



Master 2 Mention Santé publique

Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé
publique

Promotion : 2019-2020

Entre pratique médicale et violence : enjeux de lutte autour de l'épisiotomie

Charmaine Soreau

*Sous la direction de Clélia Gasquet-
Blanchard, Paula Cristofalo, Anne-
Cécile Hoyez et Maud Gelly*

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de ce stage et à la rédaction de ce mémoire de fin d'études.

Tout d'abord, je tiens à remercier chaleureusement mes quatre tutrices de stage Mmes. Clélia Gasquet-Blanchard, Paula Cristofalo, Anne-Cécile Hoyez et Maud Gelly pour leur confiance et leur gentillesse de l'entretien préalable au stage à la soutenance. Toujours à l'écoute, elles ont été d'un grand soutien tout au long des étapes de réflexion et de doutes, malgré ce contexte si particulier. Bien que les missions de stage aient été bien éloignées du terrain prévu, je me suis épanouie dans la rédaction de ce mémoire qui m'a permis d'aller plus loin dans mes idées préconçues et m'a donné envie de côtoyer le domaine de la périnatalité dans mon parcours professionnel. J'ai été ravie de grandir intellectuellement à vos côtés.

Je remercie ensuite mon responsable de l'unité d'enseignement dédiée au stage et responsable du master PPASP, Mr. Arnaud Campéon, pour nous avoir aussi bien préparé tout au long de l'année. Sa note de cadrage a été très précieuse, tout comme ses conseils et prises de nouvelles pendant le confinement. Je ne me suis jamais sentie abandonnée, malgré un stage en télétravail.

Je remercie également mes ami.es et ma famille, qui n'auront jamais autant entendu parler de violences obstétricales et d'épisiotomie. Ils et elles ont confirmé le fait qu'en parler autour de soi, c'était un bon début.

De la même manière, je remercie Marion Aubin, collègue de promotion effectuant également son stage au sein du projet TRASOPER, pour son soutien et son entraide tout au long de cette période.

Je souhaite enfin remercier les professionnelles de la maternité Gabrielle Suchon qui ont accepté de répondre à nos sollicitations d'entretien malgré leur charge de travail liée à la crise sanitaire.

Sommaire

Table des matières

Introduction	1
Contexte et choix du sujet	1
Problématisation	3
Méthodologie	4
Annonce de plan	5
Partie I : L'émergence de la perception de l'épisiotomie comme une violence	7
A) Le contexte médical de l'épisiotomie : construction et diffusion d'une pratique obstétricale	7
1. Des définitions plurielles de l'épisiotomie : entre objectifs et risques de la pratique.....	7
2. Retour historique sur l'émergence et le développement de l'épisiotomie : entre normalisation et contestations	10
3. Actualités de l'épisiotomie : évolution des recommandations en limitant le recours	12
B) Des enjeux juridiques autour de la lutte contre les violences obstétricales : démonstration à travers le cas de l'épisiotomie.....	14
1. Le recueil du consentement et la délivrance d'information auprès des parturientes : des obligations légales impactant le ressenti de l'accouchement	14
2. La nécessité revendiquée de définir juridiquement les violences obstétricales	17
3. Les violences obstétricales, face émergée des violences envers les femmes d'ordre systémique	19
C) Place et rôle des postures féministes à l'égard de l'épisiotomie.....	21
1. La grossesse et l'accouchement, des thématiques nouvellement féministes	22
2. Les conflits entre savoirs des sachants et la réappropriation des savoirs dits « profanes »	23
3. La réappropriation de la parole des femmes ayant permis la médiatisation des violences obstétricales	26
Partie II : Expériences professionnelles autour de l'épisiotomie	29

A) Hétérogénéité de la pratique de l'épisiotomie.....	29
1. Hypothèse 1 : Les caractéristiques des parturientes influencent le taux d'épisiotomie .	29
2. Hypothèse 2 : les caractéristiques territoriales et le statut juridique des établissements influencent leur taux d'épisiotomie	31
3. Hypothèse n°3 : les taux d'épisiotomie dépendent des professionnel.les qui la pratiquent	33
B) Tensions entre souhaits des parturientes et remise en cause des pratiques des professionnel.les de la naissance	43
1. Le projet de naissance, un outil cristallisant les luttes autour des pratiques obstétricales	43
2. L'asymétrie de la relation soignant/soigné engendrant des luttes réciproques	49
Partie III : Des limites organisationnelles des structures hospitalières favorisant les probabilités de violences obstétricales ?	52
A) Une appropriation de l'accouchement par les établissements médicaux liée à une pathologisation progressive	52
1. Un processus de médicalisation pour une meilleure gestion du risque ?	53
2. L'agentivité reproductive des parturientes délaissée au profit d'une prise en charge médicalisée : exemples de la position en décubitus dorsal et de la révision utérine.....	55
B) Contraintes temporelles des soignants liées à des contraintes économiques, contraires aux souhaits des parturientes	58
1. Une réduction artificielle de la durée des accouchements régulant l'organisation des services.....	58
2. Des contraintes des professionnel.les de la naissance opposées à celles des parturientes	60
Conclusion	65
Bibliographie	67
Liste des annexes	74
Note réflexive.....	93

Liste des sigles utilisés

AFAR : Association francophone pour l'accouchement respecté

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil à l'Egalité

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Introduction

Contexte et choix du sujet

Depuis plusieurs années en France et notamment grâce à la libération de la parole des femmes sur les violences quotidiennes qu'elles subissent, les témoignages de patientes dénonçant des violences sexuelles, gynécologiques et obstétricales se multiplient. Ces dernières s'inscrivent dans un contexte de violences systémiques, telles que les violences liées au genre et à l'orientation sexuelle, au racisme, au classisme ou encore au validisme. Les femmes vont rencontrer au cours de leur vie une multitude de professionnel.les de santé du fait de la pathologisation de processus qui les concernent, plus ou moins par essence : la contraception dont la charge revient encore majoritairement aux femmes, avec en France un recours prioritaire à la pilule, suivie du dispositif intra-utérin (et seulement en troisième position de l'usage du préservatif masculin) (Santé Publique France, 2016), l'avortement, la grossesse, l'accouchement et la ménopause. Il s'agira dans ce mémoire de s'intéresser au rapport de violences pouvant exister entre praticien.nes et parturientes lors de l'accouchement spécifiquement, particulièrement autour de la pratique de l'épisiotomie qui, dans certaines conditions qui seront développées, peut constituer une violence. Seront également relevés les facteurs engendrant ces violences, ainsi que leurs conséquences pour les parturientes.

Les sociologues Sezin Topçu et Patrick Brown ont retracé les différents processus de médicalisation de la grossesse et de l'accouchement en prenant en compte le contraste entre contextes nationaux, dits émergents, développés ou en développement ainsi qu'entre contextes socioéconomiques des parturientes. Ainsi, le processus de médicalisation s'est en premier lieu déroulé dans les pays industrialisés occidentaux au XXe siècle, notamment en France, décentrant les accouchements à domicile vers des établissements gérés par des professionnel.les de la naissance (Topçu et Brown, 2019). D'autres sociologues mettent en exergue le fait que la médicalisation de la naissance renvoie à trois dimensions, dépassant de fait le simple cadre médical : la première est relative à l'avènement de l'obstétrique, c'est-à-dire l'appropriation des techniques de l'accouchement par une nouvelle discipline médicale avec son savoir-propre. Il aurait ainsi été pertinent dans ce mémoire de s'interroger sur l'évolution des rapports dans la pratique obstétricale entre catégories professionnelles, notamment entre sages-femmes et obstétriciens (Charrier et Clavandier, 2013). En complément de l'obstétrique dans cette première dimension intervient également la science de l'hygiénisme dès le XIXe siècle avec la généralisation de l'antisepsie et la pasteurisation, qui s'impose dans tous les domaines médicaux. En effet, l'hygiénisme, réduisant les mortalités maternelle et infantile de manière significative, va sécuriser le processus de la naissance et de fait légitimer et renforcer le processus de

médicalisation de l'accouchement (Charrier et Clavandier, 2013). Vient ensuite une deuxième dimension de la médicalisation développée par ces sociologues, la dimension institutionnelle. En effet, celle-ci renvoie à la systématisation de l'accouchement en établissements de santé, renversant la perception naturelle de la naissance à une perception médicalisée : aujourd'hui en France, moins de 1% des accouchements sont réalisés hors établissement de santé (INSEE, 2017). Enfin, la médicalisation de la naissance a également une dimension politique dans la mesure où devient un enjeu de santé publique la protection des mères et des nouveau-nés : dès le XIXe siècle en France, les pouvoirs politiques incitent les futures mères à consulter des professionnels de la naissance (médecins et obstétriciens) initiant les suivis de la grossesse et post-partum (Charrier et Clavandier, 2013). Se poursuivra cette logique institutionnelle avec notamment la création du système de Protection Maternelle et Infantile créé en 1945 par le Ministère de la Santé de l'époque et les nombreux plans de périnatalité, dont la réforme de 1998 façonnera la typologie actuelle des maternités par hiérarchisation du niveau de risque des accouchements (voir annexe n°5).

