pour être désagréable au possible et puis donc bah on finit par se dire bon de toute façon

elle est comme ça et c'est comme ça, elle est désagréable avec les patients, les soignants, c'est comme ça. Bah ouais mais non. Si on banalise tous tout le temps, on changera rien. Et en même temps bah comme je te le dis, c'est moi-même là, ça a été moi-même la protagoniste. Donc tu vois très bien que même quand on a un peu conscience de tout ça, Ben c'est pas toujours évident au quotidien.

- Et comment tu pourrais l'expliquer ça justement, le fait de pas pouvoir toujours dire les choses...

- C'est aussi la peur derrière de comment ça va se passer, du conflit, de ce qui va être... quand t'es jeune sage-femme, quand tu es dans une grosse équipe tu as pas envie d'aller au conflit, tu as pas envie... alors sur des situations qui me sembleraient vraiment choquantes, vraiment de violence pure et dure évidemment, je crois que je le ferai, et là il y a pas de doute, parce qu'on sera plusieurs à se mobiliser. Mais finalement sur les petites situations comme ça, un peu plus anodines, du moins de notre vécu à nous parce que je dis ça mais ça se trouve la patiente pour elle, c'était horrible hein. Bah je crois que c'est plus difficile parce qu'effectivement on n'a pas envie d'aller au conflit, on n'a pas envie d'une énième fois se prendre la tête parce qu'on est fatigué aussi, que peut-être il est 4 heures du matin, j'avais pas le courage d'aller me prendre la tête avec elle. Voilà... Il y a tout un tas de raisons qui font ça et qui sont tellement à déplorer hein... Mais voilà, sur des situations peut-être encore plus graves malheureusement, je crois qu'il y a quand même, voilà une omerta, en tout cas un truc où on ferme un peu les yeux, c'est un peu la même chose avec les violences sur les étudiants hein, on sait bien que la plupart des sage-femmes qui sont témoins de scènes très choquantes d'une sage-femme ou de n'importe qui sur un étudiant, ne vont rien dire, c'est pareil hein, ne rien dire c'est cautionner, c'est valider, c'est voilà... donc c'est malheureusement pas toujours tout noir ou tout blanc et c'est encore plus difficile à faire quand on est au cœur du sujet. Mais voilà, là on parle de cette zone grise un peu moins évidente, enfin pas là, pas là hein, là c'est très choquant hein, mais dans ce dont je parlais... Mais je crois que... déjà, il faut évidemment éradiquer toutes ces situations de violence évidente donc, c'est peut-être la priorité numéro une et après il faut réfléchir collectivement à comment on change les mœurs et les habitudes sur la façon de prendre en charge les patientes dans cette situation un peu plus de zones grises où les choses sautent moins aux yeux mais qui sont tout aussi parfois dramatiques pour les patients.

- Très intéressants. Du coup, les 2 dernières questions, elles sont plus générales donc c'est plus si tu pouvais partager une expérience positive que t'as vécu dans ta relation de soin en tant que sage-femme avec une patiente. Si t'as une anecdote qui te vient en tête, est ce que tu pourrais la raconter par rapport à tout ça.

- La patiente dont je t'ai parlé tout à l'heure, qui est arrivée avec sa hantise de l'épisiotomie suite à son premier accouchement terrible, j'étais avec une étudiante sage-femme, on a vraiment tout mis en place pendant le travail et pendant l'accouchement pour la rassurer, la mettre en confiance, lui expliquer tout ce qu'on faisait, encore plus que ce que j'ai l'habitude de faire. Et je crois qu'à la fin de l'accouchement qui s'est très bien passé, elle a été pleine de gratitude alors qu'on l'a prise en charge comme on a pris en charge n'importe quelle patiente. Mais voilà, on a vraiment fait en sorte de la mettre dans un climat de bienveillance et en tout cas où elles comprennent tout ce qu'il se passe du début à la fin, puisque c'est surtout ça qui avait pêché dans le premier accouchement, enfin « pêché », qui avait été dramatique pour elle et voilà, et je crois que ça a fonctionné. Et elle nous l'a dit elle-même ça y est, vous m'avez réconcilié avec les accouchements. Bon bah entendre ça à la d'une prise en charge, c'est hyper gratifiant. On a essayé de recoller un peu les morceaux avec de la colle forte, le plus possible, et ça c'est très gratifiant. Voilà, on aurait aimé qu'y ait pas besoin de tout ça évidemment hein, mais quand ça arrive, bah je crois que derrière rien n'est dans le mât et que justement un des axes de travail sur ces violences obstétricales, si on arrive à en prendre conscience plutôt que dire « non c'est pas vrai, nous les soignants, on est parfait, na na na » c'est de travailler sur le vécu post post-événement, post-traumatique en reprenant déjà à chaud les événements déjà dès la suite de couches. Donc ça c'est des choses, chez nous, on le fait très peu, mais je sais qu'il y a des endroits où ils le font beaucoup plus où sur des situations, soit des codes rouges, soit des accouchements très traumatiques, ou alors des situations où ça s'est mal passé avec un soignant et où c'est signalé par la patiente, les cadres viennent, parfois organisent... c'est au cours d'une formation où ils nous expliquaient ça, je crois c'est au CHU de Strasbourg où ils organisent pas forcément en maternité, mais après, une rencontre en fait entre le professionnel et la patiente, si elle est d'accord hein, bien sûr, où ça s'est mal passé pour reparler en fait de ce qui s'est passé. Parfois le soignant peut s'excuser dire « bah voilà moi j'avais pas l'intention de mal faire, si ça s'est passé comme ça, c'est parce que j'ai pas compris votre douleur, j'ai pas compris... » et les

retours des cadres, c'était que bah souvent c'est hyper apaisant en fait pour les patientes d'entendre pardon, d'entendre, je comprends. Parce que c'est ça aussi qui fait violence, c'est qu'il y ait pas une prise en compte de son ressenti. Et bien souvent c'est ça qui pose problème en fait, c'est que les soignants ne prennent pas en compte ce que disent les patientes. Parce qu'il y ait des situations comme on disait au début, sur lesquelles on pourrait peut-être mieux faire, mais on n'arrive pas où effectivement, il y a de la douleur et qu'on a pas le temps de prendre en compte parce qu'il y a une urgence vitale ou parce qu'on n'a pas le temps de demander consentement de la patiente avant de faire une épisio parce que malheureusement on est pris dans autre chose, en réalité on arrive toujours à le faire, enfin on devrait toujours arriver à le faire, mais qu'il y ait des situations comme ça comme je disais où il y a pas d'intention et mais qu'on n'arrive pas à le faire, ok peut-être, mais ce qui compte, c'est derrière de reconnaître ce vécu-là de la patiente, de reconnaître comment ça a été difficile et c'est ça qui est très difficile à faire par les soignants, parce que ça vient remettre en cause encore leur savoir, leur posture, leur toute-puissance. Je radote un peu, mais... et c'est pour ça qu'y a tout ce débat sur les violences obstétricales quoi, franchement, quand on en parle, entre professionnels, moi, ça me sidère de voir la réaction de la plupart qui disent « c'est bon, il faut arrêter, c'est pas parce qu'il y a un ou 2 cas comme ça où ils font l'expression utérine, alors que c'est des choses qu'on fait plus... on entend parler que des épisios mais les épisios on en fait plus... » et ça montre à quel point on est pas capable d'entendre ce que disent les patientes, de reconnaître que oui, il y a un problème. Et je crois malheureusement que c'est une majorité... enfin je sais pas si c'est une majorité j'espère pas, mais je pense que c'est beaucoup de soignants en tout cas qui y pensent comme ça parce que justement encore une fois, ils ont été inscrits dans ce schéma de notamment, voilà par la formation médicale de « de toute façon, non, on doit pas se remettre en question, on doit foncer tout droit et mettre de côté tout ce qui est émotionnel. »

- Très bien. Est-ce que tu pourrais inversement du coup partager une situation que t'as vécu en tant que sage-femme avec une patiente mais plutôt négative cette fois ?

- Je crois que les plus flagrants, je t'en ai un peu parlé au fur et à mesure, mais. Je réfléchis, oui. Si, bah après il y a toute la question aussi des césariennes à vif. Ça c'est un truc moi aussi qui me qui me révolte, quand il y a des patientes qui ont mal pendant

les césariennes et que les anesth mettent une tombe à transformer la rachi en AG. Récemment en formation, ils disaient que c'est 2 % à peu près des césariennes qui sont faites à vif, mais c'est quand même énorme quoi 2 %. Et ça derrière le vécu des patients en mater, enfin là moi je sors de 6 mois de mater mais... je me souviens d'une effectivement mais qui est complètement traumatisé par ça quoi. Qui m'a dit mais « je sentais tout quoi. Et je l'ai dit, mais ça a duré peut-être 10 minutes avant que ce soit transformé en AG » et 5 ou 10 minutes à sentir à tout pendant une césarienne, c'est de quoi être traumatisé quand même. Et ouais, je me souviens d'avoir ramassé cette patiente à la petite cuillère, là, en mater et c'est... Et encore une fois, c'est toujours compliqué parce qu'il y a toujours ce truc de nous en tant que soignants, on se sent obligés de... alors pas de là je suis pas allé défendre mes collègues parce que là je m'en sentirais incapable, mais on n'arrive pas à dire... alors si on va dire « Bah oui on comprend que vous ayez vécu là. » en tout cas c'est ce que je dis, c'est terrible, et cetera. Mais on n'arrive pas à dire « oui, mais c'est pas normal, il y a eu un problème » parce qu'en plus, on sait qu'on doit pas le faire, c'est au-delà du fait qu'on n'arrive pas à le faire... C'est qu'on doit pas le faire parce que si la patiente se retourne contre l'hôpital machin et qu'elle dit « bah oui, même les sage-femmes elles m'ont dit que c'était pas normal » c'est sur nous que ça va retourner on va dire « mais pourquoi est-ce que vous avez dit ça, faut pas dire ça aux patientes parce que ça leur donne une légitimité pour porter plainte pour machin et après ça se retourne contre l'hôpital et machin » et ça aussi ça participe à banaliser, à pas prendre en compte le retour des patientes. Parce que je suis sûre que cette patiente si elle avait entendu de ma bouche « Oui c'est pas normal ce qui s'est passé, ils auraient dû transformer l'anesthésie générale avant, il y a une erreur dans la prise en charge et dans la compréhension de votre douleur, et cetera », bah je suis sûr que ça l'aurait encore plus... enfin ça l'aurait apaisé davantage, ça aurait pas été suffisant, mais ça l'aurait apaisé davantage hein. Donc ça aussi c'est un truc important de... Parce qu'on a peur du procès, on a peur de ce qui va se retourner contre l'hôpital. Eh Ben du coup, on doit tous faire bloc autour de trucs qui sont aberrants, quoi délirant.

- Ok, est ce que tu veux rajouter quelque chose ? Est-ce que tu as envie de...

- Non mais écoute, je crois que j'ai assez parlé.

- Ouais, on a balayé tout le sujet,

- Oui on a balayé pas mal de trucs... Non, je crois que je n'ai rien de plus à dire.
- ça marche, bah très bien, trop bien.

5. Océane

Le 8 novembre, entretien avec Océane, sage-femme diplômée de 2016, exerçant depuis sa sortie de diplôme dans une maternité de niveau III.

- Première petite plaquette... Qu'est-ce que ça t'évoque ?

- Quelque chose de base pour moi et qui heureusement je trouve, est très bien enseigné en école de sage-femme et quelque chose qui, personnellement aussi j'avais genre jamais entendu avant d'être dans le métier. Donc ça c'est vrai que c'est un truc assez fou. Moi-même je me faisais suivre par la gynécologue de ma mère comme tout le monde et puis en fait je me suis rendu compte en arrivant en sage-femme que putain mais elle m'a jamais demandé en fait... Et le truc de base qu'on apprend, nous chez nous. Donc vraiment ce métier, ça m'a vraiment appris ça. Et je remarque encore aujourd'hui que bah il y a beaucoup de... quand on encadre parfois des externes en salle qu'on doit souvent leur redire « pense à poser la question, en fait. » Même des médecins d'ailleurs qu'on voit arriver « Bonjour Madame, je suis le médecin, je vous examine » sans même avoir demandé à la patiente. Enfin bref, voilà, il y a des trucs, bon, pour moi c'est la base, mais encore aujourd'hui, il faut croire que c'est pas encore toujours ultra bien rentré.

- Est ce que c'est quelque chose... Ouais bah c'est un peu ce que t'a raconté... Est-ce que tu pourrais raconter une situation un peu similaire dans ta pratique ?

- De moment où je me suis fait la réflexion ? J'en ai un vraiment en tête sur un contexte un peu d'urgence, un travail qui stagne avec des ARCF. La médecin de garde qui arrive et qui dit « Bonjour Madame, bon Bah on refait le point je vous... » je crois même pas qu'elle dit, je suis même pas sûre qu'elle dit « je vais vous examiner, faut regarder machin » moi je trouve que juste avant, on repose la question en fait. Et donc elle lève le truc et bon, elle examine la patiente. Là ça m'a paru ultra violent. La patiente avait pas l'air si choquée que ça au final, mais juste quand même, de juste reprendre le temps de dire « quand je peux », certes on est en urgence mais... Et puis oui aussi personnellement de me souvenir qu'en effet à mes premiers examens gynéco j'ai pas eu de questions, alors qu'on est jeune en plus, donc...

- Donc finalement, c'est quelque chose qui t'a fait évoluer dans ta pratique personnelle ?

- Ouais, ah oui, oui de fou. En fait le truc étonnant c'est que je l'avais pas remarqué. Alors moi je suis diplômée de 2016, c'est encore plus démocratisé depuis, je pense que maintenant ça a changé. Mais c'est quelque chose que moi j'avais pas remarqué en tant que patiente avant en fait c'était normal. Et puis en fait, quand je suis arrivée en école de sage-femme j'ai dit « putain mais c'est vrai que bien sûr qu'il faut demander. » Ça m'avait pas choqué moi quand c'est arrivé parce que bon après j'avais la chance de d'avoir une mère avec qui je pouvais parler de beaucoup de choses, qui m'avait expliqué comment ça se passait un rendez-vous gynéco donc ça m'a pas dérangé moi par contre je connais des amies pour qui les premiers rendez-vous gynéco c'était traumatisant, donc après c'est un peu compliqué...

- Ok c'est très intéressant. Est-ce que t'as quelque chose à ajouter ?

- Non, c'est marrant. Alors (lit le témoignage à voix haute)

- Pareil, qu'est-ce que ça t'évoque ?

- L'ouverture, alors ça dépend de quoi on parle. Mais oui, je pense que c'est lors de la pose d'instruments ou quoi que ce soit. Bah c'est un truc qui arrive encore un peu trop souvent, dans la pratique, pareil, c'est un truc qui arrive encore un peu trop souvent. Ouais, genre vraiment... et ça c'est vrai que c'est chiant. Après il y a quand même ce truc de malgré tout la péridurale a quand même pas mal de failles je remarque et que parfois on n'a pas trop trop... c'est une situation qui est un peu compliquée quand même je trouve, parce qu'on est souvent dans des contextes d'urgence quand on arrive, voilà, « il tire sur le bébé pour le sortir », j'imagine que là c'est vraiment sur un contexte d'urgence et malheureusement je trouve parfois c'est des urgences un peu relatives et on peut quand même se prendre le temps de dire « Bon bah allez, on rappelle les anesthésistes, on prend le temps » ce qui se fait de plus en plus encore plus je trouve que quand j'ai été diplômée aussi. Il y a encore trop de fois où « allez, ça va aller Madame, c'est normal, on se retrouve, c'est pour faire naître votre bébé » et puis on fait quoi. Donc ça c'est la partie un peu compliquée de notre métier je trouve quand il y a un contexte d'urgence et elles ont quand même mal malgré tout, qui doit être en plus majoré par le stress, majoré par le fait qu'elles attendent tellement à ne rien sentir que du coup quand elles sentent, c'est compliqué. Et ce truc de parfois la seule alternative, ce serait du coup de faire des AG, ce qui est aussi difficile sur le vécu par la suite. Donc après il y a toujours ce moment où on peut prendre le temps de les

prendre entre quatre yeux, leur expliquer que ça fait mal, ça va pas durer longtemps. Enfin c'est ce que j'essaie de faire moi à mon niveau en tant que sage-femme, quand je vois que de toute façon on va rien pouvoir faire de plus, que ça a été réinjecté, que les 5 minutes sont passés et que malheureusement là le rythme est dégueulasse, bah là c'est ce qu'on essaie de faire. Voilà « ça fait mal, c'est normal, on est là », faut au moins discuter avec les patients pour essayer au moins leur expliquer ce qui est en train de se passer, malgré qu'elles aient mal et qu'on va pas pouvoir faire grand-chose du coup. Et là c'est difficile, en tant que sage-femme à gérer, c'est un peu difficile je trouve.

- Est ce que tu pourrais raconter une situation similaire ? Dans le même esprit ?

- J'en ai plein, malheureusement j'en ai beaucoup, des ventouses, des forceps, des moments où voilà, elles sont crevées, elles en peuvent plus et malheureusement, au moment où on met les forceps... il y a l'appréhension, je trouve quand même qu'il y a beaucoup l'appréhension qui joue, mais c'est assez classique, c'est : on commence à mettre... à partir du moment où on a réinjecté, souvent nous quand même on réinjecte quand on sait qu'il y a une extraction, on rappelle les anesthésistes, on réinjecte. Parfois moi, certains médecins avec qui en fonction du rythme, bon bah n'attendent pas forcément les 5-10 minutes avant de faire... de plus en plus, surtout les jeunes médecins attendent même quand c'est pourri mais malgré tout, quand ils ont bien réinjecté, souvent quand même le moment de par exemple positionner la ventouse, placer les forceps, ça commence déjà à être assez douloureux pour les patientes. Après il y a toujours la question d'est-ce que c'est l'appréhension, je pense qu'elles ont vraiment mal en plus donc ouais j'en ai plein en ce moment je leur explique ça, « c'est la position, vous allez sentir » ou j'essaie de leur dire « Vous allez sentir que ça tire, c'est pas agréable, mais malheureusement on n'a pas le choix. » J'en ai pas une en tête... après vraiment des situations vraiment très compliquées où je me dis là c'est ultra violent... oui, j'en ai une dernièrement, une personne qui parlait pas français aussi, qui parlait anglais et j'ai dû appeler pour une extraction, pas sur un ARCF pour le coup, juste pour défaut de progression parce que le bébé était vraiment mal fléchi et on lui explique tout ça et tout. Et je vois quand même qu'au moment où ils installent les instruments et ils commencent à faire, elle est vraiment pas soulagée. Et à ce moment-là quand même, c'était le chef de service donc c'était un peu compliqué, 2 mecs en plus la pauvre nana anglaise qui comprend pas tout... alors on arrivait bien à

se comprendre donc même eux ils avaient expliqué mais je voyais qu'à un moment ils étaient dans leur truc et ils faisaient plus du tout attention à la patiente quoi. Et d'où j'ai dû dire là elle a mal, là faut faire une pause, quoi donc on a réinjecté et on a fait quelque chose. Ça m'est déjà parfois arrivé de devoir un peu « houhou, là elle a mal en fait c'est pas urgent donc on peut être attendre un peu » ou des fois il y a des situations vraiment où tu te dis là vraiment les gars ils abusent ils sont dans leur truc certes parce qu'ils sont très stressés, parce qu'ils se disent qu'il faut que ça passe. Là le gamin était haut là en l'occurrence donc je pense qu'ils se posaient sérieusement la question d'est ce qu'on part en césarienne ou pas ? Et du coup, là ils avaient plus du tout pris la patiente en compte. Donc ça, des fois on peut se laisser le temps. Je pense qu'on a encore des progrès à faire dans le sens de parfois y a des situations où on peut quand même vachement se laisser le temps, d'autres non malheureusement. Je pense qu'il faudrait peut-être plus informer les gens que ça peut arriver mais... Parfois quand même, on a du temps, on peut faire on peut refaire des choses quoi.

- Ok allez prochain témoignage... Pareil, qu'est-ce que ça t'évoque ?

- ça m'évoque, heureusement, on n'a pas trop ça. (lit le témoignage) D'accord... 2013... Ouais, non, heureusement, on n'a pas trop ici. Par contre quand même le côté un peu grossophobe de l'hôpital, il est quand même un peu présent, beaucoup même je trouve surtout dans certaines spécialités, y compris gynéco, même auprès de certaines de mes collègues, je vois que des fois comme on peut parler... Certaines peuvent parler de certaines patientes, c'est quand même... Après globalement j'ai jamais eu de cas où on leur dit directement... j'essaie de me souvenir, est ce que j'en ai en tête ? Mais j'en ai pas, là comme ça, j'en ai pas. C'est un peu ouais... mais par contre oui on entend « elle fait tant, c'est difficile de la faire bouger, c'est toujours compliqué » ça c'est sûr. Mais ouais, je réfléchis à des situations... ça arrive pas trop souvent. Oui si parfois c'est les anesthésistes qui disent « Madame, bougez pas machin, » ou des petites remarques... Après comme je suis pas concernée, je me rends pas toujours compte mais j'imagine qu'il y a beaucoup de choses parfois dans des discours on se rend pas compte mais c'est un peu grossophobe quand même sur certains... J'y fait gaffe en tout cas. Mais heureusement pas trop de ce genre de choses ultraviolente, dit en direct à la patiente. Dans le dos, c'est là que ça se dit quand même, et c'est pas cool du tout. Ouais non, je trouve ça....

- Et comment tu peux l'expliquer ça ce côté...

- Je pense que les gens sont juste aigris parce que ça va rendre plus difficile leur tâche. Mais t'es là justement, j'en parlais la dernière fois avec des collègues, les anesthésistes qui râlent. Bah justement t'es là pour ça en fait, t'es là pour gérer les cas plus difficiles sinon fait pas ton métier si... Et puis même les gynécologues, pareil, t'as signé pour ça, t'es là pour faire des césariennes et peu importe le poids de la patiente, c'est je pense, c'est juste parce que ça rend les choses un peu plus difficiles surtout c'est sûr. Les patientes, c'est difficile de les mobiliser, on peut pas leur faire prendre les positions qu'on veut, c'est toujours un peu plus compliqué mais bon ça se fait en fait et c'est même encore pire de pas le prendre en considération et c'est pas une raison aussi pour moi d'enfin... Enfin j'ai des collègues qui essayent même pas de les mobiliser ces patientes-là, bah non elles peuvent quand même se mettre sur le côté. Enfin il y en a elles sont super volontaires malheureusement en effet on voit que c'est un frein leur poids mais il y en a elles sont ultra motivées, en réalité elles se mobilisent ultra facilement donc moi je pense que c'est juste, les gens essaient pas d'aller un peu plus loin du, oui bon bah c'est chiant, certes ça limite un peu les pratiques parfois mais bon. Je crois que c'est notre taff aussi.

- Ok. Alors... prochain témoignage, enfin en plaquette.

- ça, des anesthésistes qui sont parfois très violents, je trouve, on en a ouais des anesthésistes, c'est ça quand je quand je vois ça, pour moi c'est... bah en plus c'est écrit, ouais c'est les anesthésistes. Ouais, voilà. Et je comprends pas pourquoi ils ont toujours pas remarqué certains que c'est pas en faisant ça que ça va calmer les patientes en fait. Après parfois je me retrouve quand même à devoir canaliser certaines patientes en leur disant « la Madame, si vous continuez comme ça on pourra pas poser la péri » mais je formule jamais d'une façon genre comme une enfant quoi... C'est vraiment « par contre là dans ces conditions-là on peut pas en fait il faut que vous soyez calme, il faut que qu'on puisse se parler. » Donc des fois moi aussi j'en viens à un peu les prendre entre 4 yeux, de dire là on se calme mais il y a des patientes qu'on sent... C'est jamais malveillant, c'est surtout je les sens qu'elles partent dans leur douleur et à ce moment-là en fait faut les prendre entre 4 yeux, les canaliser, dire là « ça va se bien se passer, on va se calmer. Et si vous vous calmez, on arrivera bien à poser la péri, là c'est pas possible de la poser » et souvent ça fonctionne bien. Mais cette version là en effet

où les patients sont à bout, elles font des bons parce que forcément elles sont super anxieuses « mais là ça va pas du tout, ça va pas du tout. » Enfin je trouve ça toujours... pareil, détend-toi. C'est son taf, malheureusement c'est compliqué, t'es pas à sa place, c'est sûr que c'est dur, mais on voit qu'il y a des professionnels, vraiment, ils pensent qu'elles chipotent quoi. C'est irritant un peu aussi. Mais ça, je trouve on évolue aussi avec la pratique par rapport à ça. Et ça s'apprend aussi de se dire « Bon bah allez, va au-delà de ta frustration, dans les faits, il y en a certaines, c'est vraiment très compliqué de les gérer et c'est très fatigant. » Mais il faut aller au-delà de ça et réussir à se dire bon allez, faut essayer de la comprendre et prendre le temps de... Mais oui, pareil. Ça m'étonne pas. C'est des choses que j'ai déjà entendues.

- (prochain témoignage) Qu'est-ce que ça t'évoque ?

- Heureusement ça j'ai pas, alléluia. Bah ça m'évoque malheureusement en effet, il paraît que ça existe... Horrible. Ouais, ça m'évoque de comment c'est possible. Je le vois plus plutôt au quotidien le sexisme un peu de base quand même ou facilement. C'est con, je regardais un film là il y a pas longtemps, j'ai revu le journal de Bridget Jones où ils t'expliquent le vieil oncle pervers qui te met la main aux fesses, c'est tout à fait normal et même étant plus jeune, moi j'avais ce truc des mecs te mets la main aux te mettent la main au cul, faut faire gaffe, c'est normal quoi. Mais pareil, ça a changé. Enfin je pense que ça a changé, je suis un peu optimiste sur ça. Je pense vraiment que ça a changé et que ça se fait moins. Enfin j'espère qu'effectivement, mais j'ai pas de... En tout cas, dans le milieu médical, heureusement j'ai pas d'histoires comme ça. Et aussi, on est beaucoup de femmes aussi à l'HFME. Et encore moins auprès de mes collègues sage-femme ou alors je suis pas au courant, mais voilà. Non, ça heureusement pas, j'ai pas de cas. Même, bah je l'étends à des médecins qui te font des blagues un peu graveleuses ou quoi que ce soit, on n'a pas du tout ce cas-là. Je recherche pendant les études et ce que j'ai eu des trucs... Non, les trucs en études pareil, c'était quand j'ai travaillé au planning familial, un mec qui je pose le garrot et qui me dit « Vous avez de la poigne » un truc un peu dégueulasse. Mais sinon en tant que médecin, j'ai pas eu trop de trucs comme ça. Enfin, avec des médecins en tout cas, je n'ai pas eu.