Ainsi en France, les luttes définitionnelles autour de la périnatalité pour garantir la survie des femmes et de leurs nouveau-nés, spécialement dans les années 1990, sont restées confinées entre les pouvoirs publics et les médecins spécialisés (Carricaburu, 2009). Les femmes, premières concernées, en ont été exclues. Dès lors, elles se sont rassemblées en associations militantes prônant l'accouchement respecté et tendant de plus en plus à une *physiologisation* de la naissance, notion renvoyant à la proportionnalisation de la technicité médicale au risque réel. L'« hypermédicalisation » est alors de plus en plus jusqu'à aujourd'hui largement dénoncée, s'opposant de fait au courant féministe dit progressiste ou promédical qui revendique l'accès à un accouchement médicalisé, sécurisé et sécurisant (Cascales et Négrié, 2018). On peut notamment mettre en avant l'exemple de la péridurale, avancée importante dans le respect des parturientes dans la mesure où elle prend en charge leur douleur lors de l'accouchement : quasi systématisée aujourd'hui, elle est remise en cause par ces femmes du courant « essentialiste ou pronature » (Cascales et Négrié, 2018) du fait des actes médicaux souvent imposés et nécessaires du fait de l'anesthésie. En effet, sont dénoncés les accouchements qui seraient « trop » technicisés alors qu'ils auraient pu être plus physiologiques, notamment dans les maternités réservées aux grossesses à bas risque (de type I). Les forums et réseaux sociaux ont notamment permis à de nombreuses femmes de témoigner d'actes qu'elles n'ont pas compris ou auxquels elles n'ont pas consenti, réalisés sans indication médicale et mettant en lumière des violences systémiques lors de l'accouchement. Toutefois, parler d'hypermédicalisation au singulier n'est pas pertinent dans la mesure où il en existe différents courants selon les contextes nationaux (Topçu et Brown, 2019) : ce mémoire sera ainsi orienté autour de l'analyse d'une médicalisation particulière, celle de la première dimension théorisée par les sociologues Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier à

savoir l'appropriation de l'accouchement par une technicisation des actes obstétricaux. Il sera question d'interroger ces pratiques lorsqu'elles sont réalisées sans indication médicale, comment elles constituent aujourd'hui des « violences obstétricales » et sur ses motifs autres que médicaux (culturel, économique et temporel). Il conviendra aussi de montrer que ces revendications ne se sont pas accompagnées d'une réponse institutionnelle de l'Etat : les pouvoirs publics ont fait de l'accouchement une priorité autour de la bonne santé et de la survie des parturientes et des nouveau-nés, mais semblent aujourd'hui délaisser le bien-être des parturientes lors de l'accouchement en tant qu'enjeu de santé publique.

Le projet TRASOPER (Trajectoires et rapports sociaux en périnatalité) mené par une équipe pluridisciplinaire composée de deux géographes, d'une sociologue et d'une médecin s'inscrit ainsi dans une démarche de recherche explorant les pratiques professionnelles en périnatalité. En effet, ce projet explore d'une part les effets de l'environnement de vie, notamment contextuels, de la socialisation de genre, de classe et de l'histoire migratoire, et la façon dont ils produisent chez les individus un certain rapport au corps, à la santé, au milieu médical. D'autre part, il s'intéresse à la façon dont les catégories de professionnel.les impliquées en périnatalité différencient leurs pratiques selon leurs propres origines et trajectoires sociales, et selon les origines et trajectoires sociales des usagères. Enfin, les effets de la différenciation des filières de soins et de protection sociale sur la reproduction des inégalités sociales de santé sont également un objet de la recherche. Dans ce cadre, l'enquête est menée auprès de six maternités, quatre parisiennes et deux bretonnes de secteurs public et privé et de taille différente, accueillant une patientèle différenciée. L'objectif du stage était donc de mener une enquête qualitative sur une maternité de l'agglomération de Rennes, privée de type IIa. Toutefois, en raison des circonstances de pandémie, l'accès à la maternité a été rendu impossible et l'enquête sur ce terrain annulé dès la deuxième semaine de stage et reportée à l'automne 2020 (hors stage). Dès lors, j'ai dû revoir mes missions et objectifs initiaux de stage pour les recentrer autour de la production d'un mémoire mobilisant plus de bibliographie que de données de terrain et proposant un cadre théorique renforcé sur le champ des violences obstétricales pour l'équipe du projet TRASOPER.

Problématisation

Ce mémoire s'inscrit ainsi dans la démarche du projet TRASOPER, s'attardant plus particulièrement sur les enjeux de lutte qu'engage la pratique d'un acte médical entre professionnel.les de la naissance et parturientes : l'épisiotomie. Pratique symbole des violences obstétricales, elle sera mise en perspective avec d'autres actes médicaux, qui s'inscrivent eux-mêmes dans un processus de médicalisation de l'accouchement. Ce mémoire part ainsi du postulat selon lequel l'importance des

témoignages révélant des violences dans la relation parturiente / professionnel.le de la naissance permet d'affirmer l'existence systémique de violences obstétricales, constituant dès lors un enjeu de santé publique. Ainsi, il ne s'agira pas de se concentrer sur l'émergence de la médiatisation des violences obstétricales en tant que problème de santé publique (déjà largement alimenté dans le mémoire de Natassia Audibert, étudiante en master à l'Institut d'Etudes Politiques de Paris, produit en 2016 qui retrace l'historique des mobilisations française et internationale). Il s'agira plutôt de s'interroger sur l'évolution de la perception de pratiques obstétricales comme violentes : **comment la pratique médicale de l'épisiotomie est-elle devenue le symbole des violences obstétricales pour les parturientes ?**

Ce questionnement soulève ainsi d'autres questions : qu'est-ce qu'une violence obstétricale ? Quelles sont les conditions requises pour qualifier un acte médical comme une violence ? Quelle reconnaissance juridique ? Le ressenti d'un acte comme violent par les parturientes n'est-il pas subjectif et de ce fait, hors de la compétence des pouvoirs publics ? Quels critères favorisent les violences obstétricales ? Sont-elles commises sciemment par les professionnel.les de la naissance, ou sont-elles une conséquence inéluctable de l'organisation des maternités ?

Plusieurs hypothèses seront ainsi développées. Il s'agira de s'interroger sur l'existence d'un lien entre la quasi-absence de mobilisation des pouvoirs publics sur la question des violences obstétricales et le fait qu'elles concernent uniquement des femmes. De plus, il conviendra de questionner l'hétérogénéité de la pratique de l'épisiotomie en se demandant si elle dépend des caractéristiques médicales des parturientes, des caractéristiques territoriales ou juridiques des maternités, ou bien des professionnel.les eux-mêmes. Enfin, il sera nécessaire de chercher à savoir si la pathologisation de l'accouchement, érigée du fait d'une crainte du risque et aujourd'hui articulée autour de contraintes organisationnelles et temporelles, influe sur la fréquence des violences obstétricales.

Méthodologie

Mon projet initial était de m'interroger sur la place de l'avis des parturientes dans leur prise en charge, particulièrement autour des grossesses sans risque sous le prisme du projet de naissance, de la césarienne et de l'épisiotomie, pratiques faisant l'objet du projet de recherche TRASOPER. L'objectif était d'étudier les différenciations entre maternité publique et privée de même type, afin d'enquêter sur les violences obstétricales. J'ai donc pu conserver cette idée de mémoire mais en me consacrant à ces violences, particulièrement autour des luttes qui les entourent et en me focalisant sur la pratique de l'épisiotomie. Toutefois, du fait des circonstances de confinement et de l'indisponibilité des professionnel.les de la naissance, je me suis appuyée sur des matériaux récoltés par l'équipe du projet

TRASOPER dans deux maternités parisiennes, l'une privée de type 1 (anonymisée sous le nom des Eglantines, pour poursuivre le travail de Marielle Le Rumeur, stagiaire de l'an passé) et l'autre publique de type IIa (anonymisée sous le nom de Gabrielle Suchon). Je me suis exclusivement servie d'entretiens réalisés auprès des professionnel.les dans la mesure où ils étaient plus féconds sur le thème des violences obstétricales. Bien que je n'aie pas réalisé ces entretiens, j'ai pu me les approprier en les écoutant, les retranscrivant et les analysant grâce à une grille de codage (voir annexe n°9), préalablement réalisée par l'équipe TRASOPER mais à laquelle nous avons pu apporter des modifications ; ces étapes d'appropriation ont été réalisées en collaboration avec une autre stagiaire. Nous avons également pu réaliser deux entretiens avec des professionnelles d'une des maternités publiques parisiennes du projet TRASOPER. Tous ces entretiens sont complétés par des témoignages anonymes de parturientes recueillis sur la toile ou dans des ouvrages militants : dans la mesure où ces femmes n'ont pas été suivies dans les maternités participant au projet TRASOPER, j'ai choisi de les mobiliser de manière mesurée et critique lorsqu'ils sont utiles pour renforcer une argumentation autour de la perception des parturientes (voir annexe n°3), préférant axer ce mémoire autour des pratiques professionnelles. Celui-ci s'appuie également sur une revue de littérature effectuée en amont et pendant le stage, volontairement pluridisciplinaire. Il mêle en effet des approches sociologique, militante, médicale, historique, de santé publique et de droit des patients. Concernant l'organisation du stage, nous avons prévu dès le départ des points réguliers par vidéo-conférences, dans la mesure où trois des chercheuses du projet, Clélia Gasquet-Blanchard, Paula Cristofalo et Maud Gelly sont situées à Paris et une quatrième chercheuse, Anne-Cécile Hoyez, à Rennes. De plus, les deux stagiaires devaient intervenir dans deux terrains différents : la maternité privée de type IIa dans l'agglomération de Rennes et la maternité publique parisienne de type IIa. Du fait du confinement et de la fermeture des locaux de l'UMR ESO (Université Rennes 2) et du campus parisien de l'EHESP, nous avons toutes télétravaillé et les points réguliers hebdomadaires ont été systématisés pour maintenir une cohérence dans nos mémoires avec les exigences du projet, malgré l'absence de terrain. Nous alternions une semaine sur deux ces réunions avec nos tutrices.

Annonce de plan

Pour répondre au questionnement posé, interrogeant la façon dont l'épisiotomie est devenue perçue comme une violence et les enjeux de lutte qui en découlent, il s'agira dans un premier temps de s'interroger sur la construction socio-historique des pratiques obstétricales en actes perçus comme violents, en cadrant médicalement l'épisiotomie, juridiquement les violences obstétricales et la place des postures féministes dans leur médiatisation (partie I). Dans un deuxième temps seront développées les postures des professionnel.les de la naissance face aux revendications des

parturientes d'être moins passives dans leur accouchement, en interrogeant d'une part l'hétérogénéité de la pratique de l'épisiotomie et d'autre part la manière dont se cristallisent les luttes autour de l'accouchement (partie 2). Enfin, il conviendra de chercher à expliquer l'origine des violences obstétricales, en abordant d'une part la médicalisation systématique de l'accouchement en France réduisant l'agentivité reproductive des parturientes, et d'autre part les contraintes structurelles des professionnel.les de la naissance dans leur activité pouvant réduire leur marge de manœuvre dans la garantie d'un accouchement respectueux des demandes des parturientes (partie 3).

Partie I : L'émergence de la perception de l'épisiotomie comme une violence

Avant de développer les enjeux de lutte entre parturientes et professionnel.les de la naissance autour de l'épisiotomie, il est nécessaire de cadrer cette pratique. En effet, le recours et la perception de l'épisiotomie ont évolué (A), parallèlement à la théorisation des violences obstétricales (B) du fait de la mobilisation d'acteurs se définissant plus ou moins féministes (C).

A) Le contexte médical de l'épisiotomie : construction et diffusion d'une pratique obstétricale

Il convient de s'attarder sur la présentation de la pratique de l'épisiotomie en réalisant un état des lieux de ses différentes définitions, plus ou moins accessibles pour les usager.es (1), dans quelle construction historique elle s'inscrit (2) et l'évolution des différentes recommandations qui l'encadrent (3).

1. Des définitions plurielles de l'épisiotomie : entre objectifs et risques de la pratique

Etymologiquement, le terme épisiotomie provient du grec *episio* (pubis) et *tomé* (incision, coupure) désignant la section du pubis. Il désigne plus précisément l'incision du périnée de la parturiente lors de son accouchement. Du fait des circonstances exceptionnelles entourant le stage ayant engendré l'absence d'accès aux bibliothèques et une réduction des possibilités d'accès aux documentations, il semblait pertinent de faire un état des lieux des définitions de la pratique de l'épisiotomie les plus accessibles pour des usagères (ou leurs conjoint.es) sur un moteur de recherche. Il s'agira ici de renseigner quelques résultats perçus comme les plus pertinents à exploiter sur le moteur de recherche grand public Google en utilisant les mots clés « épisiotomie définition », algorithme non scientifique permettant de montrer sur quelles ressources les femmes qui souhaitent se renseigner sur l'épisiotomie pourront s'appuyer.

Est référencée en deuxième position la définition proposée par Futura santé, branche du site internet *Futura sciences* dont la mission est de « retransmettre l'information juste, avec comme seule boussole : l'exactitude scientifique ». Selon cette source, l'épisiotomie « consiste à ouvrir le périnée de la femme enceinte lors de l'accouchement. C'est un acte chirurgical qui permet de laisser passer l'enfant plus

facilement et d'éviter une déchirure spontanée du périnée » (site internet, Futura sciences). Ensuite, le site Doctissimo proposant des articles en lien avec la santé ainsi que des forums de discussion entre usager.es arrive en troisième position. Il convient de préciser que tout le site n'est pas modéré par des professionnels de santé, pouvant de ce fait véhiculer une masse de données non fiables. Selon ce site, l'épisiotomie « consiste à agrandir l'entrée du vagin par une incision pour que le bébé puisse sortir plus facilement sans déchirer la maman. Même si c'est pour son bien, la future maman craint toujours ce moment et les conséquences de l'incision. Les zones touchées par l'épisiotomie sont la vulve et le périnée (zone qui se trouve entre le vagin et l'anus » (site internet, Doctissimo). Le site d'information episio.info, émanant de l'Association francophone pour l'accouchement respecté (AFAR) est référencé en cinquième position. Ce sont des membres actives de l'AFAR, militant pour le respect de la parole des usagères notamment, qui alimentent ce site d'information. Elles proposent comme définition de l'épisiotomie « une opération chirurgicale qui consiste à inciser le périnée durant l'accouchement afin d'agrandir l'ouverture du vagin » (site internet, episio.info). Enfin, en neuvième position, le blog d'un gynécologue obstétricien propose un article sur l'épisiotomie avec une définition, la fréquence en France (non datée), les facteurs de risque, les recommandations, les indications, le déroulement de la pratique, les risques et les suites. Il propose la définition suivante : « l'épisiotomie est une intervention chirurgicale qui consiste à la section d'une partie du périnée de la femme au moment de l'accouchement afin de réduire le risque de déchirure en facilitant l'expulsion fœtale. Elle est réservée aujourd'hui à de rares cas et à des situations particulières. Elle est pratiquée par une sage-femme ou par l'accoucheur (obstétricien). L'épisiotomie mesure trois à quatre centimètres de longueur en moyenne. L'épisiotomie est parfois dénoncée par les parturientes, essentiellement lorsqu'elle est effectuée systématiquement et/ou inutilement, car ses conséquences peuvent être néfastes. Pourtant, son objectif initial est de réduire le risque de déchirures graves du périnée pouvant survenir au moment de l'accouchement » (blog, Dr Benchimol).

Toutes s'accordent sur le geste technique, à savoir une opération chirurgicale consistant en l'incision du périnée des femmes enceintes lors de leur accouchement. Toutefois, certaines vont orienter la définition sur le corps des parturientes « agrandir l'ouverture du vagin », « ouvrir le périnée de la femme enceinte », d'autres vont en plus en préciser les avantages ainsi que sa nécessité pour préserver le nouveau-né et le corps des femmes enceintes : « permettre une sortie plus rapide du nouveau-né », « laisser passer l'enfant plus facilement », « facilitant l'expulsion fœtale », « faciliter l'expulsion du bébé », sans toujours préciser que cette pratique n'est nécessaire que sous certaines indications médicales, selon les recommandations actuelles exposées ci-après (voir partie I-A-3). Deux de ces définitions mentionnent également le fait que l'épisiotomie permet d'anticiper le risque de déchirure, posant ainsi le fait qu'une coupure médicale vaille mieux qu'une déchirure spontanée. Or, il sera

également expliqué ci-après que du fait de l'évolution des connaissances médicales, il est aujourd'hui recommandé aux niveaux professionnel, national et international, de ne pas systématiser la pratique de l'épisiotomie dans la mesure où elle ne permettrait pas d'anticiper ces déchirures.

Du fait de la problématique de ce mémoire, il était nécessaire de s'appuyer sur une définition de l'épisiotomie la plus objective possible, qu'il convient de compléter par l'évolution des recommandations et l'histoire de la pratique. A donc été choisie une autre définition, celle proposée par le Haut Conseil à l'Egalité (HCE) en 2018 dans son rapport intitulé « Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées ». Selon lui, il s'agit d'une « incision du périnée sur quelques centimètres, effectuée pour agrandir la taille de l'orifice vulvaire et faciliter l'expulsion du bébé » (HCE, 2018). Par ailleurs, il existe différents types d'épisiotomie (voir annexe n°1).