- Ok. Et du coup dernière plaquette.

- (lit le témoignage)

- Qu'est-ce que ça a t'évoque ?

- Alors ça dépend ce qu'on entend dans « pourri pourri » mais ça m'évoque plutôt... Enfin ça dépend comment on s'est pris ; est ce que c'est le terrain pourri en mode c'est de mauvais pronostic, ça va être compliqué de... Je pense que c'est plutôt le par rapport à l'asepsie verbale qu'on peut avoir sur certaines situations. Enfin moi quand je dis ça, c'est plutôt parfois, on verbalise peut-être un peu trop devant les patientes les situations de merde quoi. Mais pareil, je trouve qu'il y a eu des efforts quand même qui ont été faits. Alors après je sais pas si c'est le « terrain est pourri, pourri » en mode on parle du critère physique de la patiente ou est ce qu'on parle des critères obstétricaux pour la suite ? Ça j'avoue, je sais pas trop.

- Et quand tu dis que tu as vu une évolution, c'est...

- De faire un peu plus attention à ouais, entre nous, parfois pareil ne pas oublier qu'il y a les patients en face et que même si on parle pas fort et ils entendent ce qui se passe.

- Et ça, tu l'as vu si tu fais un comparatif un peu au début quand tu pratiquais ou même les études et maintenant en général sur ces questions ?

- Je l'ai vu... Ou est-ce que c'est moi qui fais juste plus attention à... Je sais pas si c'est parce que c'est vraiment l'amélioration ou c'est juste bah tu fais plus attention à ce que tu dis devant les patientes parce que tu sais que... Et pareil depuis tous les « MeToo », depuis que la parole s'est libérée autour de ça, en fait, je trouve que... Pareil, non, j'ai jamais eu de souvenirs de... je cherche et le seul truc qui me vient... J'ai jamais eu de trucs vraiment de critères physiques devant la patiente « le terrain est pourri » par exemple, mais peut être parfois de se dire « Oh là là », de se regarder avec des regards un peu équivoques de « ça va pas passer ou ça va être chaud » quoi. Mais je pense qu'elle sait pas ce qui se... enfin je sais pas ce dont... Enfin, c'est si c'est ça, dans ce genre de cas de figure. Mais ouais. Non, j'ai pas de... Je cherche en fait des situations. Mais pareil, ce truc où parfois t'entends les médecins dire des trucs ou des gens dire des trucs, être en mode, tu rebondis pas et puis tu regardes, regarde, tu lances un regard entendu avec les patientes en mode « ouais c'est des connards, on est au courant », ça ça peut arriver. J'ai en tête... Moi c'est souvent les équipes d'anesth quand même qui me posent soucis. C'est vraiment des collègues infirmiers anesthésistes qui se vénèrent, « ça va pas du tout, gnagnagna gnagnagna, non mais faut faire ci, il faut faire ça » et

je les regarde en mode...c'est normal... et on voit et même les patientes qui disent « putain votre collègue est pas super sympa » et les gens osent plus d'ailleurs dire « un tel était pas sympa » J'ai pas trop le cas avec les médecins heureusement aussi. Je pense que j'aurais du mal à travailler dans un endroit où les gynéco ou internes sont maltraitantes pour le coup. Et l'équipe d'anesth, c'est des mots la plupart du temps, ce qui enlève rien, mais on peut copiner avec la patiente « oui elle est relou, on est au courant... » Voilà au pire on essaie de les minimiser un peu, mais... Donc oui non, là j'ai pas plus d'anecdotes à raconter là-dessus.

- Et sur le témoignage est ce qu'il y a un élément marquant qui te vient à l'esprit ?

- C'est-à-dire ?

- Du coup, enfin, tu as parlé un petit peu de l'asepsie verbale et... sur la 2ème partie, par exemple, enfin, le fait que la sage-femme ne dise rien...

- Ah oui bah de venir reprendre les gens. Ça c'est un truc que j'ai encore du mal à faire en fonction de... Parce que je peux arriver à faire en effet, la collègue infirmière anesth qui se vénère, je vais lui faire « ça va ? » Ça la sort un peu du truc quand elle s'énervé donc juste pas lui dire calme toi mais lui faire « ça va tu... ça va ? » « Oui mais machin... » « non ok, pas de souci » des fois ça les désamorce un petit peu ou elles prennent un peu du recul en disant je suis en train de m'énerver pour rien. Bah ça pareil la fois où je trouvais qu'ils prenaient pas en considération la patiente de « elle a mal en fait » et mais vraiment des vraiment contredire la personne, et ne rien dire, c'est... je sais pas, je cherche... étudiante, même pas en rêve je l'ouvrais malheureusement. Maintenant un peu plus quand il y a des médecins qui vont venir un peu critiquer, pas lui rentrer dans le lard mais de venir un peu faire « bah dis donc ça va, tu te rends compte de ce que tu dis ? » J'y vais jamais frontalement, j'ai un peu de mal, je vais toujours utiliser un peu l'humour détourné en mode donc « ça va ? T'exagères un peu » ou « ça va ? Hashtag Me Too » je vais pouvoir plus faire des petites blagues un peu pour les foutre mal à l'aise que vraiment les prendre frontalement parce que j'ai pas encore... mais j'aimerais le faire plus, j'aimerais le faire plus.

- Et ça, tu pourrais l'expliquer par quoi le fait que c'est compliqué ?

- Bah... Déjà, donc, en effet les médecins, bah y a toujours une histoire, un peu de hiérarchie quand même derrière. Pourtant je suis titulaire hein mais pareil, le côté de

t'as pas envie d'être tout seul à prendre le lead si t'as personne qui te suit derrière pour le coup. Pas avoir toujours la répartie derrière parce que je sais que quand je me fais submerger par mes émotions, moi j'ai 0 répartie et ça vient après, donc j'ai pas envie de me retrouver la situation où coup je me fais discréditer... Mais j'y arrive de plus en plus et j'essaie de le faire de plus en plus et heureusement ça n'arrive pas tant que ça ou c'est des petits trucs et même nous entendre, nous on voit, des fois je prends du recul, on va rigoler sur certaines situations, certains machins... après souvent c'est pas de la violence à proprement parler pour le coup, mais des fois on se dit bon quand même, on a tendance un peu à stigmatiser ou faire des blagues sur certains trucs, je fais beaucoup plus attention à ça et je trouve que des fois il y a des collègues qui y vont quand même assez forts Donc pareil, j'essaie de temporiser par l'humour en disant « bah dis donc t'es un peu aigri » ou « faut se détendre, c'est bon, elle pense pas mal faire » mais ouais je pense qu'il y a pareil, à trop vouloir être dans le moule avec tout le monde et des fois on ose pas assez prendre plus facilement la défense des patients. Je pense que plus maintenant j'arriverai à si vraiment un truc qui me choque de violent envers une patiente, je pense que j'arriverai vraiment à le faire et heureusement ça se fait plus trop donc.... Il faut rester vigilant...

- Bah du coup on a fini pour les témoignages. J'ai 2 dernières questions qui sont un peu plus générales : est-ce que tu pourrais partager une expérience positive que tu as vécu avec une patiente dans ta relation de soin autour de ces questions-là de... violences obstétricales mais plus, la version le versant positif du coup.

- OK... version positive, c'est assez vaste. Des patientes qui signalent que « Ah c'est cool avec les sages femmes ». Non un truc positif c'est tout simplement toutes mes copines à qui j'ai dit d'aller voir une sage-femme en fait. C'est très vaste en fait « ah bah depuis que tu m'as dit d'aller voir une sagefemme mais c'est trop bien, mais ça m'a changé la vie mais c'est trop cool et c'est machin » tout ce truc là en fait autour... ou à petite échelle, les patientes qui te disent... Moi je suis toujours étonnée de quand je leur dis « vous me dites quand je peux vous examiner » et il y a des fois un moment de flottement de « Ah Bah allez y hein ! » « Mais vous m'avez pas dit en fait » « non mais vous pouviez hein », c'est des petites choses comme ça... et voir que les gens le remarquent et sont contents. Ça, c'est plutôt positif. Ouais, c'est ça d'avoir des gens qui le constatent et qui le remarquent et qui... le truc positif aussi, qui l'imputent à toute la

profession de sage-femme. De voir aussi, c'est tout notre corps de métier qui est vachement sensibilisé et du coup à partir de nous, on pourra l'étendre encore plus et ça se fait aussi de plus en plus dans les autres, dans la formation médecin aussi hein, ça a changé aussi beaucoup. Je viens d'avoir un souvenir d'une situation que je trouvais plutôt de violence et un truc que je pensais qu'il n'existait pas et que j'ai vu auprès d'un vieux gynéco, ça plutôt par rapport au témoignage... L'histoire du point du mari que j'ai vu avec un vieux chef de gynéco, donc c'était quand j'étais au tout début de ma carrière, du coup quand j'étais diplômée en 2016-2017, c'était le chef de service et je l'ai vu resuturer une personne parce que je galérais sur une suture et je l'ai vu faire... Et quand je l'ai vu suturer, j'étais en mode non mais là, il prend 1000 fois plus enfin, c'était pas comme ça à la base quoi... Et à dire à la patiente « non mais vous allez voir... » attends, comment il a dit ça ? il lui a pas dit « Je vais vous faire un vous le faire comme » mais il avait dit un truc genre et puis sûr de lui en disant « non mais il faut resserrer parce qu'au niveau du périnée mais gnagnagna » une série de truc mais t'en a mal à la tête... et je me souviens il m'a dit que là non clairement c'était abusé, en fait. Il était persuadé du bien-fondé de son action pas en mode « je vais te faire ça plus serré parce que pour ton mari » mais plutôt « il faut que ce soit resserré » mais il y avait pris méga large, il avait resserré ça... j'étais en mode « mon Dieu » au sein de cette situation alors vraiment je me suis dit mais là pareil, je venais d'être diplômée en plus je l'appelle parce que je galère sur la suture Bah malheureusement voilà il dit « ah ouais on est tout décalé là, super » donc en plus il reprend toute la suture en serrant 2 fois plus que ce que t'avais donc t'es en mode « ok d'accord... » et là j'étais trop mal pour le coup. C'est la seule fois où j'ai vu ce cas de figure parce que maintenant les sutures on voit que les gens font bien. Enfin j'ai pas eu trop de d'autres soucis mais lui par exemple il était persuadé et il suturait en plus les vagins en fil « 1/0 grand aiguille quoi », enfin « 1-grande aiguille » enfin, c'était des trucs énormes... pareil c'était un vieux centre, une petite mat', donc voilà c'était un aparté sur ce qui rentre aussi, je pense, dans les violences. Et ça pareil, j'ai eu une fois, j'ai qu'une situation et je suis contente d'ailleurs de pouvoir dire aux gens, ça n'existe presque plus. En tout cas pas dans les gros centres. On pourra peut-être un peu plus encourager les gens à aller... Pas malheureusement, enfin malheureusement non, parce que plutôt dans les gros centres où normalement au niveau universitaire, on est un peu plus formés à ça je pense. Donc le truc positif aussi de c'est moins fréquent quand même, il y a des choses,

c'est vraiment anecdotique. Mais ça met du temps à passer je trouve. Si c'est sur les réseaux, c'est que ça doit encore vraiment beaucoup trop souvent arriver pour le coup ça.

- Du coup sur le quelque chose de positif à ce qu'on a fait un petit peu le tour ?...

- Bah positif, tout ce qui est que la parole se libère là-dessus qui est de plus en plus de campagne de prévention sur ça euh... Ouais, non que ça change que je sens vraiment, moi personnellement, je sens vraiment que ça change et déjà rien qu'au niveau des générations, des gens qui arrivent, les gens en parlent en fait.

- C'est vrai qu'en plus toi tu as vu un petit peu bah quand même entre-temps il y a eu vraiment la libération de la parole avec ces questions, donc tu as vu vraiment un changement ?

- Je pense que ça serait encore plus intéressant avec des plus vieilles sage-femmes aussi. Je sais pas si tu as pu en voir.

- De celles qui sont encore en salle non, j'ai vu des plus vieilles, mais qui sont plus en salle depuis des années quoi et c'est pas pareil.

- Ouais, je suis curieuse parce que je vois déjà la différence et je vois même encore, comme on reprend encore, personnellement, en tout cas, moi je mets à cœur de toujours me requestionner et j'ai l'impression que c'est quand même un peu global auprès des collègues, je trouve que la question des violences, on en parle vraiment beaucoup, que ce soit obstétricale et que ce soit à tous les niveaux. On essaie vraiment de s'améliorer dessus. Là je vois au sein de l'HFME par exemple, on a de plus en plus... on forme, on essaie de former même nos collègues, on est un groupe un peu plus concentré sur les violences à tous niveaux et on essaie de plus former, ce qui se faisait pas à l'époque en fait. Donc on réorganise des sessions, on représente ce que c'est les violences je trouve ça. Je trouve que le positif, c'est qu'on en parle et que les patientes osent plus en parler et dire d'elles-mêmes « est-ce que je peux faire comme ci est ce que je peux faire comme ça » de plus en plus. Et que ça se voit et que c'est voulu,

- OK et du coup, question inverse : est-ce que tu pourrais raconter une expérience plutôt négative cette fois que tu as vécu dans la relation de soin avec une patiente en tant que sage-femme ?

- En tant que sage-femme que moi, je me suis sentie...

- Où c'était compliqué....

- Je réfléchis, est ce que j'ai eu... Par rapport à ça ? ou par rapport à vraiment une fois où j'ai eu l'impression d'être maltraitante à ce niveau-là ?

- Par exemple, si ça te parle ou...

- Des fois où je peux me poser la... J'ai jamais eu... je cherche, j'ai jamais eu nettement de... Je cherche... Il y a toujours ce truc de parfois quand t'es speed aux urges et que tu dois les examiner un peu à la chaîne tout ça... Parfois je me dis, je vais peut-être un peu vite, des fois je me sens un peu speed et je me dis que ça... je vois que certaines même si j'ai demandé qu'elles m'ont dit oui et tout, parfois tu les brusques un petit peu... Plutôt dans l'attitude que t'as d'être speed et que tu sens que tu les tends du coup du fait que tu sois méga speed. Alors après un moment de l'examen, je fais toujours ultra gaffe mais je me dis que des fois dans la l'attitude que je peux avoir, je pense que ça sent que j'ai du taf derrière et tout. Je pense que ça, des fois ça peut jouer. Je recherche à d'autres moments... Ce qui me vient, les moments où parfois les patiente elles ont un peu des douleurs et c'est un peu chiant, enfin dans le sens où tu peux pas trop faire quoi que ce soit, t'as l'impression d'être un peu maltraitant. Bah toutes les situations où les patientes avec des vaginismes, c'est toujours horrible, je pense que c'est pour toutes les collègues. Après on prend le temps et tout la plupart du temps elles voient en fait ces patientes quand on prend le temps et qu'on insiste pas, enfin qu'on insiste pas, qu'on a pris ça en considération, donc souvent ça se passe bien. Les sondages évacuateurs parfois en salle quand on les fait remonter et que la péri est un peu levée, où on se retrouve à « ça va faire mal ? Non, ça devrait aller » puis en fait, elles ont mal, des fois quand même, on est un peu maltraitant sur ce niveau-là. Mais pareil y a toujours ce truc de faut aller faire remonter sondées ça pose un peu question parfois sur les patientes que tu sondes absolument après l'accouchement lors des accouchements avec péri, sans péri on les laisse tranquille, mais ces patientes qu'on sonde là où clairement, je trouve que le gel fonctionne pas des masses et quand même

ça reste un peu désagréable pour elle quoi. Mais j'ai jamais eu clairement de gros problèmes par rapport à ça. Mais les seuls petits trucs où je me dis là où on peut être maltraitant c'est ça ouais : les sondes qu'on met, les patientes... Bah après non j'imagine elles savent, c'est plutôt elles qui sont désolées pour toi... Les sutures... pareil les sutures qui sont un peu plus compliquées où t'as mis tes anesthésies mais que malheureusement ça fonctionne pas donc tu finis de suturer et tu sens que la patiente est pas... mais pareil ça on le fait, on essaie toujours de communiquer en général. On le pallie, enfin moi personnellement je le pallie en discutant avec la patiente, en leur expliquant que je suis vraiment désolée mais que pour le coup je peux pas faire autrement, enfin défendre que tu peux pas faire autrement... Il y a toujours la question de quand même bon bah « allez, prends plus de temps ou allez, rajoute encore un autre anesthésiant ou allez laisse un peu plus le temps que ça agisse. » Mais parfois malheureusement c'est vrai j'avoue qu'avec le travail, des fois qu'il y a derrière on prend peut-être pas toujours assez de temps. C'est là où on peut devenir, maltraitant, c'est là où c'est peut-être un peu compliqué en effet, avec l'hyperactivité, tout ça on en devient un peu maltraitant ; c'est toute la question qu'on avait aussi soulevé pendant toute la période de grève des sages femmes, quoi. Mais c'est vraiment des trucs tout bête. Ah si, un autre truc positif qui me revient, qui m'est arrivé la semaine dernière : une patiente qui revient pour, c'est pas gynéco mais c'est dans notre sphère quand même, qui revient parce que sa sage-femme libérale a pas réussi à retirer une agrafe et elle appréhende beaucoup parce qu'elle a eu super mal et tout. Et là je me suis dit bah on va essayer de mettre un patch EMLA et heureusement elle avait son petit en néonate donc je dis « Bah vous descendez 1 heure voir votre petit et vous revenez dans 1 heure » et on a finalement retiré l'agrafe sans souci et le patch EMLA a marché en fait. Et des trucs tout bête où elle me dit « merci en fait je suis trop contente d'être tombée sur vous » et un truc où on se dit mais là j'avais le temps de le faire du coup j'ai pris le temps. Prendre du recul, des fois de se dire bon bah non en fait t'avais le temps, enfin des fois tu prends juste le temps et tant pis, la patiente préfère peut-être attendre 1 heure en salle d'attente plutôt que d'avoir mal quand tu lui retire sa.... Donc ça fait partie juste ouais, plus prendre le recul de bah des fois faut le trouver le temps et des fois faut juste mettre un anesthésiant et puis ça peut se passer un peu mieux sur certaines situations. Voilà, je sais pas si j'ai un peu digressé, c'était pas vraiment ça. Si j'aimais ça en fait partie fait je trouve.

- Ok, est-ce que t'as quelque chose à ajouter sur le sujet ?

- On a encore des progrès à faire, mais c'est mieux et ça c'est cool. Moi je suis plutôt objective sur ça et je trouve que ça se voit je trouve dans le corps médical des sage-femmes, on est bons, on est plutôt bien et on continue de sensibiliser. Mais le truc positif, c'est vraiment que je vois aussi au niveau des médecins donc ça c'est cool, c'est vraiment très bien. Moi je suis vraiment plutôt optimiste pour la suite. Je trouve qu'il y a vraiment un bon travail qui se fait dessus, et en tout cas au niveau universitaire ça se voit. Donc étant donné que bon bah ça bouge et c'est des professions qui sont en train de bouger, qui se rajeunissent, je pense que ça va le faire.

- Très bien.

- C'est tout bon ?

- Ouais, c'est très bien !

6. Marion

Le 21 novembre, entretien avec Marion, sage-femme exerçant depuis quelques années dans une maternité de niveau II. Elle est également sage-femme enseignante à l'école de sage-femme depuis la rentrée 2023-2024.

- Première plaquette... qu'est-ce que ça t'évoque ?

- Le consentement, de toute évidence euh... après moi, en tant que sage-femme hospitalière, c'est quelque chose qui m'a toujours beaucoup importé, que j'essaie de transmettre beaucoup aux étudiants sage-femme que j'encadre. Et c'est mon point d'intransigeance, je pense ou... Est-ce que ça c'est une phrase qui a été sortie d'un contexte, formulé de cette manière ? ou c'est ça que... est ce que c'est la question aussi tourne autour, moi, c'est la formulation aussi qui m'interroge.

- Ouais, Ben justement, ça t'interpelle du coup la formulation ?

- Ouais, moi je formule pas comme ça clairement du coup.

- Justement du coup, pour toi, qu'est ce qui pourrait être mieux fait dans cette formulation ?

- Ça c'est assez injonctif, c'est à dire que je vois bien la sage-femme avec déjà des gants à tenir les jambes. Enfin tu vois le truc qu'on voit partout. Moi souvent je l'introduis avant, c'est à dire que... le consentement hein je parle, je pose la question quand la patiente n'est pas déshabillée, en lui expliquant le déroulé de l'examen et ensuite je pose la question d' « est ce que vous seriez d'accord pour que je vous fasse un examen qui consiste en l'introduction de mes doigts dans votre vagin? » Voilà vraiment où tu détailles. Et pas, « je peux vous examiner » même si ça arrive parce que les urgences le nécessitent. Et l'interrogation complète, c'est à dire e »st ce que je peux vous examiner ? Vous avez le droit de me dire non mais je vous explique à quoi ça sert. »

- Voilà. Et ça, c'est mon point, j'avoue, de d'intransigeance avec les étudiants.

- Et du coup toi dans ta pratique bah du coup tu viens d'expliquer comment tu le fais, est ce que ça a évolué un petit peu au fil des années ? Tu dirais que c'est quelque chose dont tu as pris conscience ?

- Oui, je pense que quand je suis sortie de mon diplôme, c'était... J'ai redécouvert la liberté de l'examen seule et d'examiner les patientes seules et à ce moment-là je me

suis aussi posé des questions sur ma manière d'introduire le toucher vaginal aux patientes notamment qui est l'examen le plus invasif ou le plus courant, mais aussi plus invasif. Et à ce moment-là je me suis reposé la question de comment je l'introduisais et comment je le formulais et non pas parce qu'on m'avait appris à faire comme ça ou parce que j'avais vu 100 fois faire comme ça. Donc oui, ça a évolué et je pense que c'est devenu avec le temps et avec la confiance et avec la pratique, ce que c'est maintenant pour moi, c'est-à-dire un truc essentiel quoi. Donc oui, c'était... ça a pris son... et moi j'ai été diplômée à peu près au moment où les histoires de violences conjugales, euh, violences obstétricales sont sorties donc je pense qu'aussi y a eu le vrai switch aussi à ce moment-là.

- T'as quelque chose à ajouter ?

- Non du tout.

- Ok, prochaine plaquette...

- Je reconnais ce... Je le suis ce truc. Horrible.

- Qu'est-ce que ça t'évoque ?

- Là, c'est au-delà de même d'une violence obstétricale, ça pour moi, c'est j'imagine la patiente peut-être dans une peur de mort à ce moment-là, aussi bien sûr pour son enfant, que pour elle. Déjà vu, hein, une première césarienne que j'ai vue, ça s'est passé comme ça. Donc quand j'étais étudiante, ça m'a traumatisé. Et depuis, j'en ai revu, sauf que maintenant la différence c'est que je m'interpose physiquement. Ou verbalement, c'est à dire je demande à ce que tout le monde arrête et qu'on réanesthésie correctement la patiente. Ça m'est arrivé récemment en fait, c'est pour ça que je dis ça. Et je trouve hallucinant que ça arrive encore quoi. Non c'est fascinant. Et c'est courant, hein en plus mais... Ouais, « au moment de l'ouverture, je leur précise que je sens tout. » Ouais donc en plus la patiente le prévient, a priori c'est pas... enfin on sait pas le degré d'urgence, mais dans tous les cas c'est pas tolérable quoi. Pour moi il y a pas de distinction d'urgence là-dedans. C'est au pire une AG. Ouais, et ça arrive encore.

- Ouais OK bon, t'as répondu un peu à toutes les questions... Et ouais, cette première fois où tu as vu ça en tant qu'étudiante ouais, ça t'a marqué ?

- En ouais, je me rappelle très bien. Bah c'était la première césarienne que je voyais de ma vie. Déjà une césarienne c'est quand même déjà assez impressionnant. Même si j'avais déjà fait des services moi, à l'époque on faisait un stage en soins infirmiers et j'avais fait vraiment au milieu de l'année, je sais pas c'était pas foutu exactement pareil que maintenant et j'avais fait un stage à Edouard Herriot au bloc hépato-gastro et donc d'organes donc si tu veux j'avais déjà vu des trucs un peu impressionnants. Mais là, une césarienne, c'est différent. Les gens sont réveillés, enfin c'est pas la même chose. Et je me rappelle très bien, en plus c'était une nuit et j'étais en Ma2 donc vraiment... et la patiente a hurlé et on lui a dit de se taire et c'était vraiment très violent. Et je me rappelle très bien, c'est très clair et après elles m'ont dit « Bah tu vois en fait... », tout le monde s'est un peu justifié en se disant en disant « Bah tu vois en fait c'était tellement urgent qu'on n'a pas pu prendre le temps d'écouter la patiente » et en fait sur le coup, je me suis dit Bah peut être tu vois, tu sais pas en fait, t'as pas de comparatif. Et après en voyant en prenant de l'expérience, je me suis dit bah non jamais quoi jamais mais ça arrive. Trop souvent.

- Alors prochaine plaquette, voilà.

- Oh my God... Putain...

- Qu'est-ce que ça t'évoque ?