Comme toute intervention chirurgicale, une épisiotomie peut entraîner de graves complications : hémorragies, déchirures graves, douleurs lors des rapports sexuels... Statistiquement, une épisiotomie provoque plus de douleur et met plus de temps à cicatriser qu'une déchirure naturelle. Un manuel féministe français paru en 2020, réactualisant la version américaine de 1973, ajoute qu'elle engendrerait également plus de risques d'infections, d'abcès ou d'endométriose au niveau de la cicatrice (Notre corps, nous-mêmes, 2020). Des femmes témoignent d'épisiotomies mal recousues ou trop serrées ainsi que des conséquences psychologiques graves telles que le symptôme de stress post-traumatique lorsque l'épisiotomie est réalisée sans consentement et/ou sans information. Certaines femmes disent avoir vécu l'épisiotomie ou ses suites comme une agression sexuelle ou un viol dans la mesure où sont atteints leurs organes génitaux, parfois avec violence (absence de consentement et/ou d'information notamment) ayant de ce fait des impacts psychologiques similaires (Déchalotte, 2017). De plus, plusieurs semaines voire quelques mois ou années après leur accouchement, des femmes décrivent l'altération de leurs activités quotidiennes telles que la marche, la position assise mais également une gêne ou une douleur persistante lors des rapports sexuels, impactant ainsi leur vie relationnelle (HCE, 2018). Toutefois, aucune recherche médicale ne semble mesurer ces impacts. Selon le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE), collectif ayant pour objectifs le respect des demandes et des droits des femmes qui accouchent et l'information de celles-ci, sur la période 2010-2013, 75% des femmes ayant subi une épisiotomie en ont souffert : 39% pendant la première semaine, 38% pendant le premier mois, 13% les trois premiers mois et 10% plus de trois mois (CIANE, 2013). Après avoir exposé les différents champs de définition de la pratique de l'épisiotomie, il convient de développer le processus historique ayant mené à des taux d'épisiotomies élevés en France, avant d'être particulièrement remis en cause ces dernières années.

2. Retour historique sur l'émergence et le développement de l'épisiotomie : entre normalisation et contestations

En France jusqu'en 2005, date de publication de nouvelles recommandations par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), société savante définissant les normes des pratiques de ces professions, l'épisiotomie était pratiquée sur presque la moitié des accouchements (CNGOF, 2005) malgré l'absence d'études attestant de son efficacité lorsqu'elle est réalisée de manière systématique ; il convient en effet de distinguer l'épisiotomie systématique de l'épisiotomie réalisée pour indication médicale spécifique. Les revendications des personnes militantes restituées dans ce mémoire visent en effet d'une part à lutter contre la systématisation de la pratique de l'épisiotomie dans la mesure où, constituant un acte chirurgical, elle comprend de nombreux risques pour la parturiente, et d'autre part à privilégier un recours spécifique à l'épisiotomie, c'est-à-dire uniquement en cas d'indications médicales précises. Ainsi, leur objectif n'est pas d'obtenir une interdiction de la pratique de l'épisiotomie mais plutôt d'encadrer sa pratique à des situations particulières, nécessaires médicalement. Cet état des lieux du processus historique de l'utilisation de l'épisiotomie s'appuie largement sur le site d'information episio.info présenté précédemment.

La première mention écrite de la pratique d'une épisiotomie date de 1742 quand un médecin, Sir Fielding Ould, la décrit dans son ouvrage *A Treatise of Midwifery*. Par la suite, lors d'un meeting de l'American Gynecological Society en 1920, le médecin Joseph Bolivar DeLee va recommander un ensemble de pratiques destinées à prévenir les dommages causés par l'accouchement aux femmes et aux nouveau-nés, notamment la pratique systématique des forceps et de l'épisiotomie dans la mesure où il promeut une médicalisation intensifiée de l'accouchement pour éviter les complications. L'épisiotomie réalisée de manière systématique semble ainsi s'être généralisée en obstétrique à partir des années 1920 dans le but de prévenir les déchirures graves du périnée ainsi que les risques d'incontinence, malgré l'absence d'étude scientifique validant son intérêt. Dans les années 1970, l'épisiotomie était considérée comme « un geste préventif limitant la morbidité maternelle et périnatale, et par conséquent largement diffusée dans les maternités » (Bader, 2010). Elle s'est ainsi érigée comme une pratique médicale banalisée, dite systématique du fait de sa fréquence très importante et particulièrement chez les primipares.

C'est l'avènement de l'evidence based medicine, c'est-à-dire de la médecine fondée sur des preuves, qui va engendrer une modification des pratiques obstétricales (Bader, 2010). Une première revue de littérature sur la période 1860-1980 réalisée par Stephen Thacker et David Banta en 1983 compare l'utilisation systématique de l'épisiotomie à son utilisation restrictive et conclue à l'absence d'intérêt d'une systématisation de la pratique, qui constitue 60% de la pratique aux Etats-Unis à l'époque. Dix

ans plus tard, une étude de Knut Hordnes et Per Bergsjø conteste le rôle préventif de l'épisiotomie par rapport à l'incontinence fécale. En 1995, Robert Wooley publie une revue de littérature sur le sujet depuis 1980 qui sera considérée comme « le premier réquisitoire vraiment structuré contre l'utilisation large de l'épisiotomie » (Jacquetin, 2006). Après la publication de ces études qui démontrent l'absence d'intérêt d'une épisiotomie systématique, différents organismes vont produire des recommandations officielles tendant à la limitation de la pratique : l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) produit un guide pratique en 1996 proposant un taux d'épisiotomie à 10%, ce qui aurait eu un impact avéré sur les pratiques obstétricales dans la mesure où une baisse du nombre d'épisiotomies a été notée entre la publication de ce guide et 2004-2005. En 2005, le CNGOF émettra également des recommandations allant dans le sens d'une diminution de la pratique avec pour objectif un taux inférieur à 30%, rapidement atteint malgré une hétérogénéité sur le territoire (HCE, 2018) (voir partie II-A).

A la suite de ces recommandations, diverses études scientifiques plus récentes visaient à comparer la fréquence des complications faisant suite à l'épisiotomie dans les cas où cette technique est réalisée de manière systématique et lorsqu'elle l'est sur indication médicale. Une étude comparative randomisée de 2008 entre deux maternités universitaires, l'une utilisant le moins possible l'épisiotomie et l'autre systématiquement sur les primipares a fait ressortir qu'aucune différence statistique sur les taux d'incontinence urinaire, de douleur périnéale, de douleurs en cas de relations sexuelles et d'incontinence fécale ne pouvait être observée entre les 307 femmes ayant vécu une épisiotomie systématique et les 320 femmes n'en ayant subi qu'en cas d'indication médicale : il semble donc que pour ces maternités, l'utilisation de l'épisiotomie ne permet pas de prévenir ces complications. L'étude conclut sur le fait qu'une politique d'épisiotomie systématique était associée à deux fois plus d'incontinence anale chez les femmes ayant accouché qu'une politique restrictive (Fritel et al., 2008). Ainsi, une épisiotomie systématique ne protégerait pas les femmes de l'incontinence urinaire ou anale quatre ans après le premier accouchement.

Selon le traité d'obstétrique de Georges Bader, l'épisiotomie « est devenue au cours du XXe siècle l'intervention la plus fréquemment pratiquée sans que ses indications et ses avantages ne soient clairement démontrés » (Bader, 2010). Il précise également que c'est du fait d'une littérature peu abondante sur les indications obstétricales spécifiques que la pratique systématique de l'épisiotomie est favorisée. Pourtant, ce sont les différentes études débutant à partir des années 1980 présentées précédemment sur l'absence de bénéfices d'une systématisation de l'épisiotomie qui vont conduire à une évolution des recommandations d'ordre professionnel et international, entraînant une diminution des taux d'épisiotomie – bien que de manière hétérogène – en France. Ces études découlent directement de la mobilisation des usagères (voir partie I-C-2).

3. Actualités de l'épisiotomie : évolution des recommandations en limitant le recours

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) va produire diverses recommandations à partir des années 1990. En 1996, elle prône une politique restrictive des épisiotomies notamment en raison du « risque infectieux lié à une intervention dans les pays en voie de développement » (Faruel-Fosse, Vendittelli, 2008) et estime dans son guide pratique qu'un taux global de 10% d'épisiotomies devrait être un objectif. En 2008, l'OMS poursuit sa recommandation de pratique restrictive de l'épisiotomie en cas d'accouchement par voie basse non compliqué, dans la mesure où elle est associée à un « risque moindre de traumatisme périnéal postérieur et à une obligation moins fréquente de suture du périnée par rapport à [une] épisiotomie systématique » (OMS, 2008). Elle s'appuie sur le fait qu'aucune différence n'aurait été observée concernant le traumatisme périnéal ou vaginal grave, les douleurs, la dyspareunie ou l'incontinence urinaire entre une pratique restrictive et une pratique systématique de l'épisiotomie. Elle précise toutefois que le risque de traumatisme périnéal antérieur est « quelque peu accru » lorsque l'épisiotomie n'est pas systématique. Enfin en 2018, l'OMS réaffirme sa position en déclarant que l'épisiotomie de routine ou son large emploi ne sont pas recommandés pour les femmes qui accouchent spontanément (OMS, 2018).

En 2005, le CNGOF publie des recommandations pour la pratique clinique allant dans le même sens puisqu'il souligne l'absence d'indications prouvées à la pratique systématique de l'épisiotomie : ni chez la primipare ni chez la multipare, ni pour les manœuvres obstétricales ni pour la macrosomie, ni en cas de présentation par le siège de la face, ni pour des antécédents de lésion, ni pour un rythme cardiaque non rassurant du fœtus ni en cas de macrosomie ou de faible poids de celui-ci. Il propose de viser un taux global de 30% - taux mêlant primipares, multipares, extractions instrumentales ou non - d'épisiotomies contre les 47% réalisées la même année (CIANE, 2013). Ses déclarations en 2018 vont dans le même sens dans la mesure où elles précisent qu'il n'existe pas de preuve pour indiquer une épisiotomie en cas de présentation par le siège, de grossesse gémellaire ou de variété postérieure afin de prévenir une lésion. Le même rapport indique que la pratique d'une épisiotomie n'est pas recommandée pour réduire le risque de lésion obstétricale du sphincter anal (déchirure entraînant l'incontinence) pour un accouchement « normal » entendu au sens physiologique, ni ne peut être indiquée pour réduire le risque de lésion lors d'un accouchement instrumental. Le CNGOF préconise ainsi une pratique restrictive de l'épisiotomie et ne nomme aucune indication médicale légitimant l'épisiotomie systématique. Pourtant, selon une étude menée par un questionnaire en ligne cherchant à évaluer les pratiques liées à l'épisiotomie au sein des membres du CNGOF, 32% des médecins

continuent de faire un recours systématique à l'épisiotomie en cas d'antécédent de lésion obstétricale du sphincter anal (Gachon et al., 2019).

Ainsi, les indications médicales de l'épisiotomie systématique semblent toujours définies par la négative, c'est-à-dire qu'elles précisent des situations dans lesquelles il n'est pas recommandé de la pratiquer de manière systématique sans proposer de situations particulières où l'épisiotomie doit être systématique. Le CNGOF précise que dans toutes ces situations obstétricales spécifiques (présentation par le siège, grossesse gémellaire, ...), l'épisiotomie peut être « judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur ». Selon les recommandations, l'épisiotomie doit donc toujours être réalisée selon la situation qui se présente, et pas selon ses caractéristiques générales. Ces recommandations sont validées par la Haute autorité de santé (HAS, 2018), autorité publique indépendante à caractère scientifique qui publie un communiqué de presse dans lequel elle préconise « de ne pas réaliser d'épisiotomie systématique y compris chez la femme qui accouche pour la première fois : ce recours doit se fonder sur l'expertise clinique de l'accoucheur » (HAS, 2018). Le CNGOF en 2018 a notamment exprimé dans ses recommandations l'absence de bénéfices de l'épisiotomie lors d'un accouchement spontané et qu'elle n'était pas recommandée pour éviter une lésion obstétricale du sphincter anal, dans la mesure où l'importante diminution du taux d'épisiotomie depuis 2005 en France n'avait pas parallèlement engendré une augmentation de cette complication (CNGOF, 2018).

Du côté de l'Ordre des Sages-Femmes, il n'existe pas de recommandations sur les situations nécessitant une épisiotomie mais il s'appuie sur les rapports du Haut Conseil à l'Egalité (HCE) et de l'Académie de médecine pour manifester le fait que les professionnels de santé doivent respecter la physiologie de l'accouchement, ce qui ne peut être fait dans la pratique sans plus de moyens humains et financiers (voir partie III-B).

Il existe ainsi une convergence des organisations de professionnel.les de santé, des sociétés savantes, des recommandations nationales et des organisations internationales vers le refus d'une pratique systématique de l'épisiotomie. Ce consensus a permis une forte baisse du taux d'épisiotomie à partir de 2010 (voir annexe n°2), bien qu'elle ne soit pas homogène dans toutes les maternités du territoire : de fortes disparités sont observées inter et intra territoires, au sein de maternités de même type, lors d'une même situation obstétricale et selon le type de professionnels (HCE, 2018) (voir partie II-A). Pour autant, la baisse des taux d'épisiotomie et le refus de recommander une systématisation de l'épisiotomie dans certains cas ne signifie pas que ne sont plus réalisées d'épisiotomies sans indication médicale, même si elles ne sont plus systématiques. De plus, le CNGOF recommande en 2018 « d'expliquer l'indication et de recueillir l'accord de la femme avant de pratiquer une épisiotomie » (CNGOF, 2018). Outre le fait que le recueil du consentement d'un patient avant une intervention chirurgicale est une obligation légale depuis 2002 (voir partie I-B), cette recommandation du CNGOF

ne semble pas, après lecture des statistiques récentes, avoir été autant diffusée et appliquée que celles sur une pratique restrictive de l'épisiotomie.

Il convient de ce fait d'aborder les contours juridiques encadrant les pratiques médicales en général et particulièrement ceux du recueil du consentement des patientes et de la délivrance d'information. En effet, les revendications autour d'une pratique plus encadrée de l'épisiotomie se concentrent autour de ces deux points-clés qui, s'ils ne sont pas respectés malgré les obligations légales, peuvent engendrer chez certaines femmes la perception de leur épisiotomie comme une violence et les conséquences qui en découlent.

B) Des enjeux juridiques autour de la lutte contre les violences obstétricales : démonstration à travers le cas de l'épisiotomie

Définies institutionnellement en France pour la première fois en 2018 par le Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes, les violences obstétricales sont aujourd'hui un sujet d'actualité sur le territoire. Il s'agira ici d'approfondir le cadre légal entourant la pratique de l'épisiotomie (1), d'expliquer dans quelles conditions elle peut constituer une violence obstétricale (2) et enfin comment les violences obstétricales s'inscrivent au sein de violences sexistes structurelles (3).

1. Le recueil du consentement et la délivrance d'information auprès des parturientes : des obligations légales impactant le ressenti de l'accouchement

Lors de son enquête sur les accouchements de 2013, le CIANE souligne un lien de corrélation entre une absence de consentement et/ou un manque d'informations données à la parturiente et la douleur ressentie après l'épisiotomie. Cette étude repose sur 9 783 accouchements par voie basse (dont 6 300 depuis 2010) et souligne le fait que les femmes s'estiment mieux informées sur cet acte par rapport à leur enquête de 2005, même si dans 85% des cas, le consentement n'est pas recueilli. Or, trois femmes ayant eu une épisiotomie sur quatre disent en avoir souffert, dont 61% plus d'une semaine, sachant que cette proportion est plus importante en cas d'accouchement instrumental : les femmes ayant donné leur consentement sont par ailleurs moins nombreuses à en avoir souffert (65% contre 78% des femmes n'ayant pas donné leur consentement). Le CIANE propose comme hypothèses d'une part le fait que le ressenti des femmes peut dépendre de la manière dont elles ont été traitées et d'autre part que « les équipes le plus respectueuses du consentement seraient aussi celles qui seraient les plus attentives aux suites de l'épisiotomie » (CIANE, 2013). Par ailleurs comme le souligne Mélanie

Déchalotte, journaliste indépendante et autrice de différents documentaires sur la relation soignant soigné, les études nationales de périnatalité ne donnent qu'une « photographie statistique des pratiques » (épisiotomie, césarienne, déclenchement...) sans s'intéresser aux conditions dans lesquelles ces actes sont pratiqués (Déchalotte, 2017). C'est le collectif d'usager.es qu'est le CIANE qui a permis d'objectiver des données sur le recueil du consentement et l'accès à l'information des usagères concernant l'épisiotomie.

Ce taux de 85% d'épisiotomies réalisées sans consentement va donc à l'encontre des recommandations du CNGOF. De la même manière, même si les femmes sont de mieux en mieux informées sur l'épisiotomie par les professionnel.les de santé (un tiers d'entre elles estimaient avoir reçu assez d'information avant 2005 contre 59% aujourd'hui), 12% d'entre elles considèrent ne pas en avoir reçu suffisamment et 29% n'en auraient pas reçu du tout. Celles ayant eu une épisiotomie sont trois fois plus nombreuses à déclarer qu'elles ont bien eu une information, mais insuffisante (CIANE, 2013). Enfin, celles qui considèrent avoir été le mieux informées sont également celles à qui les professionnel.les auraient le plus demandé leur consentement (20%) et moins elles s'estiment informées, moins on leur demande leur consentement. Une femme sur deux sur laquelle a été réalisée une épisiotomie déplore un manque ou une absence totale d'explication sur le motif de l'épisiotomie (Enquête nationale périnatale, 2016). L'étude précédemment citée qui par le biais d'un questionnaire, s'interroge sur les pratiques des médecins membres du CNGOF concernant l'épisiotomie, montre que moins de la moitié des répondants déclare informer les parturientes et leur demander leur consentement avant la réalisation de l'épisiotomie.