- Voilà grossophobie à l'hôpital, c'est pas peu courant non plus hein finalement. C'est ah ouais, un hôpital privé, OK. Pareil, alors ça, c'est toujours quelque chose qui m'a choqué, mais même quand j'étais jeune étudiante, ça m'a toujours choqué, donc pas comme une césarienne où tu peux te dire bah peut-être qu'effectivement il y a une question d'urgence médicale que je n'ai pas là, j'ai toujours trouvé ça anormal c'est... Je l'ai vu dans tout type d'hôpitaux, par tous types de professionnels, j'ai pas l'impression que ça corresponde plus à un genre qu'à un autre aussi tu vois, j'ai l'impression que ça concernait aussi bien les hommes que des femmes... Après pareil, moi j'ai déjà été dans des situations où la patiente était installée pour une pose de césarienne, euh une pause... J'arrive pas à parler aujourd'hui, une pose de péridurale. Et l'anesthésiste qui était lui-même en surpoids, dit à la patiente « Oh bah dis donc, vous avez pris un peu trop de poids pendant cette grossesse » et ça m'a tellement fâché que je dis à la patiente « Ah bah l'écoutez pas vous avez une raison, vous êtes enceinte alors que lui vous avez vu son gros ventre, il a pas de raison d'avoir un gros ventre

hein. » Ça m'a tellement énervé. Elle a ri, et ça allait mieux et il a rien dit mais. Commun, mais pareil, maintenant je l'interpose, je le supporte plus non plus. C'est plus insidieux... je suis en train de réfléchir à des exemples, c'est plus insidieux parce que malgré tout le fait que parfois le surpoids peut entraîner des difficultés médicales ou matériel avec des tables d'accouchement pas adaptées à ce genre de choses donc c'est une question qui peut se poser. Mais entendre le mot « baleine échouée » quand on parle de soi, mais c'est ça doit être un enfer, quoi je... Ah oui. Puis en plus il y a le « bon courage monsieur » Mon Dieu mais quelle horreur. Donc c'est vrai qu'ouais du coup, pour elle, a priori, ça a entraîné une prise en charge soit à la va vite, donc bâclée, soit compliquée, on sait pas, mais. Ouais.

- Et quand tu dis que maintenant tu t'interposes, est ce tu saurais identifier pourquoi maintenant t'arrives à le faire ?

- Comme pour comme pour le reste, je pense qu'il m'a fallu un temps de confiance dans ma pratique médicale et d'asseoir ma pratique médicale avant d'avoir confiance en mes valeurs morales personnelles et d'être aussi installé dans une équipe médicale où je savais que j'étais respectée pour justement mes compétences et aussi mes valeurs. Et que j'avais le droit de les exprimer j'ai... Il m'a fallu, je pense 2-3 ans pour arriver à ça, mais j'ai aussi eu la chance d'arriver dans une équipe où on m'a permis de parler et on m'a permis de donner mon avis, ce qui est pas le cas de tout le monde du tout. Et c'est aussi pour ça que j'ai choisi l'hôpital dans lequel je travaille, c'est que ce genre de propos sont intolérables pour les sage-femmes et que ça, quand ça arrive, ça ne reste pas enfoui, non-dit, ignoré, et cetera. Il arrive qu'il y ait eu des circonstances où bah ce soit pas possible, mais je pense que la majorité de mes collègues m'ont permis aussi de m'affirmer quoi, c'est ça la différence je pense. Il y a ma confiance en moi et mon entourage professionnel qui m'ont amené à ce chemin, ouais. Et je pense aussi que le fait que ce soit effectivement démocratisé et discuté sur les réseaux et que ce groupe-là entre autres, enfin ce compte-là je le suis aussi ça m'a sûrement permis d'identifier aussi les situations où ça arrivait. Bon, là c'est très clair, « vous êtes, on dirait une baleine échouée », c'est très clair. Mais même des petites choses qui me maintenant m'indignent plus, ouais. Tu me dis si je suis pas dans la direction que tu veux, hein...

- Non c'est top, c'est parfait... (prochaine plaquette) Pareil, qu'est-ce que ça t'évoque ?

- Déjà, c'est vulgaire. C'est pas des propos qu'on peut entendre dans une relation soignant à soigné déjà, impossible. D'une part ça sous-entend que cette patiente est dans sa douleur donc mal prise en charge a priori, que si elle est pas calmée cette douleur et qu'elle ait vécu de cette manière en hurlant et cetera, c'est peut-être aussi qu'elle est pas entendue. Et là, clairement euh je me remets dans des situations... ça, ça nous arrive plus dans mon établissement, tu vois, ça n'arrive plus, soit parce que tout le monde est très formé à la prise en charge de la douleur et à l'accouchement physiologique et donc sait répondre à des douleurs très intenses, et cetera. Parce que c'est plus une question en fait, cette douleur là on sait l'appréhender et pourquoi j'entends plus non plus cette phrase dans mon établissement ? Pareil, je pense que j'ai des collègues qui se sont interposés entre des... moi, ça m'est pas arrivé mais parce que j'ai pas souvenir de situations où j'ai eu besoin d'intervenir sur des phrases comme ça. Par contre je sais que j'ai des collègues qui sont intervenus entre un anesthésiste par exemple et la patiente au moment d'une pose de péridurale où elle était tellement algique que.

- Je me souviens plus dans l'établissement où tu travailles, il y a des infirmiers anesthésistes.

- Oui, il y a des infirmiers anesthésistes, mais pendant très longtemps... Ouais enfin ça dépend

- Vous êtes quand même présents à la pose ?

- Ouais, pendant très longtemps la nuit, c'était nous qui assistions la pause et maintenant c'est plus vraiment le cas. Donc de moins en moins on est présent pendant les poses de péridurale. Mais ce propos là, ça pourrait être aussi « va falloir vous calmer parce que je peux pas faire ci, je peux pas faire ça », ça peut être aussi à une extraction, mais là « pas de péri » ouais non, franchement je pense que ça arrive plus parce qu'on a... je le vois plus moi, mais je l'ai vu avant parce que là on a des équipes qui sont formées à la physio. Et donc aussi à la prise en charge de la patiente dans sa douleur. Et quand je vois que j'ai une patiente, quand on voit, je pense à plein d'autres collègues hein, quand on voit des patientes qui sont dans une gestion de la douleur qui est difficile, qui est subie, et cetera. Et qui du coup est intolérable, je sais qu'on reste avec elle et du coup il y a toujours quelqu'un qui est là pour encadrer la patiente. Ça peut être physiquement, moralement, et cetera. Et les autres gèrent la péri donc en fait,

on s'est vraiment repartagé le travail comme ça. Donc on attribue toujours quelqu'un, ça peut être même parfois des étudiantes ou des étudiants quand on est très sollicités, qui reste toujours auprès de la patiente à recapter le regard, à aider à passer ce moment difficile. Mais ça, j'avoue qu'on n'y est pas tellement confronté. Ouais.

- C'est très intéressant, c'est un nouvel élément qui vient en fait que j'avais pas sur les autres entretiens.

- C'est-à-dire ?

- Bah la question de la prise en charge un peu plus physio autour de la douleur et que du coup à cause de... enfin comme ça tu vois plus en fait ce genre de situation. Ouais non. Sur d'autres hôpitaux, c'est vraiment... C'est pas ça.

- Ouais, je sais que j'ai de la chance, mais on y a travaillé hein. C'est vraiment parce qu'en fait je pense que c'est passé par beaucoup de remarques et de sage-femmes qui s'interposent et de recadrage et de formation et de tu vois général où on a habitué l'équipe d'anesthésie aussi à nos pratiques et c'est pas eux qui s'adaptent à la... enfin c'est pas nous qui nous adaptons à eux, c'est eux qui s'adaptent à nous quoi. De la force, quoi.

- Ok (montre prochaine plaquette) Allez, bah ça...

- My God. Ouais. « Il m'a tapé sur les fesses pendant que je me rhabillais ». Le « il » c'est qui ? Un médecin ?

- C'est ouais, un suivi médical...

- De gynéco, genre... Ah ouais mais non mais là c'est au-delà de tout. Enfin c'est au-delà de tout. Il y a rien qui va, dans tout ce que tu m'as montré mais alors jamais vu. Les violences sexuelles de ce type-là moi j'y ai été confrontée en tant que soignante par d'autres médecins. Donc entre temps, ça a été dénoncé, etc. mais il s'est rien passé, bien sûr. Pour mes patientes, jamais été témoin de ce genre de gestes, mais parce que je pense qu'on me connaît suffisamment pour ne pas se permettre ce genre de truc et... qu'est-ce que je voulais dire là-dessus ? J'ai eu une idée, je suis reparti. Je me rappelle plus, j'ai eu l'idée, mais c'est reparti... Je sais plus.

- Je sais pas, peut-être sur un témoignage que tu as entendu par rapport à ça ?...

- Je vais essayer de te retrouver des histoires parce qu'il y en a, il y en a. Mais en fait il y a des trucs dont je peux pas vraiment parler non plus. Plusieurs fois dans ma carrière, j'ai été confrontée notamment à un médecin qui a fait déjà tout ce qui est sur toutes les feuilles précédentes et qui peut aussi avoir des propos... des propos plus que des gestes envers les soignants et envers ses patientes. Je remets des situations pour les patientes... bah aussi simplement que ça si, j'ai déjà été témoin de suture avec un point du mari. Pour moi je le mets un peu dans la même catégorie, même si c'est plutôt des violences, des mutilations sexuelles, c'est un peu dans la même trempe on va dire, le point du mari plusieurs fois.

- Plusieurs fois et c'était en tant qu'étudiante ou même...

- En tant qu'étudiante. Depuis plus, ou alors je l'ai vu faire une fois, j'ai arrêté le médecin et j'ai dit non, je termine et j'ai coupé son point. Donc ça m'est arrivé une fois. Ça là, ça, jamais, jamais vu ça, là.

- Et entendu ?

- Alors j'ai une amie, entre autres, qui a eu un examen gynécologique suite à une GEU tu vois donc un truc pas sympa déjà, où l'examineur donc un gynécologue-obstétricien, lui insère les doigts dans le vagin, donc lui fait 1 TV et là regarde ses cheveux et lui dit, « c'est marrant cette couleur (avec les doigts dans le vagin) on dirait une perruque. » J'en ris parce que vraiment, c'est tellement absurde. Et il lui a rien dit, il a enlevé ses doigts, et il lui a dit de se rhabiller donc c'est pas du tout du même acabit que ça, vraiment non. Franchement à ce point-là, jamais. J'ai eu des réflexions, j'ai eu entendu des réflexions sur le physique des patientes, « celle-là même enceinte, elle est bien bonne » tu vois ce genre de truc ignoble mais de là à aller aux gestes, non.

- Donc on pourrait limite dire qu'il y a quand même plus de violence en fait verbale enfin.

- Oui, carrément.

- Du coup, c'est plus dans les propos que dans les gestes qu'on les voit comment ?

- Oui, carrément, c'est plus insidieux en fait. Ça c'est de nos jours, je pense, en 2023 c'est beaucoup moins toléré. Le reste met son temps à être dénoncé, mais ça, je pense qu'on y est déjà je pense ou alors c'est les cas gravissimes, mais effectivement oui je

pense que ça passe plus par la parole que par les gestes maintenant les violences sexuelles ou à caractère sexuelle, ouais. Dans mon expérience, toujours pareil, il y a un gros biais entre ce qu'on voit et où on travaille.

- Allez, dernière plaquette...

- C'est dans le même hôpital. Il faut faire quelque chose pour cet hôpital...(rires) Ok.

- Qu'est-ce que ça t'évoque ?

- Alors ça, c'est beaucoup plus courant.

- Ouais.

- Clairement, c'est quelque chose qu'on voit souvent. Alors « le terrain est pourri, pourri » pas dans ces mots-là. J'ai pas souvenir d'avoir entendu ce genre de mots là, mais par contre « qu'est-ce que c'est que ce périnée ? Je reconnais plus rien. Comment on va faire la suture ? », ouais, souvent. Pareil, c'est... jamais de ma vie, jamais de ma vie j'ai pu prononcer des mots pareils, jamais, jamais. C'est tellement dévastateur d'avoir quelqu'un qui entre ses jambes, dit « regarde-moi ce chantier, qu'est-ce qu'on va en faire ? » quoi. C'est pareil, je pense que ça m'a toujours choqué depuis que je suis jeune étudiante sage-femme, j'ai jamais pu je pense jamais tenir des propos similaires ; entendu, plusieurs fois c'est toujours le même profil de personne. Toujours pareil, maintenant que j'ai identifié que c'était problématique et que ça pouvait avoir de graves conséquences ; quand j'entends ce genre de propos dans ma salle, une fois que le médecin ou la personne qui a tenu ce genre de propos est sorti, je rattrape en fait. Donc je retourne vers la patiente, je réexplique en disant « pas du tout, je vous explique », je montre, je sors un miroir, ça m'arrive de proposer de regarder en disant « le terrain est pourri, pourri ou c'est un chantier » ou je sais pas quoi remonter remettre en proportion, les mots qui sont à ce point choquant en expliquant où est la suture, où sont les points, où est ce qu'il peut y avoir un hématome, un œdème, et cetera, en expliquant que ce qu'il se passe maintenant n'est pas ce qui sera demain et de proposer de regarder le périnée, et cetera, en fait de redramatiser pour ne pas garder cette image d'une vulve, à priori, parce que là de ce que je comprends, c'est enfin pour moi, j'ai l'impression qu'on est entre les jambes d'une patiente et qu'on regarde un périnée en disant que c'est une cata. Mais peut être que c'est mon prisme à moi aussi que c'est pas ça mais... Ça m'est déjà arrivé de demander aussi comment

elles imaginent leur vulve maintenant après l'accouchement, donc de refaire travailler l'imaginaire du coup ça permet de rediscuter anatomie et cetera, de montrer dans le miroir, de proposer un miroir, de demander si ça avait déjà été fait avant. En fait, quand la suture est grande ou que « le terrain est pourri », c'est-à-dire que les patients ont entendu ce genre de propos, je redéconstruis du coup derrière. Ça peut être aussi bien en suite de couches hein, que je fais ça, mais ça c'est très personnel. « Mais la sage-femme semble aussi choquée », ouais, et le fait que la sage-femme ne dise rien, ça pareil, pour moi, c'est intolérable. Et je pense que c'est très inhérent à la profession de sage-femme que de se taire et de ne pas pouvoir donner son avis. C'est aussi au fait que c'est une profession féminine et qu'on dit rien depuis des siècles. Et pareil, c'est quelque chose pour lequel je milite fort quoi. C'est pas euh... ça va avec mon militantisme personnel, hein, mais au cours de ces dernières années, j'ai inclus une posture militante dans mon job de sage-femme hospitalière, et c'est aussi pour ça que je suis venue là [*enseigner à l'école de sage-femme*]. Parce qu'il était intolérable pour moi de me taire et il était intolérable de pour moi de me taire pour moi-même, mais aussi pour mes patientes. Et du coup, c'est devenu un combat de chaque jour quoi. Donc chaque phrase que j'ai pu entendre qui m'a choqué, maintenant je la redébriefe, je la reprends avec les patientes. Et ça là c'est tellement ce qui me dérange dans cette profession et qui me laisse encore perplexe, qu'en 2023 on en soit encore là, mais je pense que ça change un peu. Mais doucement.

- Et tu l'expliques comment ça, cette situation ?

- Le fait que les sages femmes se taisent ?

- Oui

- C'est ce que je disais. Je pense que c'est inhérent déjà au sexe, au genre de cette profession qui est féminine, et les médecins, les gynécologues étaient pendant très longtemps majorité des hommes. Là, la balance est un peu en train de s'équilibrer aussi, c'est à dire qu'on a de plus en plus de femmes qui sont gynécologues-obstétriciens. Donc je pense que ça aide. Je pense que dans nos études, on nous a enseigné dès le départ à nous mettre dans cette posture de soumission, de taiseuse, de hiérarchiquement inférieur. Et historiquement, en fait, du fait aussi de cette posture de sage-femme qui a été par les chirurgiens évincé et cetera pour être mise à la campagne... Je pense que c'est multifactoriel, que c'est historique, que c'est sexuel, genré, machiste, tout ce qu'on

veut. Je pense que à l'hôpital, la hiérarchie est inhérente au truc et c'est pareil, c'est insupportable. C'est à dire que les infirmières y ont le droit fois 1000 je pense et là pour le coup, n'ont pas les armes médicales pour ouvrir leur bouche. Et comment l'expliquer autrement ? Moi j'ai eu l'impression qu'on me l'a enseigné en fait aussi, c'est aussi pour ça que j'avais envie de venir à la fac. Mais j'ai eu l'impression qu'on m'a dit de me taire. En tant que sage-femme, j'ai pas le fin mot de mon histoire. Pas plus tard que... on est d'accord que c'est confidentiel ? Il n'y a pas très longtemps, y a quelques années, j'ai un médecin qui a levé la main sur moi et qui m'a dit « Tu te tais parce que tu es une femme et que tu es une sage-femme » Ouais... en garde... horrible. Depuis je m'en suis occupé, mais il est toujours en poste et il travaille toujours et c'est cette personne-là auquel je pense dans toutes ces réflexions-là. Et je pense que c'est la quintessence de ce qui se passe et en fait, je ne me tais plus. Ça engendre des réactions violentes parfois, mais de conflit hein, où il faut être armé hein, clairement. Faut être armé quoi. C'est pour ça qu'il a fallu que j'assie mon expérience et ma confiance pour ensuite se maintenant passer à l'étape suivante de militer, ouvrir ma bouche. Mais ouais, c'est rude hein. Et c'est aussi pour ça que j'ai eu besoin de partir un peu de l'hôpital et de faire autre chose parce que c'est violent à l'hôpital. En tant que sage-femme, en tant que femme, en tant que potentielle patiente un jour tu vois, c'est... Mais, en même temps extraordinaire mais il y a tellement de choses à faire que c'est fatigant.

- Donc limite même le système hospitalier... c'est...

- Ah oui, j'inclus hiérarchiquement. Ah bah alors prenons mon exemple, c'est à dire que la hiérarchie a couvert pendant une vingtaine d'années cette personne là, ce médecin-là. Si bien qu'ils ont détruit les preuves de mes témoignages et des preuves de témoignages d'autres sage-femmes, et cetera, d'autres internes, d'autres femmes, entre autres, c'est que des femmes. Et que la polémique est de nouveau en cours maintenant puisqu'il y a eu un changement de hiérarchie et donc là ça a changé. Mais donc institutionnellement il était protégé par l'ordre qui était au courant et qui n'a rien fait. Et par une équipe de sage-femmes qui acceptent en silence pendant très longtemps, jusqu'à ce qu'il y ait 2-3 événements qui viennent mettre un coup de pied dans la formule et où moi, entre autres et une autre collègue, on a commencé à ouvrir notre bouche et à pas se laisser faire, mais ça a pris, ça prend encore du temps et c'est pas encore fini et ça prend... Ça fait 5 ans. Donc en 5 ans, il y a eu énormément de

choses, pires que ce que je te raconte là, mais de là à ce qu'on lève la main dans un geste de violence, vraiment, c'était ça, hein, c'était « on me demande de me taire », j'avoue que... mais oui, institutionnel, historique, machiste, patriarcal, tout ce qu'on veut, là. Et cette profession, elle rassemble tout ça et je pense que je suis là pas pour rien quoi.

- Ok. J'ai une dernière question. Enfin 2 dernières plus générales. Est-ce que tu pourrais me raconter une expérience positive que tu as vécu avec une patiente dans la relation de soins autour de cette question, enfin de ces questions, un peu tout ce dont on vient de traiter, mais plus le côté positif.

- Mais j'en ai plein je pense. Mais alors laquelle choisir ? Plusieurs fois, il m'est arrivé d'accoucher pour la 2ème fois une patiente, c'est à dire qu'elle avait accouché quelque part avec quelqu'un d'autre une première fois où ça c'était très mal passé et une 2ème fois où il s'avère qu'elle et moi on s'est rencontrées et c'est moi qui me suis occupée de... Entre autres, j'ai le souvenir d'une, où j'avais le temps aussi de pouvoir faire ce travail de déconstruction du trauma du premier accouchement, parce qu'il y a ça aussi à l'hôpital, c'est à dire qu'on n'a pas le temps. Et où cet accouchement, entre autres, s'est très bien passé, aussi bien sur le plan médical que sur de la réparation d'un accouchement très mal vécu, avec justement une épisiotomie très douloureuse, un point que je suspecte d'être le point du mari, tu vois, ce genre de truc. Et derrière j'ai eu le temps de lui faire une empreinte placentaire, j'ai eu le temps de faire tout ça et tout, et rien que ça... J'en ai plusieurs des expériences comme ça et la joie de ces gens dans ce que ça peut réconcilier avec son corps et de ce que ça peut réconcilier dans son histoire personnelle et dans son histoire avec ses enfants, ça me suffit pour toujours quoi vraiment. J'en ai quelques-unes comme ça où j'ai eu le sentiment de réparer un truc. Dans son rapport à... dans son couple dans ouais, sa maternité dans et dans son rapport au corps quoi. Mais un exemple précis, j'en ai pas là tout de suite, je suis sûre qu'il y en a plein... Mais c'est ce genre d'exemple que j'ai en tête là, à chaud, là comme ça je n'en ai pas d'autres.

- Mais non, mais c'est très bien. Si ça te revient, tu me dis ? Parce que du coup, la 2ème question c'est, pareil, une expérience que tu as vécu avec une patiente dans ta relation soins mais plutôt négative cette fois, où ça a été compliqué ou. Il y a eu des...

- Avec moi ?

- Ouais, c'est ça.

- Pas avec un intervenant, moi avec cette patiente ?

- Ouais.

- Attends, je réfléchis... Alors j'ai un exemple, mais parce que j'en ai qu'un comme ça. J'ai accouché une patiente, un couple pour un premier bébé au milieu d'une nuit, elle a accouché vers 04h00 du mat' je dirais, un truc comme ça, donc l'heure où on est bien dans le dur. Il y avait une très grosse suture, une très grosse déchirure. Notre relation était très bonne hein pendant le travail, et cetera. Mais une très grosse déchirure. J'ai vraiment galéré à suturer, ça m'a pris vraiment beaucoup de temps et en plus à 04h00 du mat, un peu comme ça, c'était dur. Je me rappelle vraiment trouver ça difficile. C'était dans un contexte où la patiente, le couple était cannabique. Les 2, ils fumaient du cannabis, beaucoup en grande quantité, et cetera donc... Adapté, mais on sentait qu'il y avait quand même une petite faille dans le comportement parfois, un peu déconnectés. Enfin les 2 là j'avais l'impression qu'ils étaient encore un peu perchés quoi. Mais peu importe nous là, ça s'était très bien passé. Mais suture galère. Le lendemain je retourne la voir, j'étais encore en salle d'accouchement mais je retourne la voir pour revoir ma suture parce que j'avais besoin de me rassurer un peu quand même sur ce que j'avais fait, ça allait super bien, elle était bien, il s'avère qu'elle voulait aller fumer une cigarette à ce moment-là avec moi je fumais une cigarette donc je lui ai dit « Bah venez on va fumer une cigarette ensemble » bref ça allait vraiment bien. Et 15 jours plus tard, cette patiente est revenue et j'avais oublié une compresse, j'avais oublié une compresse dans le vagin. Il s'avère qu'entre temps, elle avait eu au téléphone une de mes collègues qui lui avait dit « Ah pas venir consulter pour des pertes malodorantes un dimanche » enfin un truc, enfin elle est allée à l'HFME. Elle a consulté à l'HFME, à l'HFME ils ont trouvé la compresse. Ils lui ont dit « faut demander votre dossier, c'est pas normal machin » normal quoi, je peux comprendre et donc cette patiente a demandé son dossier, a refusé l'amiable. Donc est toujours en procédure judiciaire hein ? Parce qu'entre-temps elle a fait des séjours au Vinatier. Ouais vraiment ouais, genre elle a décompensé complet, elle a fait une dépression du post-partum et elle revient toujours à son périnée. Et j'avoue que ça m'a vrillé la boule, mais sans nécessairement qu'il y ait de violence mais là, je me suis sentie violente. Moi, je me suis sentie violente, tu vois, je n'ai pas su comment... qu'est-ce que j'avais

loupé. Alors clairement, cette histoire de compresse, depuis, j'en ai plus jamais remis dans le vagin, donc j'ai remis en question ma pratique, tu vois là-dessus mais par contre à quel moment j'aurais pu faire mieux pour que cette patiente n'ait pas un vécu à ce point douloureux de son post partum ? Ben je sais pas et du coup je me suis sentie vraiment, j'ai vraiment ce souvenir là parce qu'en plus c'est un truc en cours, mais de violence où c'est moi qui suis responsable de son séjour au Vinatier, tu vois ?

- Est ce que tu as eu l'occasion d'en discuter avec... ?

- Absolument pas.

- Ah ouais ?

- En fait, en gros, j'ai eu des comptes rendus. T'es même pas invité hein aux discussions ou aux mêmes des rencontres avec la direction. Ce genre de propos ils s'en foutent. Donc on te dit en gros bah « de toute façon au pire s'il faut payer des trucs ce sera ton assurance pro qui paye ». J'étais là en mode, ok mais enfin moi j'aimerais bien savoir si la patiente va bien et donc tu reçois de temps en temps par mail mais c'est tout. C'est l'espace de... c'était il y a 3 ans déjà. C'est hyper long, tu reçois un mail de compte rendu de d'évaluation psychologique, de trucs comme ça et un jour j'ai découvert ce truc-là : elle avait fait plusieurs séjours au Vinatier et cetera en unité mère-bébé aussi, elle était reçue aux urgences psychiatriques plein de fois et tout ça. Et j'ai découvert ce truc là et où le psychiatre met bien que le point central étant sa prise en charge de post-partum et son périnée, quoi. Donc tu te dis si je n'avais pas été là, si ça n'avait pas été moi, est ce que ça aurait été différent ? Et là, de fait, c'est ma présence et ma fonction sage-femme qui ont engendré ce mal-être a priori mais non, t'es jamais rencontré, jamais. J'ai jamais pu en reparler avec personne. Mais cadres en mode « oh mais de toutes façons il y a toujours plein de procédures en cours comme ça. Oui, y a une compresse, ça arrive à tout le monde » assez rassurante tu vois, ça c'était juste ma cadre sage-femme. Mais la hiérarchie n'est jamais venue vers moi quand même, jamais. Alors que la dame demande plus de sous tu vois.

- Et du coup, enfin ouais, toi tu identifies cette situation comme une violence bah obstétricale ou... enfin comment dire... c'est super compliqué c'est...

- C'est compliqué hein. Je pense que j'ai... Ça peut être extrêmement prétentieux ce que je vais dire, mais je crois que je n'ai jamais fait subir des violences obstétricales et

que c'est mon seul exemple, vraiment je me suis remise en question très fort. Tu vois, ça a dû déjà m'arriver de dire « on est obligé de faire très vite parce qu'il y a une urgence. Je dois vous examiner. Je sais que c'est compliqué, mais c'est important pour la vie de votre bébé. » Mais j'ai toujours formulé comme ça et je ne crois pas...

- En fait j'ai mal formulé ce que je voulais dire... En fait, c'était plus je voulais en venir à la question de bah tu as vécu ça toi, en tant que sage-femme aussi c'était compliqué, la patiente a vécu quelque chose de compliqué et il y a jamais eu de « on débrieфе ensemble, ce qu'il s'est passé » et...