Or, le consentement aux soins a été légalisé en France avec la loi Kouchner de 2002 qui promeut la démocratie sanitaire et la codécision médicale entre patient et soignant. En effet, l'article 1111-4 du Code de la santé publique dispose que « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé », que « le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité » et 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 ». Ainsi, tout acte médical réalisé sans le consentement libre et éclairé des parturientes est illégal. Il ne s'agit pas d'incriminer un acte médical douloureux ou violent par essence, que ce soit une épisiotomie ou une trachéotomie mais d'affirmer le droit des patients, ici des parturientes, de recevoir des informations sur la possibilité de subir une épisiotomie, une déchirure ou une césarienne lors de leur accouchement pendant leur grossesse et durant la période prénatale, même si les informations devront être répétées lors de l'accouchement. Un acte médical peut être violent en

intensité, mais les violences obstétricales désignent les actes qui sont violents parce qu'ils ont été réalisés sans indication médicale, sans urgence, sans consentement libre et éclairé des parturientes, voire sans respecter les préconisations : différents témoignages déplorent des épisiotomies réalisées à vif, sans anesthésie (voir annexe n°3). En principe, les parturientes ne ressentent pas l'incision si elle est pratiquée sur un périnée distendu à l'extrême : c'est en cela que l'épisiotomie doit être réalisée sous indication médicale. De la même manière, la réfection de l'épisiotomie, qui dure une vingtaine de minutes dans la mesure où il s'agit de recoudre la paroi vaginale, le muscle releveur de l'anus et la peau, doit être obligatoirement effectué sous anesthésie : or, des femmes attestent l'avoir également vécu à vif (Déchalotte, 2017). Il existe peu de données à propos des moyens utilisés et de leur efficacité pour lutter contre la douleur provoquée par l'épisiotomie et par sa réfection : une étude de 2005 menée dans 207 maternités du Royaume-Uni a révélé une systématisation de l'utilisation d'anesthésiques locaux mais à concentrations et à doses extrêmement variables selon qu'ils soient administrés par des sages-femmes ou par des gynécologues obstétriciens (Verspyck et al., 2006). Il ne semble pas que des études similaires aient été menées sur le territoire français qui puissent permettre de rendre compte de l'existence de différences selon la catégorie professionnelle pratiquant l'épisiotomie.

Se pose ainsi la question de l'autonomie du patient et plus particulièrement de la parturiente : il conviendra de s'interroger sur les raisons pour lesquelles les femmes ont le sentiment d'être infantilisées ou de ne pas « vivre leur accouchement » comme l'attestent de nombreux témoignages, en prenant en compte les perceptions et les contraintes des soignants (voir partie III). Cette notion d'autonomie des patient.es est complexe et questionne la difficulté pour les parturientes de donner un consentement libre et éclairé en cas d'urgence « en l'absence d'un échange préalable d'information sur le processus de travail et de l'accouchement » (Moore, 2018). Cet échange préalable d'informations, pourtant institutionnalisé par la HAS est peu réalisé en pratique (voir partie II-B).

Ainsi, l'absence de recueil d'un consentement libre et éclairé en amont d'une épisiotomie est non seulement illégale mais peut également engendrer de graves séquelles pour certaines femmes pouvant aller d'une gêne à une atteinte à leur intégrité physique voire faire revivre des traumatismes liés à des violences sexuelles (HCE, 2018). L'épisiotomie, à partir du moment où elle est réalisée sans le consentement de la patiente et sans justification médicale constitue une violence obstétricale et un acte sexiste relatif au suivi obstétrical selon la définition présentée ci-après du HCE. Toutefois, il convient de préciser que même un acte consenti peut être considéré, ressenti comme une violence, pour des raisons différentes ou cumulatives suivant les femmes : le fait qu'il ait été pratiqué sans indication médicale, sans urgence, sans information suffisante, sans anesthésie, sans

bienvieillance, sans présentation du ou de la professionnel.le le pratiquant... Consentir à l'épisiotomie ne revient pas à consentir à une épisiotomie réalisée sans respecter ces recommandations, sans quoi elle constitue une violence obstétricale.

2. La nécessité revendiquée de définir juridiquement les violences obstétricales

Le terme de « violence obstétricale » est apparu en Amérique latine dans les années 2000 et est né d'un activisme féministe global rassemblant des actions d'ONG, d'organisations internationales, de « politiques de développement intégrant de plus en plus la dimension du genre », de « groupes féministes luttant pour les droits reproductifs des femmes et « l'humanisation de la naissance » » (Audibert, 2016, citée par HCE, 2018). C'est à la suite ces revendications qu'ont légiféré différents pays d'Amérique latine. C'est le cas notamment du Venezuela qui a légiféré en 2007 en définissant la violence obstétricale par différents types d'actes (le fait d'obliger les parturientes à accoucher en position gynécologique, le fait de déclencher ou accélérer une naissance ou de pratiquer une césarienne sans le consentement éclairé préalable de la parturiente...). L'Argentine va également dans ce sens en promulguant la loi du 11 mars 2009 définissant la violence obstétricale comme « celle qu'exerce le personnel de santé sur le corps et les processus de reproduction des femmes, un traitement déshumanisé, l'abus de la médicalisation et la pathologisation des processus naturels ». Une dizaine d'Etats du Mexique ont également légiféré en ce sens (HCE, 2018).

En 2014, c'est l'OMS qui fait état de mauvais traitements des femmes lors de leur accouchement et affirme que ceux-ci constituent « non seulement une violation de leurs droits à des soins fondés sur le respect, mais il constitue aussi une menace à leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination » (OMS, 2014). S'en suit alors, notamment en France, une mise en lumière dans l'arène médiatique des pratiques obstétricales et gynécologiques largement contestables et surtout très répandues dans le suivi des femmes (voir partie I-C).

L'absence de consentement ne constituerait ainsi qu'une des nombreuses facettes de la notion de violences obstétricales : juridiquement, bien que la question du consentement ait été introduite par la loi Kouchner de 2002, celle-ci n'aborde pas la situation de l'accouchement ou de la santé féminine spécifiquement, conduisant à un vide juridique sur les sujets des violences obstétricales et gynécologiques. Dès lors, est devenue une nécessité de nommer ces violences subies lors du suivi obstétrical, première étape pour pouvoir les dénoncer. Différents acteurs en proposent une définition.

Selon le Haut Conseil à l'Egalité entre les hommes et les femmes, créé par décret en 2013 et devant rédiger annuellement un rapport sur l'état du sexisme en France, les violences obstétricales sont des « actes exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente comme l'épisiotomie » et revient à un type d'acte sexiste relatif au suivi gynécologique et obstétrique (HCE, 2018). Pour Marie-Hélène La Haye, blogueuse, juriste et lanceuse d'alerte belge sur les conditions dans lesquelles les femmes accouchent définit les violences obstétricales dans son blog « Marie accouche là » comme « tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente ». Pour Diane Roman, professeure de droit public, droit des libertés fondamentales et droit sanitaire et social, cette définition n'implique en revanche qu'implicitement la notion de violence et mérite d'être complétée : pour elle, : « constitue une violence obstétricale tout acte, positif ou négatif, commis par le personnel de santé à l'encontre d'une femme enceinte ou d'une parturiente, portant atteinte à son intégrité physique ou psychologique et soit qui n'est pas justifié médicalement, compte tenu des informations disponibles à la date de l'acte, soit qui est réalisé sans son consentement libre et éclairé » : cette définition concerne exclusivement la parturiente mais selon son autrice, elle pourrait être étendue « à toutes formes de violences gynécologiques, en dehors du cadre de la grossesse ou en amont de celle-ci » (Roman, 2017).

Toutefois, ces violences obstétricales ne sont à ce jour pas pénalement répréhensibles. Après la difficulté à les définir, s'ajoute un nouvel obstacle à la reconnaissance d'un acte obstétrical comme portant atteinte aux femmes car constituant une violence : la qualification de cet acte comme illicite. Différentes contraintes vont complexifier l'identification de ces pratiques.

D'une part, on peut supposer que la charge de la preuve incomberait à la personne s'estimant victime, tout comme pour une situation de viol ou d'agression sexuelle. Il faudrait prouver l'absence de justification médicale de l'acte : le Code de déontologie médicale oblige le soignant à se conformer aux données acquises par la science. Pour le cas de l'épisiotomie, la jurisprudence est aujourd'hui limitée dans la mesure où les contentieux n'ont jamais porté spécifiquement sur la pratique de l'épisiotomie mais sur plusieurs événements de l'accouchement (voir annexe n°4). De plus, il faudrait apporter la preuve de l'absence d'un consentement libre et éclairé de la patiente au regard de l'article L1111-4 du Code de la santé publique : en effet, il faut distinguer le réel consentement éclairé à un acte d'une acceptation donnée par résignation par les parturientes lors du travail. La HAS a par exemple qualifié de violence obstétricale le fait de convaincre une femme de subir un accouchement prématuré.