- Ah oui non, jamais quoi. C'est terrible. Et puis moi je garde cette patiente en mémoire parce qu'en plus c'est pas toute la patiente avec qui tu vas fumer une petite cigarette le soir tu vois donc ouais, douloureux. Pas très grave en soi, dans le sens où personne n'est mort, mais douloureux et j'aurais aimé effectivement re-rencontrer cette patiente pour pouvoir déjà lui présenter mes excuses parce que pour j'ai oublié une compresse tu vois, et ensuite lui demander si j'aurais pu faire autrement, si « qu'est-ce qui s'est passé pour elle ? », quoi, vraiment.

- Ça me fait penser à ce qu'on pourrait en fait démocratiser ce genre de choses.

- Mais clairement, exactement comme ce qu'on appelle la « justice restaurative », on est complètement d'accord.

- C'est voilà, des pistes de réflexion...

- Ah ouais, mais carrément la justice restaurative dans ce genre de cas, c'est faire des rencontres patient, soignant et tout.

- C'est comme tu disais disait : l'excuse du côté soignant, écouter le côté patient.

- Mais complètement. Je sais pas si tu as vu le film « je verrais toujours vos visages ». C'est hyper bien et en fait quand je l'ai vu, je me suis dit « Ah mais c'est ça qu'il faut qu'on fasse ». Soignantes – patientes avec des soignantes ayant potentiellement fait subir des violences soit de leur plein gré, soit malgré elles. Et des patientes quoi. Ah non, mais carrément. Ah mais moi je rêverais d'animer des trucs comme ça. Franchement, ça serait le rêve. Mais je suis persuadée qu'on peut y arriver. Je pense qu'on est sur le chemin de, mais que c'est long.

- Est-ce que t'as quelque chose à ajouter ? Sur la question en général ?

- Non.

- Très bien, très intéressant. Ouais, très cool.

→ **Ajout d'une anecdote qui lui est revenu :**

- On avait une infirmière anesthésiste qui était reconnue unanimement comme quelqu'un de désagréable et violent, verbalement et physiquement. Qui a été reprise plein de fois, et cetera. Mais comme c'était une infirmière, elle on lui tape un peu plus sur les doigts qu'aux médecins. Et j'ai accouché une patiente d'une mort fœtale à je dirais... 30 semaines un truc comme ça, où il a été posé une péridurale dans la douceur, et cetera. Ça s'est bien passé. Et par contre derrière, on a dû passer au bloc pour une rétention placentaire. En fait la pose de péridurale s'est bien passé parce qu'elle s'est faite sans elle. Je voulais pas qu'elle soit là. Je voulais qu'elle ait, cette patiente-là, elle ait le moins d'interlocuteur possible. Dans ce genre de situation, j'essaye de faire en sorte qu'elle voit le moins de monde possible et que je sois l'élément central de la prise en charge et qu'on ait juste un anesthésiste qui vienne et cetera. Donc en fait j'avais fait avec l'anesth la pose de péri, ça s'était super bien passé et derrière il faut passer au bloc et là cette collègue. On amène la patiente en brancard cette collègue l'attendait dans la salle de bloc, donc sans urgence, parce qu'elle était pas en train de faire une hémorragie, et cetera. On était vraiment dans le calme. J'avais expliqué à la patiente, elle avait déjà rencontré son bébé, et cetera, mais là il fallait avancer quoi, mais toujours dans le calme. Et donc moi, le médecin, on passe au bloc, ça se passe bien et tout ça. Et l'infirmière voit la patiente, comme si c'était un code rouge et là, speed, tu vois, et voit que la patiente, elle est déboussolée, et cetera, elle est pas bien, elle fait que pleurer et moi je reste à côté et elle lui dit « mais enfin Madame, allez, montez sur le truc. Qu'est-ce qui vous ? Pourquoi vous prenez autant de temps-là pour changer de table ? » Tu vois. Et là je la regarde, je pose mes mains sur ma patiente, je sais pas pourquoi, mais moi j'ai toujours ce truc des mains, je pense que je pose mes mains sur ma patiente comme un une barrière physique, et je lui dis « je te rappelle le contexte de pourquoi la patiente elle est là où c'est pas nécessaire ». Et elle me regarde, elle dit, « Ah oui, c'est vrai ». Donc avec la patiente au milieu. Donc j'avais honte. J'étais mortifiée. On fait le geste. Elle s'est reprise. Je suis retournée la voir derrière en lui disant que ça, c'était inacceptable, ça se reproduirait plus jamais en ma présence et que ça doit plus jamais se reproduire en la présence de personne et que peu

importe si l'enfant est décédé ou pas, mais particulièrement dans un contexte où elle vient de perdre son bébé, elle vient de rencontrer un bébé mort, on peut pas se permettre ce genre de propos. Elle m'a dit « Ah oui c'est vrai. J'en prends note » quoi et le fait de redébriefer avec elle, ça c'est ça a redébloqué le truc, je l'ai plus jamais revu faire ça et la patiente derrière je lui ai dit, Ben « je présente mes excuses pour ma collègue, elle était un peu speed on elle a eu une impression d'urgence » et elle m'a dit « Oh non mais c'est pas grave. Et puis j'ai vu de toute façon quand vous étiez là pour me protéger » quoi en gros et c'est et ça s'est clôturé comme ça et je pense que du coup derrière ça a remis les pendules à l'heure et tu vois cette infirmière qui était hyper relou et qui nous faisait des trucs comme ça tout le temps, s'est calmé mais je pense qu'il a fallu vraiment de temps en temps reposer le cadre mais comme à des enfants quoi dire. Voilà « tu te calme » Mais je peux comprendre que du coup il y a des endroits où quand il y a une team et qui sont nombreux comme ça, nous c'était une exception, tu vois.

- Je repensais à une question en même temps mais je sais pas si je l'intégrerais, mais tu penses que ton côté du coup très enfin du coup militant il t'a, c'est un peu ce que tu disais, ça t'a aidé à prendre parole et vraiment à du coup aller au front en fait ?

- Ah ouais clairement. Ah bah c'est exactement ça et d'un coup j'ai redécouvert, c'est un truc que j'ignorais complètement ma profession, tu vois qu'on m'avait pas enseigné non plus et je trouvais ça d'une tristesse quand j'ai découvert aussi par l'âge, tu vois mon côté militant personnel que ça s'est intégré à la perfection en fait, dans mon dans mon job, je me suis dit, mais c'est en fait je sais, tout s'explique, tout s'imbrique, tu vois, je suis là pour ça quoi.

7. Madeleine

Le 30 novembre, entretien avec Madeleine, sage-femme exerçant depuis sa sortie d'études dans la maternité de niveau II.

- Première plaquette, qu'est-ce que ça t'évoque ?

- « Je peux vous examiner » ? C'est la phrase que je prononce le plus sur mon lieu de travail, je pense franchement. Bah à part « Bonjour je m'appelle ..., je suis sage-femme » mais même pas parce qu'en fait ça on le répète à chaque fois donc ouais bah la base c'est le travail. Enfin franchement.

- Est-ce qu'il y a quelque chose qui t'interpelle dans cette phrase ou... ?

- Je pense qu'il y a d'autres manières de le tourner que « je peux vous examiner » et je pense qu'aussi, ça dépend de à qui ça se destine. Parce qu'examiner ça veut rien dire aussi. Nous en fait, c'est un truc qu'on fait par mimétisme je pense pendant dans nos études « est-ce que je peux vous examiner ? » Maintenant, en plus, là où je travaille, il y a plein de types de populations plus ou moins francophones, plus ou moins sensibilisés, qui font pas toujours bien leurs examens, gynéco et cetera. Donc la définition d'un examen gynécologique pour elles... elles savent pas forcément ce que c'est donc souvent, moi je vais observer un peu quand je présente cette phrase-là, le visage de ma patiente et puis adapter, c'est à dire lui expliquer l'examen, lui expliquer que voilà, quand je dis que je vais examiner, c'est des un toucher vaginal que je vais avoir besoin de la découvrir, et cetera. Mais c'est vrai que cette phrase-là, elle sera prononcée simplement sur la suite, mais sur le premier examen que je vais faire avec patiente ou alors si elle a déjà été examiné pendant tout son temps de travail et que je prends la relève, là c'est un peu différent parce qu'elle a déjà vu ce que c'était, mais globalement sur une arrivée par exemple dans aux urgences obstétricales ou en salle d'accouchement bah ouais, je pense que ça mérite d'être étendu quand même.

-Ok est ce que tu pourrais raconter... Enfin est ce que ça te rappelle une situation dans ta pratique ou...

- La situation que ça me rappelle, c'est la situation où je l'ai pas entendu en fait cette phrase surtout je pense que c'est ça : les situations on l'a pas entendu et en fait. Je sais pas, c'est bizarre. Enfin c'est comme pas entendre un « Bonjour » quand on croise quelqu'un parce que c'est vraiment... Enfin je sais pas, c'est la base de l'arrivée entre

guillemets dans l'intimité de la personne et dans son dans son espace physique entre guillemets, c'est lui demander son autorisation du coup. Je pense il y a quelques fois où j'ai pu l'entendre aussi justement pas expliquer de la part d'étudiants comme ça ou de la part de professionnels et ce moment où on se dit « Ah oui, moi ça me paraît évident. » elle, l'étudiante ça lui paraît évident, mais la patiente elle a pas du tout compris ce que ça veut dire. Oui et puis la situation aussi où c'est vrai que par exemple, moi quand j'entends ça, j'ai aussi la réponse des patientes qui nous disent, et ça ça me brise le cœur « Bah oui, je suis plus à ça près » et ça celle-là, je m'y ferai jamais. Franchement, je trouve que c'est incroyable de se dire qu'elles sont presque surprises pour certaines qu'on leur pose la question justement, alors qu'il y a toute cette controverse et que maintenant on est vachement sensibilisés à ça et il y en a encore beaucoup qui sont surprises, qu'on leur demande si c'est possible.

- Et tu dirais que tu as évolué autour de la question, enfin dans comment poser la question, par rapport à tes études et au fil des années tu...

- Bah oui, parce que parce que je pense que comme je disais par mimétisme moi aussi peut-être que quand j'étais étudiante je prenais pas le temps d'expliquer ce que ça voulait dire examen. Il y a aussi ce côté moi je fais très attention à pas ne pas poser cette question avant d'enfiler un doigtier par exemple, parce que ben en fait c'est déjà avoir mis un pied dans la porte que d'avoir utilisé le matériel qui est nécessaire pour le faire ou d'avoir commencé à découvrir la dame. C'est trop tard en fait, c'est avant qu'on doit poser cette question. Donc moi maintenant je le dis beaucoup plus tôt dans ma consultation, dès que j'identifie un motif de consultation qui va nécessiter un examen notamment, du coup un examen gynéco, dans ces cas-là je vais directement présenter ça comme une des étapes qui est recommandé dans la consultation. Si jamais je vois qu'il y a des freins de la patiente, on va en parler plus longtemps, mais voilà.

- Ok, parfait. Allez, prochaine plaquette.

- « Précise que je sens tout... » Ah oui, je l'ai déjà lu quelque part, celui-là

- Est ce qu'enfin... Qu'est-ce que ça t'évoque du coup.

- Alors, je présuppose que c'est dans le contexte d'une césarienne, parce que je crois que c'est dans ce contexte-là je l'avais lu. C'est terrible hein, mais c'est dur je l'ai vécu moi aussi. On en a toutes vécu je crois en tant que sage-femme avec quelques années

d'expérience, des césariennes à vif ça fait partie du package, des trucs qu'on va voir dans notre carrière. Je pense qu'il y a plein de choses qui viennent dans la douleur. La douleur ça mérite beaucoup de choses, d'explications, tout ça auprès de la patiente. Je pense qu'effectivement il faut être capable d'entendre que la douleur, déjà, elle peut être alors qu'il y a la meilleure des analgésies il peut y avoir la douleur. Alors qu'on est complètement anesthésié, on peut avoir de la douleur. Parce qu'en fait c'est quand même une construction mentale. Je ne sais pas quel était l'état de l'anesthésie de cette patiente au moment où elle l'a ressenti, ce qu'elle a ressenti, mais quoi qu'il arrive, ça n'allait pas, que ça soit mental ou que ça soit vraiment physiquement parce qu'on n'a pas réussi à passer à l'anesthésier correctement mais... Voilà, après il y a toujours ce petit pourcentage de fois où la dame aura mal et ça sera pour sauver le bébé. Et il existe. Maintenant je trouve qu'il sert à dédouaner beaucoup de situations quand même. La vraie urgence... Enfin après moi j'avoue que je suis un chat blanc, dans ma dans ma carrière j'ai eu très peu de réanimation néonatale lourde. J'ai jamais massé un bébé, tu vois. J'ai 3 ans de carrière donc voilà, mais en fait ouais, ça fait partie du jeu par exemple de se dire bah oui, je vais devoir faire une prise en charge pédiatrique plus lourde parce qu'on a fait une anesthésie générale sur cette césarienne parce qu'elle avait mal. Ou alors demander à la dame, est-ce que là on peut faire une anesthésie générale pour vous sentiez moins mais votre bébé on risque d'avoir plus de choses à faire. Il y en a plein qui choisiront de sauver leur bébé et il y en a plein qui du coup ne prononceront pas cette phrase en fait, parce qu'elles ont été acteurs de cette décision-là. Moi honnêtement... moi je suis sage-femme, je sais ce que ça provoque de faire une anesthésie générale sur une césarienne avec un bébé qui va sortir. Je pense qu'on me demanderait, je prendrais sur moi, je demanderais à mordre un truc très fort et j'aurais pas envie qu'on fasse une anesthésie générale parce que voilà, j'ai envie d'accueillir mon enfant, parce que j'ai pas envie qu'il y ait une détresse respiratoire à cause de la morphine. Mais je pense que comme c'est de la douleur, on a quand même au moins le temps de poser la question si on arrive, il faut essayer, quoi.

- Du coup ça te fait penser à une situation dans ta pratique ?

- Ouais alors après elle est un peu biaisée cette situation. Parce que ça vient d'un professionnel que je respecte pas dans son... Si ça se trouve, tu vois très bien de qui je parle (rires) mais ouais du coup c'est compliqué parce que qu'on sait qu'il en a fait

plusieurs, c'est toujours un peu l'épée de Damoclès au-dessus de la tête quand tu vas à césarienne avec lui, tu sais qu'il y a un monde où va se passer comme ça. Maintenant, ça me force au quotidien à toujours bien vérifier l'anesthésie de ma patiente et à jamais nier ce qu'elles vont dire. Je fais hyper gaffe parce que les rares fois où ça m'est arrivé enfin, c'est aussi parce que j'avais laissé l'anesthésiste se reposer sur ses lauriers, il pensait que ça péridurale marchait pas alors qu'au fond moi j'en étais convaincue et que ça a été une un peu une paresse d'esprit de me dire bah peut-être qu'elle somatise et cetera. Parce que voilà des fois, on a envie de croire que tout va bien et en fait bah au moment de la césarienne je me suis dit t'es trop bête en fait, si on avait reposé cette péridurale au moment où il y avait pas d'urgence... Et d'ailleurs sur une de mes dernières gardes, c'est ce qui s'est passé. Je savais que cette dame-là stagnait. Je savais qu'elle allait passer au bloc, c'était sûr. Elle avait bon, c'est un anesthésiste que je respecte pas non plus beaucoup, enfin que je trouve pas très performant sur ces poses de péridurale, qui lui a posé la péridurale. J'avais déjà eu ma relève de l'équipe de jour, je prenais la nuit, qui m'avait dit « cette péridurale marche pas c'est bizarre. » La patiente continue à avoir des mictions spontanées donc ça mettait quand même le nez à la bouche. Tu te dis bon elle a quand même un contrôle encore tu vois ici c'est pas... et en fait l'anesthésiste lui avait dit n'importe quoi « Oui, il y avait des contractions avant. Bon le test au froid marche pas mais si vous sentez pas les contractions c'est que ça marche bien ». En fait c'est juste que cette dame n'avait jamais senti ces contractions parce que c'était pas des contractions de travail. C'était un déclenchement et donc au bout d'un moment, elle a commencé entre guillemets, heureusement, d'être algique avant qu'on passe au boc et là il faut de la bouteille, il faut regarder l'anesthésiste dans les yeux et dire « là, la péri elle marche pas. Oui vous respectez votre collègue de jour machin et tout mais là, la péri marche pas, il faut la reposer ». J'ai pris la relève à 19h il a accepté de reposer la péridurale à 1h du matin. Elle a été césarisée à 3h. Heureusement qu'on a eu du laps de temps pour que j'arrive à convaincre le professionnel en face, parce que c'est trop important. Et pour le bébé aussi. Malheureusement, ça c'est une réalité. Et puis c'est intégré de vieilles croyances et de paternalisme de femmes, « tu enfanteras dans la douleur » que tu as entendu tous tes entretiens j'imagine. Et d'une part de douleur, c'est bien et tout ça...

- Justement est ce que tu pourrais développer ce côté ?

- Bah oui bien sûr. Bah après je pense que c'est... En fait, ça me paraît évident maintenant que j'ai un peu roulé ma bosse, même si faut se dire qu'il y a encore beaucoup de professionnels qui... et en plus c'est beaucoup d'anesthésistes alors que c'est le cœur de notre métier qui pensent que d'avoir mal en accouchement c'est normal. Alors, je pense qu'il y a une part de douleur qui est tolérable, c'est celle qu'est prête à ressentir la patiente, en fait ça s'arrête là. Si elle veut rien sentir, elle veut rien sentir et peut-être qu'au moment de pousser pendant un temps elle sera pas compétente... Mais il faut lui présenter ces alternatives, là lui dire, « Ben si vous poussez pas, peut-être qu'y a plus de risque d'avoir un instrument d'un autre côté si vous êtes bien anesthésiée et qu'il y a un instrument, vous aurez moins mal. » Donc voilà, et je pense qu'on prend beaucoup de décisions tout au long de notre prise en charge et même en étant le plus bienveillant possible, c'est très souvent qu'on prend des décisions pour nos patientes. Et je pense qu'on fait avec toute la connaissance au monde, mais ça il faut expliquer, même si on le fait, et même si on laisse pas forcément le choix parce que par exemple les alternatives n'existent pas aussi, il faut expliquer pourquoi on fait comme ça. Et la plupart des patientes, c'est toutes celles qui vont être dans la colère par rapport à tout ça, c'est des femmes qui n'ont pas compris. Et je pense que cette dame-là, si on lui expliquait peut-être que par exemple son bébé je sais pas, on va mettre une hypothèse, il y avait des anomalies du rythme hyper lourdes, on se dit mais si on vous fout de la morphine dessus le gamin il va être vraiment pas bien à la naissance on peut pas se permettre de prendre ce risque. Si derrière on lui dit ça, c'est une mère. Si, ça m'est arrivé quelquefois de voir des mères qui vraiment n'avaient pas conscience de ce qu'engageait leur choix sur certaines choses par rapport à ce que pouvait avoir leur enfant et qui ne prenait pas du tout en compte ce qui allait impacter leur enfant. Mais c'est quand même une goutte d'eau dans l'océan. Donc voilà, mais après oui, il y a plein de femmes qui ont quand même envie de ressentir des choses qui sont très conscientes justement parce qu'on leur a rabattu qu'il y avait encore une part de douleur qu'on n'arrive pas forcément à bien gérer, des sensations désagréables aussi. Parce qu'il y a la sensation désagréable et la douleur. Il y a tout un tout un panel là-dessus sur le moment de la sortie de la tête de l'enfant, même avec la meilleure des péridurales, moi je leur dis hein, que cette sensation d'écartement extrême et tout ça, bah c'est des choses qu'on garde. Et qui peuvent être vu comme une manière de réaliser le moment. Après si elle ne veut pas l'avoir, elle veut l'avoir.

- Ok très intéressant. Prochain témoignage...

- Oh là là...

- Qu'est-ce que ça t'évoque ?

- « Bon courage Monsieur. » Ah oui, d'accord. Ah oui, il y a tout mélangé là-dedans. C'est où ça, Anthony ? D'accord... Bon... non mais ça, ça aurait pu être entendu chez nous aussi, hein. Déjà, bon, de la grossophobie, il y en a tout le temps, c'est assez hallucinant. Bon après y a des femmes qui en ont rien à faire aussi de ce que va faire leur poids à leur enfant et tout ça dans le suivi des diabètes. Donc des fois c'est assez terrible hein, on en revient à cette façon très centrée de certaines mères de vouloir faire ce qu'elles veulent et de pas penser à l'individu qu'elles sont en train de mettre au monde mais ça, voilà, c'est comme ça, c'est une inhérent à notre métier. Effectivement, ça va compliquer les gestes et cetera, mais faut leur dire ça, faut pas leur dire plus quoi. Je pense que c'est pareil d'être une crevette, je sais ce que c'est, ça sera pas beaucoup plus simple sur certains trucs obstétricaux. Et « bon courage Monsieur » bon voilà c'est bon, c'est du sexisme en toute sa splendeur. Même si ce qui était important, c'était... Alors qu'elle va être césarisée, que Monsieur trouve le corps de sa femme attrayant alors qu'il est en train d'avoir un enfant et qu'elle, elle est obligée de passer au bloc, quoi. Et puis bah ça a été « recousu avec [sa] vessie d'où [ses] douleurs » ça arrive, on sait pas, on n'a pas le dossier médical. C'est vrai qu'il y a des césariennes qui sont hyper compliquées sur des patientes en surpoids... Est-ce qu'on doit dire à la patiente « votre surpoids a compliqué le geste ? » Je pense que oui parce que parce que ça fait partie du processus. Voilà quand on fait un état des gestes médicaux, même quand on fait un diagnostic. T'as appris à faire un diagnostic dès la 2ème année ? Le surpoids, l'obésité, c'est des éléments qui vont nous indiquer sur le reste qui vont expliquer et bah oui c'est sûr que c'est plus difficile de faire une césarienne, c'est plus difficile à suturer, c'est plus difficile de s'en remettre derrière parce qu'on se mobilise moins, il y a plus de risques de faire une phlébite, et cetera, et cetera donc il y a un intérêt à perdre du poids. Je pense que ça peut être présenté de manière... Enfin, les femmes qui sont, en surpoids ou obésité, elles sont pas bêtes hein, elles le savent hein, qu'elles sont comme ça elles sont pas bêtes, elles savent qu'il y a des conséquences. Leur dire qu'on est là pour les aider dans une démarche d'amélioration, oui, leur dire que c'est de leur faute si elles ont mal parce qu'elles sont grosses, je pense qu'il y a une manière de tourner ça

autrement. Et puis surtout, le geste peut quand même être bien fait. Enfin, c'est plus long, c'est sûr, c'est plus long, ça sent la chair grillée au bloc opératoire, elles mettront plus de temps à s'en remettre, mais ça c'est elles qui vont subir, c'est pas nous.

- Ça te fait penser à une situation du coup ?

- Ouais mais j'ai même des médecins très bien hein, ça m'est arrivé d'entendre des « bah oui mais vu le surpoids, faut pas vous étonner », des choses très culpabilisantes. Et puis en plus on leur rend pas service parce que si c'est, si c'est une obésité entre guillemets qui vient d'une habitude alimentaire la plupart du temps c'est lié à un mal-être aussi et en fait ça aide pas du tout du tout de leur dire ce genre de choses. Ça les enfonce dans leur situation, c'est sûr que de manger ça fait du bien au moral. Mais oui ça c'est clair. Et puis bon bah, c'est aussi compliqué pour les équipes médicales hein ? Ah Ben faut trouver la bonne table pour le bloc opératoire parce qu'elles supportent qu'un certain poids. Faut prendre le temps de fixer le ventre pour le remonter, et cetera. Mais moi j'ai vu, une infirmière de bloc y a pas longtemps faire très bien qui dit « Bah on va, on va scotcher le ventre, on va le remonter un petit peu, ça nous permettra l'accès ». Jamais elle ne lui a dit que c'était parce qu'elle était grosse, ça s'est très bien fait, on a fait tout de la même manière. Ben on a des astuces quoi pour ces situations compliquées comme on a des astuces pour absolument tout donc pas besoin de responsabiliser les patientes... Un diabète à bien suivre et tout ça c'est autre chose mais la culpabilisation, ça ne marche pas souvent.

- C'est sûr, allez, prochain témoignage...

- Ah oui, bah ça... (lit le témoignage) alors ça moi, je l'ai pas entendu. J'ai pas entendu ça sur le côté vocal et tout ça parce que, en plus, ça a pas lieu d'être je veux dire, même une femme qui hurle à la mort ou qui chante la Marseillaise, on peut lui poser une péridurale. Sur la mobilisation du patient algique par contre, ça je l'ai déjà entendu « Si vous n'arrêtez pas de bouger, je vais pas pouvoir vous poser la péridurale » dit de manière bien plus culpabilisante que ce que je viens de dire. Bon, c'est notre travail de gérer et de l'accompagner dans ses douleurs, que ça soit parce que c'est vocal ou parce que c'est des gestes. Moi je trouve ça débile quoi. Une dame qui a envie de crier... de mordre la sage-femme qui est en face ? Non, ça. (rires) Mais... Non, après voilà, moi j'ai déjà dit un truc un peu pas similaire mais j'ai déjà dit par contre une dame qui était tellement agitée et ça se voyait qu'elle avait besoin de violence, en fait, que c'était ça

qui la faisait gérer, qui essayait de me taper. Et là je me dis « Bah si vous essayez de me taper, moi je serai pas là votre accouchement hein ? Je vais demander à quelqu'un d'autre s'il veut bien être là, mais personne n'a envie d'accoucher quelqu'un qui a envie de le taper » quoi, mais c'est pas pareil parce que là c'est son cercle physique et c'est quelque chose que... c'était une dame qui était soulagée juste, je sais pas, elle avait juste besoin d'exprimer sa colère, elle était pas psychiatrique non plus, hein. Et ça, le niveau vocal lors d'une péridurale ça, je pense que même nos pires anesthésistes maintenant ils ont compris que ça servait à rien de dire ça parce que nous on leur dit aussi si ça vous fait du bien de crier, vous criez il y a pas de problème. Donc je comprends pas, c'est vraiment...

- Parce que du coup dans la maternité où tu travailles il y a quand même du physio. Enfin plus que...

- Je pense en fait je pense pas qu'il ait plus de physio, mais je pense qu'on respecte le physio, mais je pense qu'aussi on sature pas en physio entre guillemets parce qu'on n'a pas une population qui est très demandeuse.

- D'accord.

- On a une population qui est tu vois, genre j'ai plus souvent je pense des dames qui seraient capables de demander des césariennes prophylactiques parce qu'elles ont la flemme d'accoucher voie basse. Et puis parce que c'est des populations aussi qui viennent de pays émergents, et cetera, et la césarienne c'est un truc qui est peu nobélisé entre guillemets, donc on n'a pas non plus... Mais bon, par contre on a une équipe de sages femmes, jeunes, hyper formés autour du physio, hyper à l'écoute de ça et en fait, on s'entête aux médecins, donc parce que bon... il faut pas se voiler la face hein, la plupart du temps sur la physio, ça va être les médecins versus les sage-femmes, hein, sauf quelques sage-femmes qui sont qui sont pas dans ces pratiques-là que ça plaît pas de faire ça. Mais en fait on n'est pas un métier où on peut faire la carte pour nous hein, c'est à la carte pour la patiente en fait. Donc voilà, ça, je pense qu'on respecte ou pas le physio, parce qu'au final, c'est dans le cadre d'une pause de péri... Bon, c'est juste la laisser crier ça n'impacte en aucun cas notre pratique, nos tympanes à la limite... (rires)
Dans ce cas-là, il faut pas écouter la musique trop fort non plus.

- Ouais donc pas t'as pas forcément de situation en tête de côté...

- Non, j'ai le côté plutôt voilà, mobilisant, qui « Madame, si vous, si vous arrivez pas à prendre sur vous, juste le temps que je pique, je pourrais pas le faire » mais en même temps c'est assez factuel, quoi, ils prennent aussi un risque que les anesthésistes à mettre une aiguille dans un espace péridurale d'une personne qui se mobilise c'est chaud quoi. Après c'est à eux de chercher aussi des astuces. Il y a des péri qui se posent sur le côté, il y a possibilité de demander de mobiliser du personnel, une IADE, une sage-femme, est ce que tu peux venir la tenir si elle est d'accord après bon le but c'est pas de la contraindre mais souvent elles sont pas gênées d'être contraintes les femmes quand elles ont mal, moi je leur laisse serrer ma blouse, bon serrer les mains comme ça parce que je me suis désensibilisée... (rires) Il y a plein de manières de gérer, il y en a qui « tchip » à chaque contraction, c'est culturel, c'est pas grave, ou y en a qui claque des doigts, qui c'est... moi ça j'adore. Enfin je trouve ça hyper intéressant de voir la manière dont chacun peut gérer la douleur et comment... il y a aussi la fameuse technique de serrer un peigne... On peut leur proposer plein de choses pour se canaliser, c'est à nous de leur proposer parce qu'elles savent pas, elles découvrent une douleur qu'elles ont jamais connu pour le coup donc...

- Ok. Alors prochain...

- Ahhh...

- Ouais

- « Il m'a tapé sur les fesses pendant que je me rhabillais. » Bon moi j'ai pas eu de geste déplacé devant la patiente mais par contre ça m'est arrivé d'entendre, encore une fois, c'est des médecins, des anesthésistes mais dire « Ah bah elle, ça nous dérangerait pas de lui poser une 2ème péridurale » ou des choses comme ça bah « Il y a des patientes plus désagréables à regarder que d'autres. » Voilà des remarques sur le physique, ouais bon bah comme sur le surpoids et tout ça hein, mais dans le sens un peu libidineux et déplacé. 100 % des fois où moi j'en ai été témoin c'était les hommes. Mais des gestes déplacés, Dieu merci, mais alors par contre moi je vois ça, je peux pas en fait. Franchement, je pense que... Après, j'ai pris un peu de confiance aussi et je pense que je suis dans un hôpital où ce genre de truc c'est pas du tout ça passe pas du tout. Si, j'ai un autre truc à revenir sur la péri, j'ai quand même un anesthésiste que j'ai dénoncé parce qu'il faisait pas le local même sur les sur des péri pas urgentes. Du coup bah ouais elles crient, elles ont mal... Ça a été plutôt entendu et c'est, mais après c'est

compliqué hein. Il y a des directions qui protègent les médecins parce que c'est rare et quand c'est rare, tu protèges le plus rare. Les sage-femmes c'est plus facile d'en trouver d'autres, et cetera, et cetera. Mais nous, on fait assez front commun, c'est à dire que si moi je commence à raconter ça à mes collègues et que je me faisais, je sais pas un peu virée ou maltraitée parce que je fais ça en fait, j'ai 99 % de mes collègues qui seront avec moi quoi. Donc voilà et ça, c'est pareil, un comportement en plus, une agression physique, sexiste ou d'une violence sexuelle, non, ça passerait pas du tout enfin. Ou alors on ferait quelque chose. Ouais, on est déjà en train de faire des choses, pour des actes différents de violences obstétricales, d'autres types qu'entre guillemets sexuels. Parce que ça, je trouve ça sexuel. Mais bon, ça passerait pas, mais c'est ça, je pense que j'aurais un temps d'inertie intellectuelle, tu as le choc parce que c'est choquant. Ça c'est un peu dur parce que... Ah si, j'ai une collègue qui a eu un ambulancier, d'accord, pas un SAMU, hein, un ambulancier qui a examiné une dame. Bah ça c'est un viol. Mais pareil elle me disait en fait j'ai même pas pu lui dire mais pourquoi tellement on est tellement sidéré ? Parce que la violence en tant que témoin, ça sidère, ça sidère aussi quoi c'est aussi choquant pour ceux qui en sont témoins, donc je pense face à ce genre de situation. Moi j'aurais un temps d'inertie. Et je pense ce qui m'aiderait, c'est que ma patiente réagisse. Là je pense que je sortirai de cet état de choc et je suis très franc avec elle. Par contre, quoi qu'il arrive, le médecin en sortant 2 secondes après je vais dire « mais là vous allez vous excuser tout de suite et que vous vous excusiez ou pas, sachez que je ferai remonter le truc, donc bah si vous avez excusez, peut être que ça pèsera dans le bon sens » mais normalement ça je dénonce hein, c'est pas possible, ça doit plus exister.

- Ouais, t'en as jamais entendu parler, en tout cas depuis que tu pratiques en tant que sage-femme ?

- Non. Verbal, ouais. Mais et après ça nous arrive aussi de le faire mais genre dans le sens de dire « la patiente elle est magnifique » tu vois mais c'est du body positive et c'est juste se dire Bah oui il y a des il y a des gens qui sont resplendissants d'ailleurs c'est pas forcément lié à leurs critères physiques. Forcément, on est face à des corps tout le temps, des fois on a notre point de vue dessus. Mais par contre, déjà, jamais devant la dame et 2 il faut se rendre compte de la bêtise de ce qu'on dit quand on veut être dépressif, enfin dans la dépression.

Je ça moi je non, franchement je crois pas, enfin je crois pas comme ça, tu vois, plus un abord sur un événement qui va être trop brutal ou des choses comme ça, des gestes trop brutaux. Oui mais alors ça un truc gratuit comme ça.

- Question : « geste trop brutaux », c'est pareil, c'est plus tu veux dire...

- Bah découvrir une dame sans la prévenir je sais pas, je disais même en césarienne lui écarter les jambes pour lui foutre la sonde urinaire sans lui dire « Bah là je vais écarter les jambes, je vais toucher entre les jambes... » Poser un instrument sans prévenir, pas dire au moment de l'introduction des doigts bah là je vous examine parce que moi je pose la question, « est-ce que je peux vous examiner » et je dis, « est-ce que je peux y aller » au moment genre au moment où je vais le faire, je vais vérifier une dernière fois de toute façon on peut revenir en arrière quoi donc c'est plus ça sur l'effraction physique que je vais avoir observé, ça va plus être ce genre de chose. Pas ouais, pas du sexuel.

- Ouais, je...

- Enfin je sais pas comment distinguer parce que c'est sexuel aussi, forcément, c'est des parties... mais pas un geste à destination de plaisir sexuel par rapport à celui qui le fait en fait, ou alors c'était pas révélé mais ouais...

- Non mais ça marche. Est-ce que tu as quelque chose à ajouter ?

- Non, c'est bon. (je tourne la page, lit dernier témoignage) Anthony, ils ont fait un beau reportage hein

- Pareil, qu'est-ce que ça t'évoque ?

- Je vois même pas dans quel contexte on peut dire ça, sauf si c'est sur une suture qui a été mal faite. « Le terrain », c'est hyper déshumanisant quoi. Ben en fait, après il y a prisme hein, forcément moi je me mets à la place de la sage-femme, en fait ce témoignage-là, c'est plus la position de tampon qu'on va faire et qui est, alors ça pour le coup que moi je subis vachement, entre un médecin pas approprié et une patiente. Et en fait moi ça j'en peux plus et c'est pour ça que nous on essaie de faire bouger les choses vis-à-vis des médecins qu'on trouve pas appropriés parce qu'en fait, c'est ça qui nous met en burn-out en fait, enfin faut être honnête quoi. On peut voir des situations médicales merdiques et des réanimations, des décès maternels, néonataux ; entre

guillemets, on a signé pour ça, tu vois. Même si c'est hyper dur et que je comprends qu'il y en a qui arrêtent leur carrière là-dessus. Mais juste en fait, on n'est pas fait pour être tampon, pour que les médecins puissent vomir leurs mots sans conséquences et que nous ce soit à nous de rattraper pour que derrière quoi ? Derrière il n'y ait pas courrier qui soit fait ? Non en fait on le fait pas pour ça, on le fait pour que la dame elle en sorte en étant pas traumatisée. Mais derrière la conséquence c'est que du coup bah on le... bah on leur sauve le cul, je suis désolée mais c'est ça en fait on sauve la situation pour le médecin alors qu'en fait il faut qu'il se la prenne dans la tête la situation parce qu'en fait là, on peut pas se croire tout le permis, peu importe ce qu'on vit dans sa profession, dans sa vie perso, c'est pas possible de... Enfin franchement, mais moi je l'ai vécu plein de fois, ça des trucs... Mais c'est toujours, c'est toujours le même médecin, alors c'est compliqué parce que tu vois, tu te dis, « est-ce que j'ai pas de chance d'avoir un médecin comme ça, est-ce qu'il y a beaucoup de médecins dans ça ailleurs ? » Moi j'ai travaillé qu'au même endroit donc après... si j'ai vu d'autres trucs sur mes terrains de stage mais pas comparable à ce que je vis. Mais ouais, c'est clair, c'est super choquant et en même temps pareil, on est dans entre notre sidération et là il faut-il faut que la dame, il faut qu'elle puisse être une bonne mère pour son enfant. Et si elle vit ça pendant 2 ans, ça va être très compliqué. Et après ? Comment on rattrape ça entre guillemets comme on comment on fait pour justement lui faire comprendre que la situation a pas été normale ? Mais en même temps pas en faire un truc qu'elle va porter toute sa vie. Donc il faut... Je pense que dans ces cas-là, s'il y a pas d'urgence, il faut faire sortir le médecin de la salle ou lui dire à la dame « on revient », parler au médecin et lui dire « vous pouvez pas lui dire ça, est-ce que je peux prendre un temps avec la dame ? Parce que là je pense que c'est hyper choquant ce que vous lui avez dit. » C'est un risque professionnel hein de faire ça, mais il faut le faire. Revenir vers la dame, lui dire écoutez, là les mots du médecin ont pas été adaptées, mais peut-être qu'on va vous expliquer pourquoi il y a eu un état de surprise de notre part. Malgré ça, c'est pas, c'est pas OK. Ou alors est-ce qu'on attend que ça vienne de la dame aussi parce que peut-être que si elle n'a pas été choquée, tant mieux. Est-ce qu'on doit nous dire la situation était problématique si elle, elle l'a pas identifié ? Je pense que si elle l'a pas identifié, c'est déjà tellement émotionnel... Moi, je pense que je viendrai pas enfoncer le truc. Je viendrai essayer de poser une question ouverte : comment vous vous sentez par rapport à ce qu'a dit le médecin ? Regarder le regard,

regarder ce qu'elle va me dire « Ben Ouais, je sais par exemple qu'on m'a mal suturé ou pas ; au moins je comprends pourquoi, je sais pas, j'avais mal pendant les rapports ou des trucs comme ça par rapport à cette situation-là. Si par contre elle vient me dire « il est taré non, d'avoir dit ça » bah je pense que je dirais « bah oui et vous pouvez en parler et vous pouvez faire un courrier, on peut en parler ensemble. Mais oui, c'était des mots forts, pas forcément adaptés. Est-ce que vous voulez en parler avec lui ? » En fait putain, c'est pas notre travail de rattraper le mauvais boulot des autres et pourtant ça le devient. Enfin en fait quand on est sage-femme, peu importe hein, médecin, pas médecin, ASH, aide-soignante, on passe notre temps à faire tampon sur plein de situations problématiques, que ça soit avec les patientes ou dans l'organisation du travail, c'est toujours ça, c'est notre métier mais c'est je pense que c'est ça qui nous qui nous épuise.

- Tout à l'heure t'as parlé de risque professionnel potentiellement dans une situation comme ça où on a envie de dénoncer, tu pourrais l'expliquer comment ça ?

- Bah ça va être... déjà ça va commencer par la base : une mauvaise entente avec le gynéco de garde et la sage-femme. C'est un truc qui peut se traîner pendant des années et ça peut déjà, ça peut être délétère bien sûr pour la sage-femme, son bien-être au travail et tout ça, mais aussi pour les patientes au long terme. Parce que moi je sais très bien pourquoi je bosse là où je bosse. Il y a un médecin dans le lot que j'ai pas envie d'appeler, que je vais repousser au maximum la situation qui commence à être pathologique avant de l'appeler, je vais essayer de gérer la pathologie au maximum moi-même parce que j'ai pas envie d'avoir justement à, et gérer la pathologie, et faire tampon sur des moments où il sera pas adapté. Mais en dehors de ça, mes autres collègues, même ceux qui sont pas parfaits, ça va quoi. Et donc je vais les appeler au moment où je trouve professionnellement que c'est adapté, en cohérence avec les recommandations de sortie de la pathologie, et cetera. Et je sais aussi que si je fais de la pathologie ils seront d'accord avec la manière dont j'ai géré la pathologie, et cetera. Un médecin avec qui on s'entend mal, mais ça va être implicite, mais ça va être juste reculé de 5 minutes un appel au médecin et de laisser une situation pathologique se dégrader, ça va être ne pas adapter sa prise en charge, pas demander de second avis, se reposer sur le point de vue de sa collègue sage-femme quand on a la chance d'en avoir une parce qu'on est 2 en salle par exemple, ce qui n'est

pas le cas dans tous les types d'établissements. Et en fait en fait cet avis là il est important et on le fait, on met en jeu notre responsabilité juridique et disciplinaire, le bien-être de la patiente et de son enfant, du couple. Et en fait dégrader sa relation avec un gynéco qui va travailler à long terme avec nous, c'est... et je l'ai vu hein moi là où je bosse, c'est... bah un risque, c'est un risque et il faut être blindé et je pense qu'en début de carrière de sage-femme par exemple, moi je comprends à fond qu'on puisse pas le faire. Faut pas se culpabiliser si on n'y arrive pas parce que parce que c'est déjà assez dur notre métier, si en plus on s'en veut... bah non et peut-être que ça sera 2-3 ans après mais par contre il faut que derrière dans les directions de l'hôpital il faut que ça suive parce qu'aussi c'est pareil. Donc là, il y a le versant avec le gynéco et il y a le versant ben t'es sage-femme, tu as à faire face à une direction d'hôpital et comment faire face à ça. Et nous on a connu... bah du coup on est à la 2ème direction d'hôpital et qui nous disent qu'ils vont pas faire comme a fait le précédent, c'est-à-dire couvrir hein, parce que bah t'as besoin de gynéco, ah bah pour certains ils sont copains, ils vont pas se le dire, on a travaillé depuis longtemps avec eux, machin. Enfin, ça suffit quoi. Enterrer des courriers... J'ai une collègue qui a vu ses courriers et ses échanges avec les directions précédentes, se faire enterrer, quoi. Du coup bah voilà t'es là, bah je me bats pour un truc, je me mets en plus... parce qu'il assume hein, je me mets en position de vulnérabilité vis-à-vis de ce médecin, et en plus j'ai pas de suivi de ma hiérarchie hein, c'est pas possible. Enfin il faut que la hiérarchie, même si c'est de la hiérarchie médicale, de machin, même si c'est les meilleurs amis il faut qu'on mette des barrières de sécurité quoi. On peut pas dénoncer si quand on dénonce soient on tait le truc, soit c'est nous qu'on clou au pilori. Il y en a qui se sont fait humilier, hein. En disant qu'il y avait pas de preuves. Bah oui des fois il y a pas de preuves.

- Donc le risque il est là aussi ?

- Ah bah il est-il est multiple. Et puis après il y a aussi le lien thérapeutique, parce que si on le fait, nous on est entre guillemets, porter une unité de lieu avec le gynéco, la patiente à soi-même... Bah en fait ne rien dire pour se protéger, c'est peut-être briser le lien thérapeutique avec la patiente, dire quelque chose et mal le faire c'est aussi prendre le risque de briser le lien thérapeutique avec la patiente qui du coup sera toute seule. Et enfin la patiente, le couple. Parce que des fois c'est les pères qui vont se saisir de ça aussi. C'est là, c'est... c'est un jeu d'équilibriste qui nous incombe de manière

implicite parce que, je sais pas, parce qu'on est des bonnes femmes et qu'on sait bien médier, caresser les mentalités et tout ça, mais en fait c'est pas à nous de rattraper les conneries des autres. C'est cru mais c'est vrai.

- Est-ce que cette situation elle te fait penser à une situation que tu as vécue ?

- Ouais, après j'ai plus les mots mais je crois que c'est sur un périnée, un truc comme ça. J'ai une collègue, avec un médecin qui a suturé n'importe comment, de toute façon il a eu 4 périnées à reprendre, enfin qui ont été reprises par ses collègues, voilà dans la foulée, parce qu'il faisait des sutures un peu n'importe comment, qui a réussi à lui sortir, je sais plus « je vous ai suturé le puborectal pour que vous ayez moins de fuites urinaires. » T'as peut-être déjà entendu des collègues de... (rires) Et en fait déjà médicalement et anatomiquement parlant, c'est faux. C'est juste qu'il a suturé hyper serré et je sais pas pourquoi, il a dit qu'elle aurait moins de rééducation du périnée à faire mais c'est faux. Derrière elle a dû être prise au bloc parce que c'était fait n'importe comment et toi t'es face à une patiente qui dit « merci docteur, merci docteur » et toi t'es là, alors, comment je fais, parce qu'il a menti, enfin, il a dit n'importe quoi... Ou à l'inverse des... enfin, même des réflexions toutes bêtes mais des « bah oui mais là il faut que je coupe, évidemment c'est tout serré en bas » Enfin genre, elle y peut rien la dame... c'est... elle a pas besoin qu'on analyse sa morphologie périnéale en fait. Donc ouais, là c'est les yeux de la patiente qui s'écarquillent et toi t'es à côté, la plupart du temps elle te cherche du regard ou alors son mari. Et là c'est un jeu de... enfin moi je sais que je gère ça comme ça, de montrer avec le regard, de devoir parler, il faut prier d'avoir le temps d'en parler derrière parce que c'est pas toujours le cas. Et après c'est essayer de faire détourner la conversation pour que le médecin ne s'enfoncé pas... Et après on prend le temps de dire oui bon bah il a pas été adapté. Là je l'ai vécu aussi sur une situation, c'était quoi c'était une menace de fausse couche tardive avec une rupture prématurée des membranes à 19 semaines. Et le médecin, il a parlé en gros assez brutalement à dire « bah en fait le risque c'est que vous fassiez un sepsis et si y a un sepsis, ben vous gardez pas votre bébé parce qu'il faut qu'on vous sauve » Bon, en pratique c'est vrai. Maintenant, c'est pas à 100% qu'un sepsis, il y a quand même des 19 semaines qui arrivent à tenir. La mettre dans un état dépressif, c'est pas ça qu'il va la faire garder sa grossesse. Moi je sais comment je réagis si j'avais un bébé avec une rupture de la poche des eaux à 19 semaines hein. Je pense que je ferais pas là

forcément ce qu'a fait ma patiente. J'écouterai pas forcément les recommandations de m'aliter et de machin parce que voilà, c'est ma vision de ça, comme on peut avoir des visions différentes par rapport à des dépistages anténataux et cetera, là c'est ça. On est sur des prises en charge DAN. Mais en tout cas parler du pire c'est important, préciser qu'on va parler du pire, mais qu'il y a du mieux, c'est indispensable. Et là c'est pareil, c'est récupérer des patientes dans un état de choc, devoir passer 1 heure à parler avec elles. Et puis en fait ben lui dire qu'il y a aussi de l'espoir, la voir complètement s'attacher à l'espoir et complètement oublier ce qu'a dit le médecin. Et puis là t'es là, mince, je fais l'équilibriste mais j'espère que j'ai pas complètement effacé le message de mon collègue parce que c'est aussi une vérité et qu'il y a une part de vérité là-dedans. C'est juste la manière dont ça a été dit, c'était ni fait, ni à faire. Mais enfin il était 4 heures du matin, voilà...

- Ok. On a un fait un peu le tour... Du coup, j'ai une question plus générale, 2 dernières questions plus générales, c'est plutôt un peu sur toi, en tant que sage-femme et sur ta pratique : est-ce que tu pourrais raconter une situation que tu as vécu avec une patiente dans le soin, dans ta relation avec ta patiente que t'as vécue comme positive ?

- Ouais j'en ai une, j'étais trop fière. Enfin c'est bête, alors c'est très... en fait, quand on fait des choses bien, on peut sans être psy, soigner des gros problèmes chez les dames. Et j'avais une patiente qui était qui avait été hospitalisée pour une menace de fausse couche tardive et qui n'avait jamais été examinée par un professionnel, sauf une fois où ça l'avait traumatisé. Elle avait des grosses dyspareunies, elle laissait pas son partenaire introduire ses doigts. Elle arrivait à la pénétration, c'est pour ça qu'elle a tombé enceinte mais encore... Et cette dame là je l'avais suivi 2-3 jours en suite de couches donc on a les grossesses pathos en suite de couches. Et en fait bah il fallait que je la réexamine avant son retour à domicile pour voir s'il y avait une procdence de la poche des eaux. Et je la vois... terrorisée. Donc je lui parle de ce qu'on peut mettre en place. Alors pour moi, mon point de vue sur le protoxyde d'azote, il est un peu ambivalent parce que je trouve que déconnecter la patiente de ce qu'on est en train de lui faire ça peut être hyper traumatique aussi. J'ai une patiente chez qui ça a hyper bien marché et elle était ravie et elle avait envie de ramener la bouteille de protoxyde d'azote à la maison parce qu'elle avait trouvé ça vachement sympa. Mais à côté de ça je pense que c'est pas... enfin faut leur dire que ça va les déconnecter de la réalité, que

ça peut marcher mais que ça peut aussi être un peu perturbant de se sentir bah que là on pénètre et qu'elles sont pas responsables de leur geste à 100%. Donc cette patiente-là elle voulait rien donc je lui dis : on essaye, j'y vais tout doucement. Je vous regarde dans les yeux si je vois ne serait-ce que froncer un sourcil, vous me dites, on s'arrête, on fait une pause, est-ce que je continue, est-ce que je continue pas ? Il y a beaucoup de patientes qui vont dire non mais allez-y d'un coup franc, moi ça je leur dis, c'est hors de question. Je leur dis, vous pouvez me demander, moi je peux pas le faire, c'est pas vous, c'est très courageux de votre part si vous le sentez comme ça mais moi je peux pas faire ça. La patiente avec le protoxyde d'azote elle me dit ça, moi c'est impossible, je peux pas faire ça, c'est trop violent le côté en forçant un peu, ça passe, non, non, non. Et donc bref, je l'examine et ça se passe hyper bien. J'arrive à avoir son col, qui était rassurant. Donc en plus elle était dans un truc hyper positif de dire je vais rentrer à la maison avec un col fermé. Et en fait elle m'a dit « mais je sens que vous avez décoincé un truc, vraiment. » Et là mais en plus moi j'adore la sexo, je trouve ça hyper intéressant, je trouve que c'est une partie de la vie de femme qui est hyper intéressante donc savoir que j'avais décoincé un truc là-dessus mais franchement j'étais aux anges. Et ils ont été hyper... en plus son conjoint était là et tout, lui aussi il était content parce que forcément il se dit « Ah c'est peut-être d'autres pages qui s'ouvrent sur notre sexualité ». Il a vu comment je faisais aussi donc ça a pu aussi lui apprendre comment il pouvait faire dans l'intimité pour être bien avec sa copine. Et après ben on a pu discuter d'autres choses sur la sexualité, sur les rapports alors qu'elle a une menace de fausse couche tardive, tout ça. C'était hyper chouette et vraiment en fait quand je l'examinais, à l'inverse, j'ai vu son visage se détendre en disant mais en fait ça peut être pas si douloureux que ça quoi. Ça c'est hyper satisfaisant et c'est parce que j'ai pris le temps de lui expliquer l'intérêt de mon examen, lui expliquer comment j'allais faire parce que le geste est engagé, ça ne veut pas dire que le geste doit être terminé et ça, il faut le dire à nos patientes. Et moi je le dis toujours, quand je fais un examen, même sur une dame qui est hyper à l'aise avec ça, je trouve que c'est... et puis enfin je trouve que c'est un chemin hyper intéressant. Punaise, moi pendant mes études on m'avait jamais dit qu'on pouvait les laisser se poser leur spéculum toute seule. C'est la base. Enfin c'est, je trouve que c'est hyper chouette de voir le visage d'une patiente s'ouvrir en disant Ah ouais, il y a moyen que ça soit fait d'une manière chouette. Leur faire faire leur PV toute seule. Et en fait moi je trouve que c'est « journey » enfin tu vois

une aventure sur les grandes découvertes d'astuces qui peuvent les mettre à l'aise et les réconcilier avec le suivi gynéco. Et en fait c'est notre taf parce que le suivi gynéco c'est un examen par an normalement dans les recos et combien ne font pas parce que juste elles ont les pétoches. Et elles ont raison parce qu'il y a des professionnels affreux et tout ça...