Dans la mesure où les violences obstétricales ne sont pas juridiquement définies, comment les femmes s'estimant victimes de celles-ci peuvent-elles faire un recours pour obtenir d'une part une

reconnaissance, et d'autre part réparation du préjudice subi ? L'ouvrage « Notre corps, nous-mêmes » publié en 2020 par le collectif du même nom, conseille aux femmes de saisir la Commission des usagers présente dans chaque établissement public de santé et qui convoquera obligatoirement le ou la professionnel.le concerné.e pour que celui.celle-ci dépose sa déclaration. Le même ouvrage déplore le caractère moins sûr d'une plainte déposée auprès de l'Ordre des médecins qui serait « plus prompt à défendre les intérêts corporatistes de la profession qu'à en condamner les agissements » en prenant l'exemple du docteur Hazout (aujourd'hui radié), gynécologue spécialiste de la procréation médicalement assistée ayant agressé sexuellement et violé de nombreuses patientes entre 1985 et 2013, bien que l'Ordre ait reçu des signalements dès 1985.

Toutefois, sanctionner juridiquement les violences obstétricales n'a de sens que si cette démarche s'inscrit dans une recherche d'amélioration structurelle des conditions de vie des femmes, c'est-à-dire dans un mouvement d'enrayement d'un sexisme et d'un patriarcat systémiques.

3. Les violences obstétricales, face émergée des violences envers les femmes d'ordre systémique

Dans son rapport sur les violences obstétricales, le HCE propose un état des lieux de la manière dont d'autres pays du monde, particulièrement d'Amérique du sud, appréhendent les violences obstétricales. Comme vu précédemment, le Venezuela a légiféré sur les violences obstétricales en 2007 et devient le premier pays au monde à adopter une loi les condamnant. Au Mexique, l'Etat du Chiapas a également défini juridiquement les violences obstétricales en 2011 comme « l'appropriation du corps et des processus de reproduction des femmes par le personnel de santé, qui se manifeste par un traitement déshumanisé, un abus de la médicalisation et de la pathologisation des processus naturels, qui entraîne une perte d'autonomie et de la capacité à décider librement sur leur corps et leur sexualité » (Gobierno del Estado de Chiapas, 2016, traduction de Mounia El Kotni). Il les sanctionne également pénalement de deux à trois années de prison ainsi qu'une amende pour toute personne qui « altère le processus naturel à travers l'utilisation de techniques d'accélération [de l'accouchement], sans obtenir le consentement volontaire, explicite et éclairé de la femme ». Le HCE note que les « réflexions et avancées dans ces pays visent un accompagnement respectueux et bientraitant de la grossesse et de l'accouchement, qui pourrait inspirer la France » en nuancant tout de même la comparabilité avec ces Etats. En effet, l'avortement est restreint au Mexique, en Argentine, au Brésil et au Venezuela au cas où la grossesse met en danger les femmes enceintes : dès lors, le HCE pointe le fait que ces politiques anti-avortement peuvent être liées à la volonté d'améliorer les conditions de la grossesse et de l'accouchement (HCE, 2018). Par ailleurs, les taux de césarienne sont extrêmement hauts en Amérique

latine dans la mesure où 44,3% des naissances auraient eu lieu par césarienne (The Lancet, 2018), avec notamment 54% de naissances par césarienne au Brésil dont 80% dans le secteur privé (OMS, 2011). Ces taux ne correspondent pas à une nécessité plus médicale qu'ailleurs mais à de multiples facteurs tels que l'avantage pour les professionnel.les (et pour certaines parturientes) d'un accouchement beaucoup moins long ou d'une crainte des parturientes de l'accouchement naturel. Ces facteurs découlent de nombreuses constructions développées en partie III.

C'est donc la question du consentement qui est au cœur de ces lois mais aussi des débats autour des violences obstétricales dans leur globalité. Or, comme vu précédemment, la seule absence de consentement n'est pas la seule forme de violence obstétricale existant. Comme le démontre l'anthropologue Mounia El Kotni, les violences obstétricales relèvent « à la fois du registre de la violence systémique et de la violence interpersonnelle [et] sont traversées par les rapports sociaux de domination (âge, classe, race, genre, orientation sexuelle, etc.) » (El Kotni, 2018). Dès lors, ces lois sur les violences obstétricales s'appuient sur le modèle d'un.e individu.e rationnel.le et informé.e, sans prendre en compte les différenciations. En effet et comme vu précédemment, ne pas respecter le consentement d'une femme constitue une violence obstétricale, mais un consentement ne protège pas les parturientes d'autres éventuelles formes de violence. De plus, les violences obstétricales ne sauraient se résumer à des gestes et à des actes non consentis mais doivent être considérées dans une acception plus profonde, celle d'inégalités structurelles à l'égard des femmes et en prenant en compte des différenciations entre toutes ces femmes qui accèdent aux soins de l'obstétrique (en prenant en compte le fait que toutes les femmes n'ont pas accès aux soins). Lors de son enquête, Mounia El Kotni a ainsi pu assister à des accouchements où les femmes ne parlaient pas la langue des professionnel.les et donc ne pouvaient ni comprendre, ni s'exprimer, où des remarques racistes et sexistes étaient proférées et où le consentement n'était pas toujours recueilli. Elle souligne que les violences obstétricales sont un élément d'éclairage des « rapports de pouvoir entre femmes pauvres et institutions de santé mexicaines » (El Kotni, 2018). Une étude ethnographique montre de son côté le déplacement du discours des sages-femmes mexicaines d'une critique de l'hypermédicalisation de l'accouchement à une critique de la violence obstétricale : dans un contexte de violence sociale endémique, les sages-femmes ayant pu « regagner de l'autorité sur la santé reproductive en travaillant à l'intérieur des hôpitaux [...] se rendent compte que le problème ne réside pas tant dans la médicalisation que dans la violence et dans les violations des droits » (Zacher Dixon, 2015). Dès lors, ces sages-femmes ont recentré la question des pratiques obstétricales sur la violence, le genre et les inégalités plutôt que sur la médicalisation.

En effet, les violences obstétricales se situent à l'intersection des violences systémiques, c'est-à-dire liées à des systèmes d'oppression interagissant entre eux telles que le sexisme ou le racisme par exemple et des violences de genre, qui selon le HCE concernent les violences faites aux femmes parce qu'elles sont des femmes. Dès lors, définir les violences obstétricales et les inscrire dans la loi ne revient pas à les enrayer dans la mesure où elles s'inscrivent dans des violences sexistes structurelles : la lutte contre ce type de violences doit donc s'inscrire dans une lutte contre les violences envers les femmes en général. Ainsi, légiférer sur le recueil du consentement lors d'un acte médical et particulièrement obstétrical est certes une première pierre à l'édifice, mais ne pourrait suffire à enrayer les violences obstétricales. Toujours selon Mounia El Kotni, un respect des patientes, qui serait structurel, passe notamment par une formation du personnel médical aux violences obstétricales mais également par une amélioration des conditions matérielles d'exercice (voir partie III-B). C'est notamment ce que déplore le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes sur son site internet, qui relie la problématique des violences obstétricales « à la place accordée aux patientes, au temps qui leur est prodigué et à la qualité du dialogue entre celles-ci et les soignants ». En effet, les conditions d'accueil des parturientes et l'organisation actuelle des maternités telles que les sous-effectifs, la surcharge de travail dans les salles d'accouchement engendrent une diminution du temps passé avec les patientes et ont un impact sur la qualité de leur prise en charge. Assurer une prise en charge sans violences obstétricales ne semble donc possible qu'avec plus de sensibilisation du personnel soignant lors de leur formation, mais également avec plus de moyens financiers et humains au sein des structures de santé. Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes préconise de « repenser de façon globale l'organisation des maternités (...) en donnant aux femmes la place centrale qui leur est due lors de leur grossesse et de leur accouchement » (CNOSF, 2017).

Ces déclarations vont ainsi dans le sens des mouvements se décrivant comme féministes ou non, revendiquant le droit à un accouchement respecté. Il convient de développer le rôle majeur de ces groupes dans la médiatisation des violences obstétricales et l'évolution des pratiques.

C) Place et rôle des postures féministes à l'égard de l'épisiotomie

Le renversement des recommandations d'un recours systématique à restrictif de l'épisiotomie découle directement de la mobilisation des usagères dans une trajectoire féministe. En effet, l'évolution des thématiques portées par ce mouvement (1) a engendré une réappropriation des savoirs des parturientes face à ceux des soignant.es (2) menant à la publicisation des violences obstétricales, notamment par l'exemple de l'épisiotomie (3).