- Il faut aller voir des sages femmes quoi. (rires)

- Bah ouais, moi tu vois ma mère avant que sois sage-femme, elle a toujours vu un gynéco, elle est revenue en pleurant en disant « elle m'a servi de psy, je lui ai parlé pendant 1h, c'était génial, elle a pris le temps » Je suis là en mode ah bah oui ouais c'est bien. C'est une profession que les gens découvrent encore et c'est hyper gratifiant, donc ça c'est vraiment le côté, le côté positif. On sent que... ou alors même dans le négatif

- Ah bah c'était ma prochaine question, du coup dans le négatif, enfin qu'est-ce que...

- Moi j'allais faire un truc intermédiaire c'est dans le négatif et du positif, c'est à dire que sur des situations où en fait on va les rassurer même si ça a pas marché même si ça a pas... je trouve qu'on a un rôle hyper important de leur dire, c'est là aujourd'hui, les adresser, de leur dire que c'est pas en définitif. Et voilà quoi et que c'est OK aussi, leur présenter d'autres types de sexualité aussi parce qu'il y en qui ne le conçoivent pas. Enfin voilà. Et dans le négatif...

- Ouais, enfin du coup, est-ce que tu as une situation qui te vient en tête avec une patiente ?

- Bah en fait moi ce que je vis mal, alors il y a évidemment la projection d'une patiente qui vit un truc traumatique, là les situations que je te décris de voir une césarienne à vif et tout ça, c'est des meurtrissures qui s'en vont jamais hein. C'est pour ça que moi j'estime que je donne à mon métier et je pense que je suis comme beaucoup de collègues et beaucoup des jeunes collègues avec qui on est là où je bosse à se dire qu'on donne plus que ce qu'on reçoit et que notre jauge elle va se vider jusqu'à jour où on fera autre chose quoi. On le sait. C'est terrible de se dire ça, parce qu'on est usés par la charge de travail, par bah nos relations avec les administratifs des hôpitaux dans lesquels on bosse, et cetera, de notre cadre de travail, et cetera. Mais aussi par ces situations qui nous créent des meurtrissures et qui cicatrisent pas toujours. Il y a aussi

des situations où les patientes, elles vont tellement avoir besoin d'être secourues qu'elles vont créer avec moi un lien qui est pas forcément adapté. Donc j'ai une patiente qui m'a envoyé des messages sur Facebook. 2 ans après son accouchement en me disant que j'étais son ange et tout ça. Alors c'était hyper touchant et je sais que c'était une césarienne code rouge qui est partie en cacahuète et ouais tant mieux, je lui avais donné un point d'ancrage mais que c'était pathologique, son lien avec moi était devenu pathologique et je me dis, mince, dans notre humanité, on peut aussi créer de la pathologie parce qu'y a plus de liens thérapeutiques, là c'est devient autre chose, ça devient presque religieux quoi. Mais par contre, il y a aussi ce côté ben dans les réseaux sociaux et dans toute l'appropriation du parcours médical qu'on a donné aux femmes. On a aussi mis en valeur une espèce de complotisme médical et en fait moi je donne tout pour mes patientes. Et justement je suis ce genre de sage-femme et je pense que la plupart sont ce genre de sage-femme qui faisons hyper gaffe à ça, et cetera. Donc quand ma patiente doute de moi et doute de mes intentions, je le prends hyper à cœur et c'est hyper difficile. Mais là on a eu un couple qui a enfin une patiente les 24 heures à cinq centimètres. Un projet physio à domicile, tout ça qui avait fini à l'hôpital et en fait, ils voulaient rien faire, ils nous insultaient parce qu'on leur proposait des choses médicalisées, parce que voilà... Il se trouve que l'avenir leur a donné raison, que ça s'est très bien passé, que le bébé allait super bien. Mais en fait qu'on présuppose que j'ai pas cette bienveillance là, ça fait hyper mal parce que justement c'est là où je bouffe toute mon énergie, c'est de faire tampon quand il y a des situations de pas bienveillance, de si... de faire tampon aussi entre bah mes impératifs temporels et de contraintes et de charge de travail qui pourrait évidemment être facilitées par des violences obstétricales donc ça c'est sûr qu'être violent, c'est beaucoup plus simple. Tu viens t'arrives, tu dis pas bonjour, tu as des droits, tu sais son col et t'as gagné 20 minutes. Mais sauf qu'en fait ça c'est... du coup quand on doute de moi par rapport à ça je trouve ça hyper dur parce que je me dis bah en fait non, j'ai fait ce métier justement pour pouvoir apporter ça aux dames. Le fait qu'on doute de moi, je me dis mince... Et sur les réseaux sociaux, il y a des trucs qu'ils font hurler quoi dans les 2 sens en fait, c'est dans les 2 sens.

- Dans les 2 sens, dans le sens où c'est pas normal que cette patiente vive ça et que c'est pas normal que cette patiente...

- ...Pré suppose que c'est ce qui va lui arriver.

- Ok.

- Mais après c'est pas normal, c'est sociétal hein ? C'est parce que c'est tellement arrivé qu'elle présuppose que ça va lui arriver hein. Je mets pas du tout en doute que ça puisse être un truc concret. Enfin franchement même n'importe quelle même sage-femme qui accouche il peut se passer ça et se dire bon je suis sage-femme, théoriquement y a moins de risques que ça m'arrive hein. Sauf que ça suffit pas de faire sagefemme pour être sûr de pas se faire violenter au niveau au niveau obstétrical.

- OK. Est-ce que tu as quelque chose à ajouter sur le sujet en général sur tout ce qu'on a discuté ? Un petit point conclusion ?

- Non, je sais pas, je pense que tu vois les témoignages que tu as c'est bien de les partager. C'est bien aussi de partager des trucs positifs. C'est comme sur l'accouchement à domicile, tu vois selon couples et selon ce que tu recherches quand t'as un projet, tu vas t'intéresser à un type de message, tu veux ton « adom », tu vas regarder des trucs « pro adom », tu vas voir que des accouchements hyper positifs « adom ». Tu vas pas voir de témoignages de celles qui ont fini à l'hôpital ou alors ça va être pour dire à l'hôpital c'était affreux de machin et tout ça. Je pense qu'il faut... C'est bien de faire des recherches sur un projet de naissance ou c'est bien de balayer un peu tout ce qui peut être possible. C'est bien de pas chercher que du négatif aussi parce que sinon enfin franchement tu vois arriver et penser qu'il va y avoir de la maltraitance obstétricale, que c'est quasiment un truc obligatoire. C'est horrible aussi en fait. Et en fait, c'est aussi violent quand tu es soignant quand on dit que voilà quoi qu'on présuppose que tu vas être violent. Mais après en fait quand on est sage-femme, on est vraiment entre le marteau et l'enclume. C'est assez fou, parce que c'est notre chemin de croix quoi de faire en sorte qu'elle ait aucune violence, qu'elle vive ça le mieux possible. À côté de ça, on a des gens qui mettent une pression parce que « ah non mais c'est pas si important que ça. Ce qui est important que ça, c'est le médical entre guillemets » et des patientes qui veulent, elles, que rien ne soit médical et qui on oublie que derrière il y a un apport scientifique qui fait que le médical, il peut vraiment être intéressant. Faut pas être feignant quoi, faut pas être feignant de d'expliquer, faut pas être feignant. Et puis faut pas être feignant de se dire que même dans des situations d'urgence, on peut lui trouver des piliers pour lui faire comprendre ce qu'on est en train

de faire. On peut trouver des piliers de... Bah tu vois, genre typiquement la césarienne « poussez Madame, on sort votre enfant » c'est 2 phrases, même si on est dans l'urgence ça peut être prononcé en fait. Sauf si elle a une anesthésie générale mais globalement ça peut être prononcé en fait. On peut grave adapter plein de choses pour que ce soit physiologique. Il faut pas être feignant le faire et ça... et pour pas être feignant, faut pas être en burn-out et pour pas être en burn-out faut des conditions de travail qui soient adaptées.

- C'est une bonne conclusion, je trouve.

- Non mais c'est vrai hein, mais moi j'en veux pas... en fait genre j'en veux plus aux gens qui vont créer des situations de travail pas adaptées qu'aux gens qui, dans une situation de travail pas adaptée, vont déraiser en fait. Parce qu'on est humains et tu vois que ce soit l'obstétricien, l'anesthésiste, la sage-femme, on a les mains dans le cambouis et celui qui a pas les mains dans le cambouis, qui a le temps de réfléchir à ça et qui prend la mauvaise décision. Non, c'est pas possible. Enfin, c'est eux qui créent ça. D'abord, c'est les premières responsables.

- Ok, très bien. Autre chose à ajouter ?

- Non mais je pense que t'en as assez ?

- Oui, c'est top ! Merci beaucoup.

8. Riad

Le 11 décembre, entretien avec Riad, sage-femme exerçant depuis quelques années dans un niveau III et également sage-femme enseignant à l'école de sage-femme de Lyon.

- Du coup, premier témoignage, qu'est-ce que ça vous évoque ?

- Donc c'est juste ça ?

- Voilà, c'est ça.

- D'accord ben ça m'évoque Ben du coup l'adhérence de la patiente à l'examen, donc le consentement déjà premier élément. La formulation... euh... qu'est-ce que je peux dire d'autre ? Ouais, c'est surtout pour moi... c'est surtout le consentement de la patiente, si elle se sent prête... Après la façon dont c'est formulé, ça sous-entend qu'on a déjà dit un peu avant, enfin qu'on a déjà dit en amont qu'on allait faire un examen. Parce que voilà juste « je peux vous examiner », parfois ça peut être un peu choquant, mais voilà. Ouais pour moi ça évoque un déjà le consentement si la patiente est prête et du coup formulé comme ça sous-entend du coup qu'elle s'attend à être examinée, donc on en a déjà parlé un petit peu avant quoi.

- Qu'il y a une information donnée...

- Qu'il y ait une information donnée avec ben les classiques, hein, l'information donnée avec du coup, comment dire... L'information que si elle se sent mal à l'aise, tout ça, on peut arrêter l'examen à tout moment, et cetera quoi. Voilà.

- D'accord, et est-ce que vous diriez que dans la pratique c'est une question que vous avez un petit peu fait évoluer au fil du temps ?

- Dans la pratique ? Alors, personnellement, c'est une question que j'ai pas trop fait évoluer au fil du temps, dans le sens où depuis étudiant, j'étais quand même sensibilisé à ça. Dans la pratique, je pense que c'est la formulation qui a changé, donc je disais plus forcément « Est ce que je peux vous examiner » mais je demandais du coup « est ce que vous êtes prête ? Est ce qu'on peut regarder si le col est ouvert ou pas » je le formulais différemment, mais bah je disais pas le « est-ce que je peux vous examiner ? ». Je formulais différemment effectivement,

- OK ça marche. Est-ce qu'il y a quelque chose à ajouter ?

- Voilà non. Après... comment dire. C'est vrai que dans les métiers qu'on fait, l'examen comme ça, il a l'air d'être quand même assez systématique et des fois la façon de formuler, enfin, on s'attend, on se dit bah la patiente s'attend à être examinée donc on s'attend pas forcément à un refus et cetera. C'est vrai que la formulation de « est-ce que je peux vous examiner » du coup la façon de dire comme ça, c'est vrai que j'ai vu des étudiants redemander de cette façon-là et du coup ça m'a interpellé en me disant tiens du coup est ce que je demande vraiment comme ça ou pas ? Donc il y a quelques années, ça a remis ma pratique en question mais voilà, je posais toujours la question mais peut être différemment mais voilà.

- Ok. Allez, prochain témoignage... Qu'est-ce que ça vous évoque ?

- Alors ça déjà dans le témoignage, ça a l'air d'être le témoignage d'une césarienne qui se fait pendant le travail, ou pas forcément, avec la patiente qui sent tout et qui « hurle de douleur » donc qui a mal, donc qui est pas soulagée, enfin anesthésiée. Là lire comme ça, qu'est-ce que ça m'évoque du coup qu'on entend pas son ressenti et qu'on entend pas sa douleur quoi. Après, il y a pas forcément de notion de contexte, donc est ce que c'est une césarienne en urgence qui pourrait... enfin du coup les urgences qui pourraient faire en sorte qu'ils commencent alors qu'elle est pas vraiment encore soulagée par la péridurale, par l'anesthésie ou alors juste qu'au niveau de l'anesthésie, tout le monde s'est raté et du coup elle a mal, quoi. Mais ouais ce que ça m'évoque principalement c'est qu'on n'entend pas forcément sa douleur quoi. On est concentré sur le soin, le geste et « il tire sur le bébé pour le sortir » donc faut que ce bébé naisse quoi. Mais voilà.

- Est ce que c'est quelque chose que vous avez déjà vu dans la pratique ?

- Moi c'est quelque chose que j'ai déjà vu déjà étudiant. Ouais, ça m'avait un peu marqué. Premier stage en salle d'accouchement étudiant sage-femme. Alors c'était dans une clinique et effectivement c'était un cas un peu particulier ou même du coup la patiente débattait un peu et on m'avait demandé de lui tenir les jambes. Donc ça m'avait un peu marqué. Après l'anesth m'a expliqué que du coup il pouvait pas faire d'anesthésie générale ou mettre plus de produits parce que c'est une dame qui avait un contexte médical particulier et que du coup, elle risquait de passer 3 jours endormie quoi. Donc il m'avait expliqué ça comme ça. Mais bon je sais pas ce que c'est derrière... Mais c'est vrai que ça m'avait un peu marqué de passer sous les champs et

de tenir les champs tout ça étudiant. Donc ouais, c'est une situation que j'ai déjà rencontrée. Ouais.

- D'accord, donc même aujourd'hui dans la pratique, vous diriez que c'est pas quelque chose de rare ?

- Alors dans la pratique c'est quelque chose quand même de très rare. Parce que quand même là de ce que je vois actuellement, quand la patiente a... soit les gynécologues prennent l'habitude de tester avant pour savoir si la patiente a mal ou pas et les anesthésistes ont quand même l'anesthésie générale un peu facile quand même donc non, maintenant c'est quand même assez rare d'avoir mal comme ça. Donc après souvent y a des patientes qui disent qu'elles sentent mais elles ont pas vraiment mal mais c'est la sensation, enfin le ressenti du coup qui est très désagréable. Mais après avec l'anesthésiste ou l'IADE qui fait un peu d'hypnose à côté, elles arrivent à outrepasser cette sensation, mais celles qui ont vraiment mal maintenant franchement ça fait des années que j'en ai pas vu.

- Ok.

- Donc voir que ça date de 2020 ça me choque un peu.

- Vous diriez que vous êtes plutôt surpris du coup ?

- Ouais, c'est ça. Enfin choqué, non. Surpris, oui.

- Ok. Comment est-ce que vous pourriez expliquer justement qu'y a une situation comme ça qui peut se passer encore ?

- Ben moi, la seule situation que je vois, ça serait une extrême urgence parce que l'enfant va très mal et du coup faut aller assez vite et on fait naître l'enfant assez rapidement. Puis ensuite on gère la douleur, après quoi. C'est la seule situation que je vois qui pourrait expliquer ça sinon y en a pas. Non, j'en vois pas

- Ok, ok. Allez, prochain témoignage. Pareil, qu'est-ce que ça vous évoque ?

- Alors là, il y a 2 choses. Donc la première chose c'est Ben... alors je sais pas qui a dit ça. Cette phrase-là de « baleine échouée vous vous êtes vue » c'est alors, c'est pas professionnel du tout. Pas du tout. Là on rentre quand même dans le cas du non-respect de la patiente euh... « Avec le bon courage, Monsieur » en plus. Donc on est un peu

dans la misogynie donc... Voilà donc franchement bon, ça date de 2013 mais j'ai jamais entendu cette phrase-là. Après 2ème cas, le souci médical de l'utérus qui était recousu avec la vessie. Voilà ça, malheureusement ça arrive pas normalement, mais ça peut arriver. Et, à voir exactement ce que ça veut dire quoi. Et là ça m'évoque, en fait c'est pas tant la 2ème partie qui me... enfin la 2ème partie, ça sous-entend quand même qu'elle a eu mal pendant des mois et que du coup elle a une explication à sa douleur et que c'était ça. Donc après est ce que c'est une dame qui a été écoutée, gérée pour sa douleur, est ce qu'il y a eu des recherches et tout ça ben du coup on le sait pas dans le témoignage qui est là. Mais surtout la première phrase qui me choque, effectivement. Alors des phrases comme ça, on en entend quand même. On entend souvent, mais quand on discute entre équipes, entre nous, voilà pour parler quand on parle d'une patiente particulière, effectivement, parfois y a Ben je sais pas si on peut dire de la grossophobie ou autre chose, mais de la grossophobie un peu ordinaire. Mais le dire à la patiente et dire bon courage Monsieur aussi, ça me paraît... Mais si, c'est une phrase quand même qu'on entend quand même assez... alors pas « baleine échouée », mais qu'on entend assez souvent. Alors là c'est dans le cas, du coup j'imagine que c'est une patiente qui est obèse mais on l'entend pas forcément dans le cadre d'une patiente obèse hein. Parfois ça peut être une patiente qui par exemple qui a sa péridurale pendant le travail, qui est fatiguée et qui du coup qu'on essaye de positionner sur un côté ou à 4 pattes pour faire avancer peut-être un peu le travail et qui veut pas forcément et qui est au fond de son lit à ce moment-là effectivement. Voilà quand on en parle avec les collègues, on dit bon, on a fait un peu ça, baleine échouée pas forcément parce qu'elle est obèse ou autre chose mais moi je pense plutôt effectivement ce que ça fait penser quand même à de la grossophobie. Ouais, c'est plutôt la première partie qui me choque. La 2ème partie, le souci médical, Ben. Il y a eu un souci médical, comment dire, enfin, t'as pas de chance après voir qu'on n'a pas plus d'éléments pour voir si elle a été... comment elle a été prise en charge, est ce qu'il y a eu des examens complémentaires faits, est ce qu'on a vraiment recherché ou est ce qu'on s'est juste dit bon vous avez mal, c'est normal, et basta quoi. Donc ça derrière faudrait voir comment elle a vécu ce qu'on cet épisode-là. Mais ouais la première partie ouais effectivement elle est étonnante.

- C'est pas une situation que vous avez vu ou entendu ? À part le côté du coup en salle de soins, on peut parler facilement des personnes obèses.

- Non mais voilà, parler comme ça avec une patiente, et cetera. Alors j'ai déjà eu des patientes qui m'ont parlé de ça, mais ça, souvent, c'était malheureusement je travaille dans un établissement où comment dire... Où on a pas mal de patientes qui sont suivies toute leur grossesse dans des maternités plus petites, puis lors de la consultation d'anesthésie, l'anesthésiste dit mais en fait vous dépassez l'IMC donc vous pouvez pas être pris en charge donc, enfin qui lui présente plus ou moins comme ça ou plus ou moins « Madame, vous êtes obèse, allez accoucher ailleurs » quoi mais elles le ressentent comme ça. Mais du coup effectivement c'est plutôt ce type-là avec ces patientes qui arrivent et qui du coup ont ce ressenti de « mais je peux pas accoucher à Givors parce que l'anesthésiste me dit que j'étais trop grosse » quoi, elles, elles le ressentent comme ça. Après je sais pas comment l'anesthésiste leur a présenté la chose mais effectivement s'il leur a dit ça. Mais oui c'est une situation, enfin ce ressenti-là est pas mal de patientes qui l'ont ; après cette phrase là je l'ai pas forcément vécu ou entendu.

- Et comment est-ce qu'on pourrait expliquer ce côté, enfin un peu grossophobe de l'hôpital ?

- ça après c'est pas forcément qu'à l'hôpital donc je pense que c'est un peu la société qui est comme ça, c'est un peu de la... comment dire. C'est un peu rentré dans les mœurs, le fait d'être avec la silhouette idéale tout ça, et d'avoir un peu de la grossophobie... on parle de racisme ordinaire, donc grossophobie ordinaire aussi. Donc je dirais que c'est voilà. Donc c'est... à part dire qu'effectivement c'est la société, magazines, réseaux sociaux, et cetera, on peut en parler beaucoup, mais ouais, on va dire ça, y a pas vraiment de choses qui pourraient expliquer ce genre de situation.

- OK. Alors... Pareil, qu'est-ce que ça vous évoque ?

- ça m'évoque qu'il y a une patiente qui a mal et qu'on lui dit de se taire, concrètement. Et ça, effectivement, c'est des situations qu'on a déjà entendues. Alors pas alors pas le « vous la fermez pas » mais souvent quand les patientes ont mal, c'est les patientes qui du coup pour gérer leur douleur bougent et cetera et quand l'anesthésiste essaye de poser la péri, c'est un peu compliqué donc il lui dit un peu de pas bouger de manière plus ou moins directive, mais « si vous la fermez pas », je l'ai pas spécialement entendu. Après on a quand même entendu des remarques sur les patientes qui accouchent sans péri et qui, du coup, expriment leur douleur avec voilà une manière

de s'exprimer qui est très animale, et cetera donc, avec des remarques qui sont pas trop adaptées. Mais pareil, c'est pas des choses dont j'ai été témoin, c'est pas des choses qui ont été forcément dites aux patientes, mais voilà, c'est des remarques, du style « on se croirait au zoo de la Tête d'Or » des trucs comme ça. Et j'ai déjà entendu ce type de phrase. Voilà mais du coup c'est entre équipe donc c'est ouais... Entre équipe on se dit beaucoup de trucs qui sont pas très comment dire ? Professionnel après je sais pas, est ce que c'est une manière de détendre l'atmosphère, de casser un peu le rythme, enfin la difficulté d'un rythme en garde, et cetera. Je sais pas, mais de dire à une patiente, « fermez là, sinon pas de péri ». Après pour un accouchement, étudiant, j'ai déjà vu une sage-femme dire à une patiente de ces taire et de la fermer mais c'était en gros la patiente l'a pas mal pris du tout après, mais c'était en gros : la tête était sortie et il y avait une difficulté aux épaules et donc elle demandait à la patiente de faire quelque chose. Et du coup, comme elle hurlait, elle entendait pas donc à ce moment-là elle lui dit de se taire et de l'écouter. Voilà, mais c'est plutôt dans un contexte particulier, mais... de recentrer la patiente dans l'accouchement et de permettre de la recapter entre guillemets. Mais dans ce contexte-là, c'est surtout le fait de se mouvoir que les anesth... pas trop de crier. Donc là « vous la fermez pas » effectivement c'est pas un truc que j'ai spécialement entendu, mais c'est plutôt le fait de bouger parce que forcément quand elle bouge c'est pas possible de poser la péridurale. Donc voilà.

- Ok allez. Donc ça c'est... Pareil. Qu'est-ce que ça vous évoque ?

- ça, ça m'évoque... Qu'est-ce que ça m'évoque ? Ça m'évoque... Ce témoignage-là du coup « il m'a tapé sur les fesses pendant que je me rhabillais » pour moi, c'est pas un geste de sage-femme, c'est pas un geste de gynéco de moins de 40 ans, on va dire. Enfin c'est de la vieille gynécologie qui se fait plus trop, voilà. Donc effectivement, ça m'évoque tout ce dont on a parlé avant, hein ? Pour moi, là on est dans : où est l'acte médical ? Il y en a pas. Où est le consentement ? Il y en a pas. C'est l'attouchement pur et simple. Voilà

- C'est quelque chose, ouais, enfin que vous avez déjà entendu ?...

- Alors j'ai déjà entendu parce que dans mes études il y a une maternité où je passais en stage où y avait un des gynécos qui était en cours de procès ou dépôt de plainte, mais il était dans une polémique qui voilà donc qui a eu des plaintes, et cetera. Donc effectivement, il était plus ou moins réputé pour faire ce genre de choses. Voilà, mais

certaines patientes et certains couples prenaient ça pour genre un truc bienveillant et d'autres ont porté plainte tout de suite. Donc voilà, je sais pas trop comment prendre cette phrase mais... enfin si moi je sais comment prendre cette phrase mais du coup je sais pas trop comment les patientes le prennent à ce que dans certains contextes, il y a un je sais pas, une connexion particulière qui fait que ça passe avec certaines patientes et pas d'autres, mais quoi qu'il arrive c'est pas quelque chose qu'il faut faire, ça c'est sûr.

- Et justement, enfin, pour revenir un peu sur le dépôt de plainte, là ça s'est passé il y a quelques temps... ?

- C'était pendant mes études. Tac, c'était vers ouais, début 2010-2011-2012 et au Sud de la France. Et voilà.

- Il y avait eu des suites ou... ?

- Les suites que j'ai, je crois, c'est qu'il exerce encore là actuellement et j'ai pas trop... après je suis un peu de loin mais je sais qu'il exerce encore.

- Ouais, et c'est quelque chose que vous avez déjà entendu sur d'autres parties de la France. D'autres hôpitaux ?...

- Oui, oui, parce qu'après bah les témoignages que tu m'as montrés avant et cetera, c'est des choses que j'avais déjà lu sur les réseaux aussi, mais donc j'en ai déjà entendu parler hein. Donc certaines maternités, certains praticiens en région parisienne, notamment spécialistes de l'endométriome, voilà donc ouais, c'est des quand même des affaires qui reviennent quand même assez particulièrement. Ouais donc ça arrive quand même assez souvent. J'espère que c'est quand même un genre de pratique qui se fait plus maintenant. Mais bon je pense que ça se fait quand même encore.

- Il y a peut-être le facteur comme vous avez dit tout à l'heure de l'âge ?...

- C'est ça, où ça fait un peu paternisant, je sais pas, mais ouais mais c'est des vieilles pratiques qui j'espère ne se feront plus parce que maintenant tout le monde est sensibilisé. Enfin j'espère, tout le monde est sensibilisé, que ce soit étudiant en médecine, interne, jeune gynéco à ce genre de choses donc.

- Ouais... Et, bon, pour rentrer juste un peu plus dans le sujet : est-ce que vous pourriez expliquer le fait qu'il y ait pas de suites et que ce soit des praticiens qui pratiquent encore aujourd'hui ?...

- ...et qu'il y ait pas de suite ? Il y a 2 choses qui font qu'y a pas de suite donc y a le Conseil de l'ordre et y a aussi le pénal. Le souci de ce genre de pratique c'est que si le pénal malheureusement si y a pas de preuve ou ce genre de choses et que ça reste juste du témoignage, une parole contre une parole, même si y a 15 personnes qui disent la même chose, ouais si y a pas une preuve ou un truc comme ça, c'est compliqué pour un juge, je pense de pénaliser et derrière le Conseil de l'Ordre... déjà si le pénal ne pénalise pas, le Conseil de l'Ordre pénalisera pas non plus ; et quand le pénal pénalise parfois le Conseil de l'Ordre, il pénalise pas non plus. Donc voilà.

- Il y a une sorte de protection quand même ?

- Ouais, une sorte de... je sais pas, une sorte de protection, une sorte de je sais pas comment appeler ça mais de protection, je sais pas, c'est vraiment de la protection, c'est... Je sais pas, c'est vrai qu'au niveau Conseil de l'Ordre, ils peuvent se dire qu'on est entre médecins, c'est des pratiques qui se font que peut-être d'autres ne comprennent pas et du coup bon ça se fait donc c'est pas pénalisant, je sais pas. Franchement, je sais pas, je veux pas trop m'avancer dessus, je sais.

- Pas de souci. Ok.

- Juste, ouais, je pense juste que tant que ça reste parole contre parole, effectivement il y aura un doute sur ce praticien mais que du coup pénalement on peut pas le pénaliser quoi. Enfin plus juridiquement on peut pas le pénaliser.

- Hum hum. Ouais, ok. Allez, le dernier.

- « Le terrain est pourri, pourri » ? Alors là, concrètement, sur cette.... Alors je vois pas quel est... je pense que le contexte s'il y a le gynéco qui est là, c'est que la patiente est en train d'accoucher et que la tête n'avance pas et que du coup elle a appelé le gynéco pour faire une extraction, mais « le terrain est pourri, pourri » ...

- qu'est-ce que ça vous évoque ?

- Autant tout à l'heure ça m'étonnait, là je suis plutôt choquée. « Le terrain est pourri ». Ça m'évoque pour la personne qui dit ça, on n'a pas une personne en face de soi, on

a un « terrain ». Non, c'est complètement un manque de savoir être, hein. Ça m'évoque un manque de savoir, mais là que ce soit gynéco, pas gynéco, même n'importe quel être humain, personne dit ça quoi enfin. Je... non, je comprends pas cette phrase.

- Et sur la 2ème partie de la phrase à la fin du témoignage ?...

- Ah oui, « mais la sage-femme ne dit rien... », du coup sur la 2ème partie de la phrase plusieurs choses : soit la sage-femme ne dit rien parce qu'elle est choquée effectivement pareil et du coup elle est un peu abasourdie en se disant « est ce que j'ai bien entendu ça ». Soit c'est un gynéco qui a l'habitude de dire ça et que les sage-femmes me disent plus rien maintenant parce que... Parce qu'il change pas etc. Voilà donc je sais pas... Non mais en vrai, je sais pas quoi penser de cette phrase parce que ça me choque que cette phrase puisse être dite comme ça, quoi. Donc ouais, je pense que soit la sage-femme était abasourdie et n'a rien dit, soit... après y a plusieurs choses hein, soit elle a peur du gynéco, elle a peur de perdre sa place parce que le gynéco... ça a l'air d'être un hôpital privé en plus, donc c'est parce que le gynéco doit faire accoucher beaucoup de dames et du coup l'hôpital veut pas le perdre. Donc voilà. Donc je sais pas.

- Sur la question privé et public, il y a quand même une différence de pratique sur... ?

- Ben en vrai, la différence de pratique ?... Je pense en termes de recommandations d'accouchement, et cetera au niveau médical, y a une différence de pratique dans le sens où dans le privé, les patientes sont suivies par un gynéco qu'elles payent, qui prend un dépassement d'honoraires pour les accoucher ou pour être présent au moins à l'accouchement et dans le public, pas forcément. Dans le privé du coup, pour que les gynécos puissent être présents à l'accouchement, si c'est en pleine journée de consultation, il faut qu'ils puissent quitter la consultation, être en salle d'accouchement, mais derrière, il doit retourner à sa consultation, donc il va pas forcément attendre la demi-heure qu'on se laisse pour faire pousser, et cetera. Donc souvent 5 minutes, ça descend pas, on fait une extraction par ventouse et cetera, puis on fait la délivrance, les sutures derrière quoi. Mais donc la différence de pratique médicale en tout cas elle existe. Et la différence de pratique, comment dire... de pratique de savoir être, ben je pensais que du coup, au contraire, comme ils accouchaient leurs patientes, ils allaient plus les chouchouter quoi. Mais ouais, effectivement avec tous les témoignes qu'on a

vu, bon, après dans certaines cliniques, il y a des histoires de gardes et de roulement aussi, donc les gynécos, ils reviennent pas forcément les samedis ou dimanches pour faire l'accouchement d'heures patientes. Il y a la gynéco qui reste là un peu comme en milieu hospitalier qui reste là la nuit. Donc je pense que c'était pas du tout une patiente du gynéco en question, sinon il se serait pas permis de dire ça ou alors il se serait permis de le dire, mais il s'attendait pas à ce que la patiente l'entende, ça c'est une autre histoire. Oui, mais oui, il y a clairement, il y a une différence quand même entre les 2 en termes de pratique déjà.

- Est-ce que la situation de la sage-femme qui elle aussi est choquée et ne dit rien, est-ce que c'est quelque chose que vous avez déjà vécu aussi sur une situation où c'était compliqué de parler sur le moment ?

- Pas spécialement, j'en ai pas spécialement entendu parler non plus. Je réfléchis parce que... Non, même étudiant, j'ai pas trop assisté à des... quand il y avait des situations particulières, les sages femmes, elles avaient du répondant quand même donc elles répondaient et voilà. Donc après bon, j'ai déjà assisté à la sage-femme et le gynéco qui se crêpent le chignon devant la patiente donc je sais pas si c'est mieux aussi mais pas pour ce genre de phrase, pour d'autres trucs, pour d'autres situations. Mais non, j'ai pas trop assisté à ce genre d'événement.

- Donc vous pensez pouvoir parler si jamais il y a une situation compliquée ?

- Ça dépend de ma réaction, si vraiment je suis surpris comme ça et que je suis abasourdi, je pense que je sais pas si je dirais quelque chose. Ou alors si la patiente m'en parle, on peut en parler tous les 2 puis en parler en gynéco, en privé derrière. Mais je sais pas. Sur le moment je pourrai pas connaître ma réaction si je suis surpris, peut-être que je dis rien non plus.

- Potentiellement plus après ?

- Ouais plus après soit avec le gynéco, soit en reparler avec la patiente après l'accouchement. Mais ouais je sais pas. Donc honnêtement je pourrais pas dire quelle serait ma réaction sur le moment.

- Ok. Alors j'ai 2 dernières questions, un peu pour clôturer tout ça et des questions un peu plus générales sur votre expérience personnelle avec les patientes. Donc est-ce que

vous pouvez raconter une situation positive que vous avez vécu, du coup, dans ce contexte-là autour de ces questions avec une patiente dans la relation de soin. Une anecdote, situation...

- J'essaie de réfléchir, de trouver une situation comme ça. Donc ça serait quel type de situation exactement ? Une patiente qui a vécu ce type de situation ou qui aurait vécu ce type de situation ?

- Une expérience positive où du coup justement vous avez été un peu le côté positif dans une situation compliquée par exemple.

- Après, si c'est clairement obstétrical, ça pourrait être une patiente... Ouais bah c'était il y a quelques années, au début de mon expérience professionnelle, je devais avoir un an de diplôme. Une patiente, ouais, qui avait des antécédents un peu particuliers mais donc c'était une grossesse très précieuse, et cetera, que j'avais vu déjà en consultation d'urgence, et cetera, avec qui on avait fait. Qui avait... ouais, je sais plus ce que c'était, mais du coup c'était très compliqué pour elle d'avoir un... De faire confiance au milieu médical. Donc le gynéco qui la suivait du coup, c'était un gynéco qu'elle avait rencontré sur une précédente grossesse et du coup elle voulait que lui et cetera. Et pareil, je l'avais vu en consultation d'urgence, je sais plus pour x raison et du coup elle s'était un peu attachée à moi aussi. Donc du coup quand je l'ai revu pour son accouchement, et cetera donc c'était un travail super long, ça avait duré toute la nuit et je suis restée même après ma garde pour l'accouchement. Et non, du coup, c'était une expérience plutôt... Ouais, c'est un bon souvenir parce que derrière, j'avais revu la patiente en maternité, elle m'avait envoyé une carte avec un petit mot tout ça donc. Mais c'était pas trop un contexte de violence qu'elle avait vécu mais c'était vraiment plutôt des soucis médicaux qui l'ont amené à être un petit peu méfiante du corps médical.

- Du coup, vous lui avez amené ce côté...

- Bah il y avait pas que moi mais du coup je pense que du coup elle s'était un peu attachée aussi à moi, et j'avais d'autres dames aussi qui m'avaient demandé si je pouvais les accoucher genre oui sinon non, que j'avais une consultation, mais voilà.

- OK super.

- Mais sinon c'était pas ce genre de situation qu'elles avaient vécu, mais c'était du positif aussi.

- Et question inverse plutôt, est ce que vous pourriez raconter une situation négative, enfin, qui a été compliquée dans la relation de soin avec une patiente en tant que sage-femme ?

- Bon, mis à part les refus de soins parce que je suis un soignant garçon, ça, voilà, ça arrive, c'est comme ça. Après compliqué... Ben la situation dont j'ai parlé au début de mes études de la césarienne en urgence avec la patiente qui ressentait, qui était pas bien soulagée tout ça. Ah si, il y en a une, j'y pense. Il y a une situation un peu particulière, j'étais du coup en garde aux urgences obstétricales et du coup c'était une patiente qui était à 36 semaines d'aménorrhée mais qui était hospitalisée au Vinatier en secteur fermé. Et du coup, ils m'appellent en disant que du coup elle avait fait une crise et je sais plus quel anxiolytique ils avaient mis du coup et en fait ils sont en pantalon derrière était mouillé donc ils savaient pas trop si c'était du liquide amniotique ou des urines, et cetera, donc ils voulaient l'amener pour tester. Elle arrive déjà elle était en contention donc elle était attachée au brancard, tout ça avec 2 infirmières du coup de psychiatrie. Et du coup je sais pas ce qu'ils lui ont injecté mais elle était complètement euh... c'était compliqué de... la communication était très compliquée, elle dormait quoi quasiment, elle était complètement shootée. Et donc derrière pour le consentement pour faire du coup, bon pour poser le monitoring du coup mmh OK mais du coup pour faire avoir un consentement pour vérifier si c'est du liquide amniotique, faire le TV derrière c'était un peu compliqué parce qu'en gros, il y a les infirmières qui étaient là « Oui, oui, on fait pas de souci. » Puis la patiente, on lui demande du coup on sait pas trop si elle a compris ce que je lui demande et « oui, oui » donc les yeux toujours fermés donc c'est un peu compliqué. Donc ça c'est une situation, ouais où j'étais très mal à l'aise. Je sais pas trop comment faire, ce que je faisais, ce que je faisais pas. Elle me disait « oui, oui » mais je sais pas trop si elle avait compris ce qu'on allait faire. Donc ouais je sais pas trop. Ouais j'étais pas très à l'aise dans ce cas-là.

- Ok, ok, intéressant.

- Est-ce que vous avez autre chose à ajouter sur la question générale des violences obstétricales ?

- Si on peut rajouter quelque chose, je pense que c'est une question c'est très bien que les langues se délient hein, que la parole se libère. Y a eu beaucoup d'autres patientes qui je pense, qui étaient quand même un peu traumatisées de leur suivi médical que ce soit gynécologique ou obstétrical, et le fait d'entendre d'autres témoignages et cetera, ça les aide aussi à en parler. Donc ouais c'est très bien et la preuve, ça a fait remettre les pratiques en question : derrière le Collège du coup des gynéco-obstétriciens qui a sorti la charte de l'examen en gynécologie, et cetera. Donc après, derrière il y a quand même eu du « gynéco bashing » donc après bon, on peut se poser des bonnes questions aussi hein, mais voilà. Donc il y a plein de jeunes gynécos qui trouvaient que c'était nécessaire cette prise de parole mais que du coup ont dit comme on dirait « pas tous les mêmes quoi ». Non, mais fallait que ça sorte quoi. Et toutes les pratiques, un peu comme j'avais vu aussi, j'avais vu qu'il y avait le premier truc que j'avais lu sur les sur les violences, et cetera c'était... alors je sais plus où ça se passait, mais c'était par exemple les externes qui sont en train de faire des TV sur les patientes sous AG et tout ça.

- Oui. C'est ça. Ça se fait dans beaucoup d'endroits...

- C'est la première chose, la première fois que j'ai entendu ça et j'étais « waouh, ça existe ? »

- Bah l'autre jour, j'ai encore eu un médecin généraliste qui racontait en fait que lui-même en tant qu'externe, c'était peut-être les années 90, ça se faisait déjà quoi. C'est pas quelque chose de rare.

- Ouais, mais du coup, moi personnellement je connaissais pas du tout et le fait d'en parler, je me suis dit ouais et du coup on se rend compte qu'il y a des choses quand même qui se font et qui existent et auxquelles on n'aurait pas pensé parce qu'on se dit « non mais personne pourrait faire ça. » Enfin ça se fait pas quoi. Et en fait si.

- Et justement, en fait, vu que vous avez pratiqué déjà depuis les années 2010 c'est ça ? Est-ce que vous avez vu une différence après l'ouverture de la parole qui s'est passée plus depuis les dernières années ?

- Ben je trouve... Alors j'avais travaillé dans le sud au CHU de Nîmes et je suis arrivé ici à Lyon. Et je trouve qu'effectivement, il y a ce qui change beaucoup, c'est le consentement. Donc, par exemple en obstétrique, l'épisio qui se faisaient quasiment

sans mettre au courant la patiente maintenant c'est toujours « est ce que vous êtes d'accord pour qu'on fasse une épisio » donc c'est quand même assez systématique maintenant de demander le consentement pour une épisiotomie. Pareil pour l'extraction. Voilà et donc ça a changé. Bon après ce qui change pas et qui a du mal à changer je trouve, c'est plutôt tout ce qui est un peu respect de la pudeur des patientes, et cetera ne serait-ce que mettre un drap pour les couvrir parfois ça a l'air d'être compliqué. Donc ça, ça a pas forcément... ça a du mal à changer, je trouve ça.

- Ok.

- Mais ouais, c'est vraiment je trouve qu'effectivement ça depuis qu'il y a eu tout ça, Ben il y a eu la charte du coup de la consultation et je trouve qu'effectivement il y a eu de grosses remises en question, notamment sur la prise en charge en salle d'accouchement et maintenant demande du consentement en systématique quoi, voilà.

- Ok ça marche, merci !

9. Camille

Le 6 janvier, entretien avec Camille, jeune sage-femme diplômée de 2023, exerçant depuis 6 mois en activité mixte en salle de naissance dans un niveau II et en libéral.

- Du coup, premier témoignage. Qu'est-ce que ça t'évoque ?

- Le consentement. De demander, de prendre le temps, surtout je pense, dans des moments d'urgence où on doit agir urgemment bah certaines personnes « je peux vous examiner » mais elles ne prennent pas vraiment le temps d'entendre la réponse quoi c'est plus bon « Bah là j'y vais. » Enfin voilà moi pour moi c'est le consentement. Après j'ai l'impression que c'est vraiment côté sage-femme en tout cas quelque chose qu'on respecte de fou. Mais ouais, les choses où j'ai été témoin de ce consentement dont les limites sont un peu floues. Parce qu'on a aussi un peu bah toujours cette position de soignant où en fait, je sais pas vraiment si les femmes sont au courant qu'elles peuvent refuser. Genre j'ai l'impression que c'est un dû « Faites ce que vous avez à faire ; Bah oui c'est votre travail ; Bah oui y a pas de souci ». Alors qu'en fait des fois on pourrait l'expliquer « ben en fait peut-être que je suis pas vraiment obligée de vous examiner ou peut-être qu'y a d'autres moyens ou bah non, faut que vous ayez env... » enfin donc ouais ça m'évoque ça.

- OK et tu dirais que dans ta pratique c'est une question que t'as un peu appris à poser? T'as évolué aussi sur la question ? Dans la formulation, dans l'information justement... ?

- Ouais. Bah l'expliquer, expliquer en mode par exemple quand j'admets une patiente qui est en début de travail je lui dis « Bah on va. Voilà par exemple je veux poser le monitoring, je vais regarder ce que ça donne au niveau des contractions et ce qui serait bien ce serait par exemple de regarder le col pour voir la dilatation et cetera. » Donc bah effectivement je pose la question « est ce que je peux vous examiner ? » Mais c'est vraiment quelque chose effectivement, où on m'a toujours appris à demander le consentement.

- Ok ça marche. Allez, prochain témoignage.

- Pareil, qu'est-ce que ça t'évoque ?

- Bah beaucoup de choses en vrai. Beaucoup, beaucoup de choses parce qu'en fait ouais, la douleur des patientes en fait on... putain, ouais. On est, on est tellement (je suis désolé hein) on est tellement habitué aussi à voir des femmes qui ont mal que je pense que parfois ben, on sous-estime. On sous-estime, on prend pas le temps d'écouter et de soulager, et j'en reviens bah du coup au moment d'urgence. Je pense que parfois on prend pas le temps de dire « bah non en fait là on appelle l'anesthésiste, on fait quelque chose, on vous soulage et ensuite on voilà ». Et ouais, c'est vraiment bah écouter les femmes et vraiment il y en a qui disent « j'ai mal » et prendre le temps de dire « non mais là je vais vous soulager ». Puis des discours des fois qu'on entend « Ah bah c'est une chochette. Elle, elle tient pas la douleur. Non mais là c'est bon Madame, votre bébé, il faut qu'il sorte » des choses comme ça qui sont en fait hyper infantilisants. Et je pense que ouais, la banalise c'est douleur, on la banalise, on se rend pas compte de l'impact que ça a dessus. Et ouais, cette toute-puissance qu'on a sur le corps des femmes c'est des choses qu'on peut entendre « non mais là Madame, faut que votre bébé il sorte. Non mais là c'est bon, c'est la fin. » Voilà. Moi j'ai plusieurs fois vu effectivement des professionnels qui n'écoutait pas, ou qui faisaient des remarques en mode « non, mais là il va falloir se calmer, reprenez-vous. Là, il va falloir arrêter de crier. C'est bon, je vous ai mis la dose, vous sentez rien, c'est dans votre tête, soufflez », des choses comme ça. Et moi, ça me fait du mal parfois parce qu'en fait on a un peu ce rôle aussi de tampon tant que sage-femme je trouve, de protection, en fait, autour de ces femmes de dire stop, de dire « non là par contre arrêtez de faire ça lui fait mal. On attend 2 secondes, j'appelle l'anesthésiste » et je pense que... Alors moi j'ai pas beaucoup d'expérience encore au travail et je pense que c'est aussi quelque chose que j'essaie d'apprendre à faire, de prendre confiance en moi et de, pas m'opposer mais de temporiser un peu certaines fois. De dire non ou de réexpliquer, de reformuler. Et je pense aussi parfois dans les 2 sens, c'est à dire une patiente qui hurle de douleur redire : « là par contre la patiente elle a mal est-ce qu'on ferait pas ci... » ou voilà ou expliquer par exemple à la patiente « là on est en train de faire un geste qui peut être douloureux mais je vais appeler l'anesthésiste tout ça » parce qu'effectivement, on a beaucoup à apprendre, je pense sur le système de douleur, les réactions des gens, et cetera. Est-ce que c'est de la douleur ? Est-ce que c'est de la peur ? Est-ce que c'est de la prévention ? Et en fait, quand on sait plus faire en médecine, j'ai l'impression qu'on met toujours sur le psychologique. Quand on trouve plus de solution, c'est-à-dire que

bah quand l'anesthésiste il a mis la dose et qu'entre guillemets il est censé avoir fait son travail et Ben si la femme elle a un toujours mal c'est que c'est dans sa tête. Et on se pose jamais la question « est-ce que bah le cathé de péri passe bien, est-ce qu'il est bien placé ? Est-ce que machin » Parce que ça remettrait en cause notre rôle de soignant. Et ouais, on a encore énormément de progrès à faire sur ça.

- Justement, cette remise en cause de notre rôle de soignant, c'est un peu... enfin pour toi ça pourrait être expliqué comment ? Enfin dans le sens où c'est difficile pour un soignant de se remettre en cause et est-ce que tu pourrais, je sais pas, développer là-dessus ?

- Je pense que c'est aussi cette remise en cause, c'est pour moi, elle est essentielle dans notre rôle de soignant. On ne peut pas exercer sans se remettre en cause. En médecine, on évolue tout le temps, on fait jamais les choses parfaitement, on peut toujours s'améliorer, alors ça demande un effort je pense. Mais je pense qu'elle pourrait passer par effectivement des moments d'échanges entre professionnels sur des conduites à tenir, sur des choses qui se sont passées notamment. Bah on le fait par exemple sur des revenus de morbi-mortalité, des RMM, des choses comme ça. Mais je pense qu'on pourrait le faire sur des choses traumatiques. Chose qu'on fait parfois, moi, ce que je fais souvent sur par exemple des codes rouges ou des hémorragies, je vais toujours voir les dames après ou les jours d'après en leur posant la question « comment vous avez vécu les choses, comment ça s'est passé ? » et cetera, pour avoir un peu le débriefing. Parce qu'en fait, sur le coup elles comprennent pas tout ce qui s'est passé. Et après coup leur réexpliquer, reformuler et revoir leurs ressentis, bah nous ça nous apprend énormément en fait sur la façon dont on a géré les choses.

- C'est un espace qu'on crée aussi, autant pour la patiente que pour nous en tant que soignant.

- Voilà c'est ça. Mais oui, je pense que c'est un état d'esprit aussi, c'est une volonté aussi de se dire « Bah je peux que m'améliorer ». Ça demande aussi une certaine humilité, je pense de dire « bah non, on n'est pas tout-puissant et on a toujours tout à apprendre. » C'est un cheminement aussi. Et je pense qu'aussi, il faut être capable aussi d'entendre une critique. Et je pense qu'aussi faut oser dire les choses quand on voit les choses, quand on voit ces violences, quand on voit ce genre de choses, eh ben on doit la dénoncer, en fait. Il faut plus qu'on reste passif. Et moi c'est ce rôle de tampon qui

me met très mal à l'aise en fait, où trouver les limites ? Où trouver les mots pour ne pas être dans la position, être toujours dans de la prise en charge parce qu'en fait, derrière il y a une prise en charge médicale, c'est des urgences, il faut pas qu'on s'oppose à l'urgence de la situation, voilà. Mais d'un autre côté, bah il y a des patientes. Il faut trouver un peu le juste milieu, mais je pense qu'on est dans une voie où justement laisse plus d'espace à ces moments-là, il faut qu'on les prenne en compte. Je pense qu'on est sur le bon chemin. Il y a encore énormément de choses à faire, mais ouais. Sur cet espace d'écoute, sur ce genre de choses.

- Ok.

- Allez, prochaine témoignage, hop-là. Tout pareil, qu'est-ce que ça t'évoque ?

- C'est horrible. Bah là, ça m'évoque... bah c'est déshumanisant en fait. On la compare à une baleine donc on lui enlève toute son humanité. C'est un objet. C'est « bon courage Monsieur » donc en fait c'est hyper machiste. C'est horrible. Faute médicale, faute professionnelle, enfin, il n'y a rien qui va quoi.

- Est-ce que c'est une situation qui t'évoque une situation que tu as vécu dans ta pratique ?

- Ouais, des choses par rapport aux patientes par exemple, effectivement en situation d'obésité. Énormément de commentaires : « non mais là il va falloir perdre du poids. Non mais là pour avoir une grossesse c'est pas possible. » Ce genre de choses, ce genre de discours hyper culpabilisant qui je pense qu'en fait va pas du tout aider les patientes. C'est effectivement des choses qu'on peut voir. Qu'est-ce que ça pourrait apporter aux soignants de faire ça, je comprends pas. Ouais, je pense que j'ai été témoin de choses comme ça. De discours un petit peu grossophobes et tout ça. Mais plus de discours aussi que mes patientes m'ont raconté dans le sens où « je veux plus le voir, on m'a dit que j'étais trop grosse. On m'a dit que j'aurais jamais d'enfants. On m'a dit que je me mettais en danger », des choses comme ça. Après ce que, enfin, est ce que moi j'ai été vraiment témoin de choses comme ça et directement, je pense pas.

- En tout cas pas devant les patientes.

- Non. Mais ouais, cette déshumanisation, on la voit des fois : « non mais elle est trop grosse, elle, elle a ci ; elle, elle a ça ; elle, elle est pas finie » ou quelque chose comme ça.

- Donc beaucoup dans la parole.

- Ouais. Non mais y a des choses, on se rend pas compte de la portée des mots. Puis surtout que bah en fait quand on voit que derrière l' « utérus a été recousue avec la vessie » on sait qu'il y a une faute médicale derrière. Après est ce qu'aussi, ça ne renvoie pas aussi, en fait, dès que le soignant va être en difficulté parce qu'on sait qu'une césarienne sur une personne qui est obèse, c'est des césariennes très compliquées où on va prendre plus de temps. En fait, ça nous renvoie aussi encore bah à nos limites et est-ce que du coup bah la faute on n'a pas envie de la mettre sur cette personne-là, de notre incompétence en fait ; est ce que la personne elle est pas juste bah incompétente et que du coup on remet la faute sur le patient parce que c'est facile. Je sais pas.

- Ok, très intéressant.

- Ouais, comment tu pourrais l'expliquer cette situation ? Le fait de parler comme ça aux patientes ?

- Bah, là, clairement, on est dans une situation hyper patriarcale. En fait, je pense de la toute-puissance du médecin envers la patiente qui est un objet, un ventre à Césariser avec enfin le mari qui est derrière en mode c'est une espèce d'homme à homme, un discours sur un bout d'objet, un bout de viande quoi. Genre c'est de la déshumanisation totale en fait du métier quoi.

- Ouais, OK. Ok, ok on peut passer à la prochaine ? Hop là.

- Ah oui, oui, alors c'est un classique. Je pense qu'en vrai ça c'est la chose que j'ai le plus de fois entendue.

- Tu le disais en plus juste avant...

- Ouais, vraiment, ça c'est horrible. Et vraiment et ça, les patientes, elles s'en souviennent parce qu'elles le disent, elles me disent « non, mais lui je veux plus le voir lui. Non mais j'avais envie de le j'avais envie de lui répondre : mais vous allez accoucher » ou enfin des choses comme ça. Et c'est vrai que ça je l'entends, ça je le

vois. L'anesthésiste qui rentre dans la pièce et qui dit voilà « alors par contre vous allez devoir tenir la position hein ? Ouh là par contre, va falloir arrêter de crier hein. Sinon voilà, moi je vais pas y arriver hein. » Ou alors et classique, l'anesthésiste qui n'arrive pas à poser une péridurale « non mais Madame en fait là c'est parce que vous faites pas la position ou c'est parce que vous faites mal » des choses comme ça et ça me renvoie un témoignage et je m'en souviens, ça m'avait marqué ce moment. J'étais encore en première année de médecine, j'étais même pas encore sage-femme et j'avais dit à une fille avec qui je bossais à l'époque, j'avais dit bah voilà, je vais faire sage-femme et en fait à chaque fois qu'on dit qu'on veut faire sage-femme, les patientes qui nous livrent sur leur expérience et tout ; et là je la vois presque à se livrer en pleurant quoi je dis mais qu'est-ce qui se passe et tout. Elle me dit, mais en fait je suis traumatisée de mon accouchement, j'ai pas réussi, enfin, ils ont pas réussi à me soulager, à me mettre une péridurale qu'il fallait. On m'a dit que c'était de ma faute parce que voilà je hurlais trop parce que je prenais pas la position parce que j'étais pas assis, pas comme ça et en fait un discours hyper culpabilisant donc en fait elle pensait que c'était de sa faute et en fait elle retardait, elle voulait enfin elle voudrait bien un 2ème enfant mais elle veut pas le faire à cause de ça, à cause de ce qui s'est passé, des mots qu'on a utilisés sur elle et tout et en fait elle est traumatisée encore mais 2 ans après. Et j'étais là en mode mais comment on peut faire ce genre de choses genre c'est pas possible. Et après, en l'ayant vu vraiment, bah genre c'est horrible. Ce discours hyper culpabilisant envers les patientes. Et en fait quand je vois, moi, ce que je vois de l'autre côté, c'est juste un anesthésiste qui est dépassé par les émotions, qui n'a pas l'habitude de voir une patiente en travail qui a mal parce qu'en fait aujourd'hui en France une patiente qui accouche c'est une patiente silencieuse, c'est une patiente silencieuse qui est sous péridurale, qui ne bronche pas, qui ne parle pas, qui n'a pas mal, qui est allongée, qui est totalement dépossédée ton corps. On va dans les autres pays, on va partout ailleurs, bah une femme qui accouche, bah oui c'est bruyant. Oui ça fait du bruit. Oui ça bouge, oui ça marche, oui ça, enfin ça se met à 4 pattes. Oui ça fait des bruits graves, enfin c'est ça une femme qui accouche. Et en fait on a totalement oublié ça dans notre société et les anesthésistes pour eux, bah avoir une femme qui crie, qui parle, et cetera, bah c'est pas possible. Ouais et ça, pareil. Bah moi du coup quand je sais qu'il y a certains anesthésistes qui sont plus ou moins à l'aise avec ce genre de femmes qui ont plus ou moins un discours comme ça, infantilisant en fait

culpabilisant ou ce genre de choses. Bah du coup je vais rester avec la patiente et on revient sur le rôle de tampon qui met parfois mal à l'aise, j'essaie de la mettre dans une bulle, pour la protéger tout ça, mais des fois c'est pas possible hein. Des fois, ouais, je me dis en fait, c'est juste un moment à passer, après elle sera soulagée, ça ira mieux. Mais ouais, des fois où quand ils y arrivent pas, ils sont obligés de repiquer plusieurs fois. Et tout de suite bah ouais, c'est la faute de la patiente. Ça c'est embêtant, ouais.

- Et... À ton avis, est-ce qu'il y aurait peut-être une solution à ça ? Enfin, dans le sens où, qu'est-ce qu'on pourrait faire au niveau des soignants pour... par exemple, des formations...

- Ouais des formations ou juste en fait arrêter de cautionner ça. Mais ça c'est trop facile de dire ça parce que moi j'y arrive pas encore. Mais arrêter de cautionner, arrêter de cautionner ce genre de discours. Et une fois j'ai eu une patiente qui avait tellement mal en fait, qui a remballé l'anesthésiste et après il a pas bronché et en fait je me dis en fait ça si on leur dit pas bah eux voilà continuent dans leur délire. Pareil, on y revient, c'est juste qu'ils n'y arrivent pas et qu'ils ont peur. Et Ben du coup ils ont ce discours mais... Et encore une fois, enfin les anesthésistes, 9 fois sur 10, c'est des hommes. Qui savent pas la douleur que c'est et qui savent pas gérer enfin qui ont pas vécu ça, qui ont ce discours en fait hyper machiste, ouais, hyper patriarcal, hyper... Ce pouvoir encore qu'on a dessus, on se permet de dire des choses. C'est l'image de la femme hystérique qui sait pas gérer ses émotions, qui sait pas gérer sa douleur, ce genre de chose.

- C'est exacerbé en salle d'accouchement quoi.

- Ouais, mais clairement.

- Ok très intéressant. T'as quelque chose à ajouter ?

- Non.

- Prochain témoignage. Donc là, pareil, qu'est-ce que ça t'évoque ?

- Horrible. Ah bah là, on est clairement sur... Bah c'est du harcèlement sexuel quoi. C'est horrible. J'ai jamais vécu, enfin j'ai jamais été témoin, je pense, de choses comme ça. Mais j'ai vu certains gynécos être très proches comme ça de leurs patientes, très voilà une petite claque sur la joue « ça va aller, madame ». Ouais, voilà ou leur secouent l'épaule « madame, ressaisissez-vous » des choses comme ça ou sur la cuisse

(clap, clap) « Allez Madame, vous pouvez vous rhabiller » bah des petites choses comme ça. Je trouve ça hyper déplacé. « Allez, ma cocotte » tu sais, comme si on claquait les fesses d'une jument « allez, avance ». Enfin des choses un peu voilà. Ouais, on en revient sur ce paternalisme un peu bizarre là qu'on peut voir. Cette puissance qu'on a sur le corps humain, sur le corps de la femme. Ça voilà, c'est extrême quoi.

- Donc pas témoin, mais est ce que t'as entendu ou c'est quelque chose qui t'étonne quand même ? T'es surprise de ce genre de témoignage ?

- Je dirai pas surprise malheureusement. Je dirai pas surprise parce que je suis sûre que ça existe ce genre de choses. Choquée, oui parce que je trouve ça horrible. Mais pas surprise. Mais ouais, autour de moi j'ai pas de témoignage en tête comme ça qui pourrait vraiment se raccrocher. Mais ouais, je suis persuadée que ça peut exister malheureusement.

- Disons dans la question des violences obstétricales ce témoignage, on est d'accord pour dire unanimement, ça c'en est une. Est-ce que tu dirais que c'est la plupart des violences obstétricales elles sont comme ça ou c'est plus... Si on avait une échelle par exemple...

- Pour moi, les violences obstétricales, elles se font beaucoup sur le consentement, sur la non-information, sur ce genre de choses. Je pense que c'est la plupart des choses, voilà. Ce genre de violence là pour moi c'est plus, c'est pas vraiment un problème de pratique comme le consentement, ce genre de chose, c'est vraiment un problème là de relationnel en fait. Enfin c'est du harcèlement, c'est... il y a un autre step quoi. Pour moi, pour moi c'est vraiment. Ouais... Enfin, je vois pas à quel moment on peut voir ça, enfin on peut. Bon, bref.

- Ok. Allez, dernier témoignage. Pareil, qu'est-ce que ça t'évoque ?

- Ouais, plein de choses en vrai... Bah ce jugement, cette déshumanisation, on met pas la patiente dedans, on l'écarte de tout. On oublie qu'elle est là, en fait, c'est un animal, c'est quelque chose qui n'entend pas, c'est quelque chose qu'il faut qu'on voilà, « le terrain est pourri, pourri » enfin bref. Ça me rappelle plein, plein, plein de situations où j'ai pu entendre ça, être témoin de ça. Ça me rappelle, je m'en souviens une fois où j'avais vu un gynécologue à l'époque, les gynécologues faisaient le tour des patientes avec un peu les sage-femmes, tout ça. Je m'en souviens, il avait regardé, il a fait « oh

bah celle-là, le terrain est boueux » ou enfin truc comme ça parce qu'elle avait plein de poils ou enfin des choses comme ça et il se permettait de faire des commentaires ça.

- Devant la patiente ?

- Devant la patiente. Ou une fois pareil, un médecin pendant des forceps, moi, j'étais en train de rassurer la femme et lui, il me dit « non ça va pas, elle est toute déchirée » un truc comme ça. Et je vois la patiente qui me regarde comme ça : « Je suis tout déchirée ? » Et bah après comme on peut rattraper ce genre de choses ? Et pour au final dire « Ah non, ça va, il y a rien », enfin tu vois.

- Et tu vois dans ce que tu dis « comment on va rattraper ce genre de choses ? » On en revient à ce que tu disais sur le rôle de tampon.

- Ouais c'est ça. Ouais, faut toujours en fait réparer un peu derrière des paroles, des choses dénuées sans pour autant du coup se mettre en opposition avec le médecin, il faut toujours voilà, qu'on arrondisse les angles ou qu'on lisse les mots, qu'on les rende plus compréhensibles, plus accessibles. Vraiment, c'est un vrai travail quoi. Il faut trouver des mots. Mais il y a vraiment un gros problème de communication en fait, gros, gros, gros problème de communication. Est-ce que c'est dans la formation ? Je sais pas, parce que... Je pense. Je pense, honnêtement. Et dans la transmission aussi, parce que la formation aujourd'hui, je pense que les jeunes médecins sont tous formés et je le vois beaucoup, les internes, tout ça. Il y a vraiment cette envie de communication, d'explication, d'information. Mais c'est dur aussi de déconstruire par exemple, pendant 10 ans, 12 ans, tu as appris que le corps était malade et que tu avais cette puissance de le sauver, que tu avais cette puissance de le reconstruire et que du coup bah toi t'es dans ce mode là en mode « je vais sauver, c'est moi qui suis puissant », voilà. Et que nous entre guillemets notre formation elle est plus courte et nous, on nous apprend que la femme est pas malade. Elle est enceinte mais c'est pas une maladie, qu'on va juste l'accompagner. Et du coup je trouve c'est bah on en revient à cette part d'humilité en fait qu'on a, je pense, aussi dans notre formation, cette transmission aussi, d'être plus dans cette proximité qui est parfois trop hein. On les voit, les sage-femmes se le reprocher hein, elles sont trop proches, elles sont trop machins, elles disent jamais non, enfin voilà, on en revient aussi à un problème hyper profond de notre profession. Mais après, ça, c'est plus aussi des choses qu'on pourrait aussi entendre de la part des sage-femmes hein, je pense. Par exemple, avec les étudiantes. Et du coup, en fait, il y

a quelque chose un peu de hiérarchie, un peu de : le plus grand entre guillemets, va dire au plus petit. « Ah ouais là, tu as vu » enfin permet de critiquer ou ce genre de choses. Mais ouais, c'est quelque chose que j'ai déjà entendu en mode...

- Par exemple, ça t'est déjà arrivé, enfin pour juste revenir à la question étudiante, de : la sagefemme dit quelque chose, et toi en tant qu'étudiante, tu rattrapes en fait les mots de la sage-femme, parfois avec la patiente ?

- Ouais.

- Donc c'est quelque chose qui à cause de la hiérarchie enfin t'es un peu en mode tampon quoi.

- Ouais c'est ça.

- Donc plus t'es bas, plus t'es proche de la patiente ?

- Mais en fait ouais c'est triste. Ou moins t'as de pouvoir entre guillemets, mais en plus le pouvoir enfin je vois pas en quoi le pouvoir mais moins tu as de pouvoir décisionnel peut être moins du coup bah tu peux le plus, te rapprocher ou peut-être plus comprendre ce que vit la patiente, je sais pas. Parce qu'est-ce que quand tu as plus de pouvoir décisionnel du coup tu es obligé de te détacher aussi par rapport aux décisions que tu vas prendre ? Qui sont des fois tu dis « bah non là ça va être dur de prendre cette décision mais je suis obligée par rapport aux conduites à tenir » tout ça. Je sais pas, hein, c'est un vrai... mais je pense que ça justifie pas ce genre de paroles. C'est peut-être des pistes de compréhension, ça justifiera jamais ce genre de paroles. Et moi, j'en reviens par exemple, là où je travaille, où par exemple des sage-femmes sont en train de faire en sorte que certaines personnes qui ont donc ont été témoins de violences gynécologiques aient un vrai retour et fassent en sorte que bah ça cesse en fait. Mais en fait, on n'y arrive pas toute seule. On y arrive pas toute seule, enfin on n'est pas entendu. Donc on est obligé de remonter des choses, des témoignages, des patients, des choses, et c'est ça qui fait vraiment changer les choses. Mais le truc c'est que bah il faut que les patientes et encore une fois je reviens à la première chose qu'il faut qu'on leur dise c'est qu'en fait c'est pas normal ce qu'elles doivent subir et on en commence à en parler un peu aujourd'hui. Mais moi qui vois beaucoup de... dans l'hôpital on a une population très précaire, qui parle pas très français et c'est encore plus révélateur sur des personnes qui parlent pas français. Des personnes qui parlent pas français, on

peut tout dire devant elle. On peut tout dire, on peut se taper des discussions sur la pluie et le beau temps devant une patiente qui parle pas français, parce qu'elle parle pas français et du coup on l'inclut pas dans la discussion et c'est juste un accouchement, c'est juste un machin. Et ouais, ça met une distance de fou. Alors que par exemple on dit bah si une patiente je sais pas c'est l'ami de quelqu'un et tout ça bah il va falloir faire très attention à ce qu'on dit, à ce qu'on va faire, et cetera. Y a une sorte de... ouais c'est horrible hein. Mais malheureusement, et c'est quelque chose que j'ai le plus entendu aussi.

- Et sur la 2ème partie du témoignage avec la sage-femme qui ne dit rien parce qu'elle est choquée aussi, c'est quelque chose que tu comprends, tu t'identifies là-dedans aussi ?

- Ouais, ouais. Comment faire, comment dire, comment ?... Et ça, Ben je me disais, je pense que c'est avec aussi un peu plus d'expérience, de pouvoir dire non mais là il faut pas que j'accepte. Ouais. Mais comment dire là « pardon ? Euh, qu'est-ce que vous avez dit ? Non, c'est pas vrai. » ou... « On est devant une patiente, là », de recadrer un peu les choses. Mais derrière on a un peu cette peur de retour de bâton. Genre là on est devant la patiente, il osera rien dire, mais qu'est ce qui va se passer en dehors ? Comme nous, quand on est étudiante et qu'il y a la sage-femme qui nous dit quelque chose et qu'on ose entre guillemets remettre en question un peu ce qu'elle a dit ben on sait qu'en fait derrière on va se faire défoncer. Mais en fait c'est un peu ça aussi, c'est cette peur, un peu de qu'est-ce qui va se passer après, qu'est-ce qu'on va dire. Parce qu'en fait il y a le médecin qui sera toujours entre guillemets, enfin une influence beaucoup plus importante que notre parole. Et nous, une petite sage-femme bah si le médecin il va voir le cadre ou la hiérarchie en disant mais « cette sage-femme je la veux plus » et j'ai déjà entendu ça, et ben, on est sûr qu'on est morts. Après c'est des choses aussi qui doivent rentrer aussi dans nos valeurs. Est-ce que notre métier, nos valeurs, tout ça, doivent passer derrière notre bien-être, notre confort au travail, et cetera.

- C'est un vrai équilibre à apprendre ?

- Ouais moi je pense, mais je pense qu'on peut dire les choses sans être aussi, voilà parce que le but aussi, c'est de travailler en équipe pour prendre mieux en charge les patientes et si on travaille pas en équipe, si on dit pas les choses, si on les dit mal, si

on se met en opposition, et bah c'est comme ça que ça merde et c'est comme ça qu'on peut faire beaucoup de vraies bêtises.

- Ouais, la mise en danger de la patiente, quoi.

- Ouais, carrément, carrément.

- C'est hyper intéressant.

- Moi j'ai déjà vu. Ça me fait penser à un témoignage du coup qu'on a eu sur l'image d'avant, où la patiente avait mal, lors d'une hémorragie. J'étais étudiante et j'ai vu le médecin vouloir faire la révision utérine sans anesthésie. Il y avait du coup l'anesthésiste sur place la sage-femme a dit « on fait une anesthésie générale » on y va, on va au bloc. Et le médecin a dit « non, non, on n'a pas le temps, on y va. » Et j'ai vu la sage-femme faire barrière, se mettre comme ça, les mains levées devant la patiente en disant « non. » Et... C'était ouais, c'était hyper dur. Et le médecin, il a dit « non, on y va tout de suite » et la patiente a réussi à dire « non, on va au bloc tout de suite » et en fait elle a pas laissé le choix. Et après, ce qui s'est passé, donc ils ont terminé la révision utérine et tout, le médecin a pété un câble contre la sage-femme en disant « je veux plus travailler avec toi, c'est inadmissible ce que t'as fait t'as mis en danger la patiente » enfin, ce genre de choses, il est allé se plaindre et tout, c'est allé loin hein. Elle a failli être virée. Et l'anesthésiste ne l'a pas défendu. Personne ne l'a défendu en fait. Personne. Et genre et ce jour-là j'ai eu peur, je me suis dit en fait c'est ça genre notre rôle aussi c'est bah du coup bah en fait personne va nous défendre. Et nous on défend, on défend les femmes... c'est terrible. Donc ouais, ce rôle qu'on a, il est terrible d'en fait d'avoir conscience, mais d'avoir conscience des violences et de ne pas cautionner. Donc... C'est très dur. Donc oui. Et des fois faut entendre, avoir envie d'entendre aussi parce que c'est plus facile de se laisser aller en fait de pas avoir de libre-arbitre de dire « bah non si c'est le médecin qui dit c'est qu'il a raison » ou de dire « bah non elle a plus d'expérience que moi donc si elle dit ça, c'est que c'est vrai. Je dis rien, je veux pas me mettre en porte-à-faux avec des équipes plus » voilà c'est vrai, il y a un vrai souci social hein derrière ça.

- Ouais, ça met en jeu notre position dans l'équipe quoi.

- Ouais, carrément.

- Position d'ailleurs que tu apprends à avoir en fait au fil des années et que c'est que l'expérience qui va te...

- Ouais après... Est-ce que vraiment... Enfin j'ai pas, j'ai pas envie de me donner une excuse en fait ça viendra plus tard. Est ce qu'on est sûr que ça va vraiment arriver ce moment ? On va se dire voilà par contre j'ai vraiment l'assurance de dire non, de dire que ça va pas se passer comme ça.

- Mais est-ce que c'est pas quelque chose aussi qu'on nous apprend pas à faire en tant qu'étudiante aussi ?

- Non mais carrément, justement carrément, on ne nous apprend pas à dire « là, non ». Moi c'est que des personnes en fait, des personnes que j'ai rencontrées, je les ai vues par exemple, cette sage-femme qui s'est opposée à cette révision utérine, et je me suis dit « Ok on a ce rôle en fait. Ok on a ce rôle et c'est notre devoir en fait de le faire et c'est possible. » Si on voit que des exemples de personnes comme ça qui disent na na et même si dans nos têtes on dit « Ah bah c'est vraiment horrible ce qui s'est passé » mais qu'en fait, jamais on se dit que c'est possible. Bah je pense que peut être qu'on le fera jamais. Donc ouais je pense qu'on a un vrai rôle aussi de transmission aux étudiants, tout ça, de leur laisser aussi la place d'avoir ce rôle-là, de ne pas tolérer ce genre de choses. Ben peut-être qu'ouais, ça changera.

- C'est hyper intéressant. Tu veux ajouter quelque chose ?

- Non.

- OK. J'ai 2 dernières questions un peu plus générales. C'est en fait est-ce que tu pourrais partager une expérience positive que tu as vécue avec une patiente dans ta relation de soin ? Justement, un peu autour de ces questions, tu vois, mais plus le côté positif. Voilà, une anecdote.

- Et bah en libéral, ouais. En libéral du coup je fais pas mal de gynéco et je me retrouve énormément avec des patientes qui ont entre 50 et 60 ans, qui ont pas vu de gynéco pendant 5 ou 10 ans parce que du coup-là on a une grosse pénurie de gynécologues et du coup on en a de moins en moins avec les gynécos qui partent à la retraite et elles trouvent personne et entre guillemets, c'est la bonne excuse parce que pour elles, c'est un calvaire d'y aller. Et l'autre fois, j'ai une patiente, une cinquantaine d'années, presque

60, qui en fait m'a remercié et en fait c'est pas la première. Et en fait c'est là où ça m'a fait le... Et en fait elle est sortie du cabinet et elle m'a dit « mais merci » et elle avait presque les larmes aux yeux. Elle m'a dit « merci en fait j'ai jamais j'ai jamais eu un moment aussi agréable en fait où j'ai pu parler où voilà vous m'avez demandé comment j'allais, j'ai pas dû me mettre toute nue. Voilà je me suis pas sentie objet, c'est la première fois qu'on m'a demandé si je pouvais me mettre le spéculum, par exemple. » Et elle m'a remerciée. Et bah, ça m'a fait, d'un autre côté, c'était hyper gratifiant pour moi de me dire « Bah voilà, je fais bien mon travail » entre guillemets, je sais pas si je le fais bien, mais en tout cas ça me fait plaisir que cette patiente ne repart pas traumatisée. D'un autre côté, je suis hyper en colère parce que pour moi c'est juste normal en fait d'expliquer, de proposer de voilà. Je suis hyper en colère que ces femmes là pendant des années en fait bah elles ont certainement été victimes en fait de ces violences gynécologiques. Et pourquoi aujourd'hui, elles sont obligées de me remercier. Enfin, j'ai pas envie qui me le remercie quoi, c'est juste normal. Enfin bon, bref. Donc du coup bah expérience super positive mais d'un autre côté voilà.

- Ouais nickel trop cool et du coup 2ème question, peut-être un peu plus compliquée, mais est-ce que tu pourrais raconter une expérience négative cette fois que tu as vécu dans la relation de soin avec une patiente où t'as été en difficulté ?

- Ouais, où, je me suis senti en difficulté, ouais. C'était... Un couple qui sont venus du coup pour l'accouchement que j'ai suivi au début. J'ai senti une extrême méfiance dans leur comportement envers moi. Et voilà donc il y avait un projet physiologique derrière, un accouchement, voilà, le plus physiologiquement possible, et cetera, avec des demandes qu'on pourrait juger un peu extrême pour dans nos pratiques, en tout cas françaises, mais en tout cas qui étaient potentiellement réalisables si tout se passait bien. Sauf que les choses commençaient un petit peu à traîner, c'était un petit peu long et moi je l'ai vraiment laissé tranquille. J'ai essayé de faire comme je pouvais. Mais beaucoup de refus de faire ci, refus de mettre le monitoring, refus de l'examen, et cetera. Et j'étais en grande difficulté de devoir aussi l'imposer. De dire « là par contre je vais devoir le faire pour le bien-être de votre bébé, pour ci ou pour ça » et d'utiliser peut-être des menaces « par contre si vous faites pas ça, je vais devoir vous faire signer une décharge » alors que ça n'a aucune valeur. Et en fait ouais j'ai été en grande difficulté avec ces gens-là parce que je me sentais pas bien et en fait, je savais plus où

me mettre, je savais pas où était ma place, qu'est-ce que je devais faire ? Je sentais que la patiente était hyper méfiante, qu'en fait voilà. Et en fait bah j'avais réussi du coup à l'examiner et tout ça, mettre des antibiotiques, pareil, c'était hyper compliqué. Et du coup, ouais, j'étais en grande difficulté et j'y suis pas arrivée, je suis pas arrivée à avoir, je pense, le consentement en fait. Donc ouais. C'est terrible. Même en l'expliquant clairement, en prenant le temps, parce que je pense que j'avais pris le temps en soi, mais je me remets énormément en question sur ce qui s'est passé, comment j'aurais pu faire, comment j'aurais pu faire mieux, mais compliqué. Compliqué quand derrière on a des responsabilités vraiment énormes. On sait qu'en fait, il y a moins de la moindre chose, ça peut nous retomber dessus. Et que faire ? Trouver le juste au milieu... c'était très dur.

- Ok. Ok, ok. Est-ce que tu veux ajouter quelque chose sur le sujet en général ? Petite note de la fin ?

- Moi j'en entends du coup que maintenant, entre guillemets maintenant je parle beaucoup du coup de ma génération du coup, c'est jeune. Quand je parle à mes amies, par exemple de l'accouchement, tout ça et ben elles sont toutes terrorisées. Terrorisées à l'échelle gynécologue, se faire examiner, tout ça pour elle bah elles savent que ça va être horrible. Tout ce qu'on entend, voilà j'entends mes meilleurs amis qui me dire « Ouais j'ai peur, j'ai pas envie d'avoir un enfant » ou du coup ce refus total « ah bah non, moi il me faudra une césarienne, du coup ». De plus rien sentir, de plus rien voir ou au contraire presque spectateur de ce genre de choses. Et en fait je trouve ça horrible d'en arriver là. Je me dis en fait waouh du coup bah ce mouvement, on en parle, ces violences, et cetera, c'est super de donner la parole, de faire changer les choses. Mais d'un autre côté du coup il y a toute une génération sur les réseaux aussi parce que du coup c'est le spectacle hein, on entend énormément de choses. Combien de femmes on entend où ça s'est pas bien passé mais combien de femmes où tout s'est bien passé, on en entend pas, on les entend pas parce que bah c'est dur de dire « moi tout s'est bien passé ». Et moi je leur dis à mes patientes en prépa « en fait, là c'est le moment aussi de couper des réseaux, de couper de tout ce monde, de couper toute cette bulle de ces ondes négatives, de la belle sœur qui va dire t'as pas peur de l'accouchement, ça va être horrible hein » des choses comme ça, un peu de cette menace qui les attend, elles sont toutes persuadées que ça va être horrible, que ça va être une torture. Enfin voilà. Et

ouais, de couper un peu tout ça, je trouve que c'est aussi un peu, ouais, cette fatalité qui va nous arriver, c'est dur aussi maintenant d'être dans ce monde un peu entre guillemets conscient de ces choses qui peuvent exister et de continuer à vous vouloir espérer des choses bien. Enfin voilà.

-Très intéressant. Ok, trop cool !

- Voilà, je sais pas si ça va pouvoir t'aider, mais...