1. La grossesse et l'accouchement, des thématiques nouvellement féministes

Bien qu'aujourd'hui les revendications autour de l'accouchement s'inscrivent dans des revendications féministes, la période de 1970 à 1975 est « celle de la théorie de la maternité comme esclavage¹ et voit se développer l'utopie de l'émancipation immédiate des femmes » (Fortino, 1997). En effet, les mouvements féministes de l'époque étaient focalisés sur le droit à la contraception et à l'avortement² (Cascales et Négrié, 2018), délaissant de ce fait les difficultés des femmes mères, qui si elles étaient militantes, pouvaient subir « une sorte de mise au ban ou [un] jugement collectif plus ou moins explicite et violent à leur encontre » de la part des autres militantes (Fortino, 1997). La lutte pour le droit à la contraception était un enjeu majeur dans la mesure où il permettait aux femmes d'acquérir une autonomie reproductive et de ce fait, un meilleur accès à l'éducation, au marché du travail, et à un espace de décision dans leur vie sexuelle, conjugale et parentale (De Koninck, 2015). Dès lors, le modèle médical a pu gagner en emprise sur le corps des femmes, femmes qui mesurent aujourd'hui que ce n'est pas forcément le salariat qui mène à la libération (Federici, 2016). En effet, les accès à la contraception et à l'avortement ont mené à une évolution des relations sociales mais n'ont pas changé les rapports sociaux de sexe/genre : la société française – mais pas qu'elle – reste aujourd'hui structurellement sexiste, avec les mêmes dynamiques de culture du viol, de charge mentale et d'inégalités de salaire notamment (De Koninck, 2015). Cette prise de conscience a permis, selon Béatrice Cascales et Laëticia Négrié, respectivement conseillère au Planning Familial et accompagnante à la naissance, de considérer aujourd'hui les questions de la grossesse et de l'accouchement comme des enjeux féministes : de nombreux mouvements ont émergé pour une naissance respectée, même s'ils n'acceptent pas tous l'attribution d'une étiquette féministe dans la mesure où ils refusent « de politiser leurs actions et leurs discours » (Cascales et Négrié, 2018).

L'obtention des droits à la contraception et à l'avortement se sont obtenus par un compromis, celui de substituer un contrôle médical à un contrôle juridique, asseyant un contrôle paternaliste de la part du corps médical sur le corps des femmes : cela solidifie une vision de « mal à soigner pour les médecins ». Les progrès médicaux, ayant permis une chute des taux de mortalité lors de l'accouchement, sont encouragés par des féminismes « revendiquant un accouchement médicalisé, sécurisé, encadré par les institutions médicales et libérant les parturientes de sa dangerosité » (Cascales et Négrié, 2018). Les femmes ont ainsi pu acquérir une plus grande autonomie reproductive grâce à un recours à la

¹ Il conviendrait de critiquer l'usage de ce terme, largement répandu dans le mouvement féministe bourgeois blanc des années 1970.

² Il conviendrait également de compléter avec l'absence de mobilisation de ce mouvement féministe pour les femmes réunionnaises, avortées et stérilisées de force à la même époque (Françoise Vergès, *Le ventre des femmes*, 2019).

technique, aujourd'hui dénoncé par des mouvements féministes qui le relie à la croissance d'un pouvoir externe, le pouvoir médical, qui dévalorise le potentiel reproducteur féminin qui, naturellement ou physiologiquement, ne serait pas capable de se passer de la médecine lors de la grossesse et de l'accouchement, ce qui crée une illusion d'émancipation (De Koninck, 2015). En effet, le rôle des conditions entourant la procréation est sous-estimé tandis que l'intervention technique, venant de la science et de la médecine, est surestimée et engendre une réduction de ce pouvoir reproducteur des femmes. C'est notamment ce que l'on constate avec la pathologisation de l'accouchement et le schéma découlant d'une crainte des risques (voir partie III-A). Le recours à des techniques médicales, entretenues par certains membres du corps soignant comme un instrument féministe puisqu'ils visent à réduire les douleurs des femmes peut être perçu comme la réduction de l'apport actif des femmes dans l'accouchement, et donc une réduction du caractère humain de celui-ci (De Koninck, 2015).

Aujourd'hui, les mouvements – qu'ils se revendiquent comme féministes ou non – pour une naissance respectée ne semblent pas porter une diabolisation du corps médical et du fait de bénéficier de ces savoirs, mais revendiquent plutôt le droit pour les femmes d'avoir un réel choix sur la manière dont elles souhaitent vivre leur accouchement : peuvent être pris comme exemple le fait qu'il relève du parcours du combattant de vivre un accouchement à domicile pour les grossesses physiologiques ou les pressions exercées dans certaines structures et par certain.e.s professionnel.les de santé pour pratiquer tel acte médical, différencié selon la patientèle et selon le ou la praticien.ne. La sécurité de la naissance ayant été consolidée par le progrès médical, les revendications actuelles se tournent ainsi vers une nouvelle exigence, celle d'une prise en compte des souhaits, du ressenti, des peurs et du vécu des femmes pendant le suivi de leur grossesse et pendant leur accouchement.

2. Les conflits entre savoirs des sachants et la réappropriation des savoirs dits « profanes »

Pour rappel, la systématisation de l'épisiotomie est entrée dans les mœurs médicales en ne reposant sur aucune base scientifique. Dès lors, les femmes se sont saisies de cette « faille » pour questionner le corps médical sur la pratique de l'épisiotomie. Selon le chercheur canadien Ian Graham, les évolutions liées aux recommandations quant à la pratique de l'épisiotomie se sont faites dans un raisonnement inverse de l'approche positiviste, qui suppose que la science est l'unique responsable de l'innovation médicale. En effet, c'est la technologie médicale qui est censée être le produit de la science, dont la pensée scientifique détermine les moyens de l'adopter et de l'utiliser. Or, l'innovation

médicale concernant l'épisiotomie à travers l'évolution des recommandations découle du produit d'une activité humaine et sociale. Ce sont les femmes, « profanes », qui ont remis en cause la pratique de l'épisiotomie, des usagères ne disposant pas nécessairement d'une formation médicale mais ayant conscience selon leur expérience qu'elles ont pu subir des actes médicaux pas toujours nécessaires et pouvant constituer une violence.

L'épisiotomie n'est pas le seul débat ayant mis en lumière le rôle que pouvaient tenir les « profanes » dans l'émergence d'un problème public. Le terme profane, désignant celui se tenant devant le temple, a une définition négative : c'est celui qui n'est pas compétent, pas concerné, pas habilité (Salman, Topçu, 2015). Utiliser ce terme revient donc à asseoir l'idée que l'expertise scientifique est détenue par une sorte d'élite, présentée comme la seule légitime. Or, le sociologue américain Phil Brown a notamment analysé comment ces « profanes » ont pu mettre en place une épidémiologie populaire en développant des hypothèses liées aux causes multiples des cas de leucémies dans le Massachussets et en inventant des méthodes nouvelles d'enquête et d'analyse (Brown, 1992). Or comme il l'a été précisé plus haut, les collectifs du CIANE et de l'AFAR ont mis en place leurs propres enquêtes épidémiologiques par des recueils de témoignages et de statistiques, pour combler le manque d'enquêtes publiques notamment sur l'épisiotomie, enquêtes relayées par le HCE notamment et permettant d'objectiver le sujet (voir partie I-A-3). Le rapport du CNGOF de 2005 proposant de nouvelles recommandations, dont celle de ne pas réaliser d'épisiotomies systématiques, découle directement de cette mobilisation ; comme vu précédemment, il proposera un taux de 30% d'épisiotomies qui sera jugé trop élevé par le CIANE dans un document de relecture (CIANE, 2005). De la même manière, Steve Epstein a montré comment les militants de la lutte contre le SIDA aux Etats-Unis, profanes initialement, ont progressivement réussi à intervenir dans les questions scientifiques liées au traitement et à prendre part aux comités d'experts (Epstein, 1995), tout comme aujourd'hui les femmes et les associations pour un accouchement respecté luttent pour avoir une voix auprès des instances de santé. Enfin, ces « profanes » remettent en cause l'autorité des savoirs issus de la « recherche confinée » en laboratoire en élaborant leurs propres savoirs issus de leur expérience, en devenant des spécialistes sur les sujets qui les concernent (Callon et al., 2001). Dès lors, des personnes n'ayant pas initialement de formation scientifique sont capables d'entrer dans une logique de production scientifique : on parle aujourd'hui d'expertise profane, notion dont se sont emparées les institutions dans le cadre d'une politique d'ouverture et de dialogue avec la société civile : les hôpitaux publics sont notamment aujourd'hui dotés d'une commission des usagers. Or, les chercheuses Scarlett Salman et Sezin Topçu pointent les risques de la revendication par ces « profanes » d'une reconnaissance de leur expérience et de leur vécu comme une forme de compétence, dans la mesure

où lorsque cette expérience découle d'une souffrance par exemple, il existe des risques d'individualisation et de subjectivation, menant de fait à un désengagement des autorités publiques.

Le fait de dénoncer des pratiques obstétricales violentes sur les réseaux sociaux a notamment engendré une remise en cause de ces témoignages, notamment sur la question du « point du mari » (voir partie I-C-3) qui serait « dans la tête des femmes » selon l'ancien président du Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France, Jean Marty. En effet, celui-ci souligne que « vous avez aussi des femmes qui sont bien dans la victimologie, qui se retrouvent dans une forme de souffrance parce qu'elles arrivent à susciter l'intérêt » dans un entretien au journal *Le Monde* en 2014. Ce cas précis permet de révéler le fait que la légitimité des témoignages – particulièrement lorsqu'il s'agit de femmes – est sans cesse remis en cause, comme cela a pu être le cas avec les mouvements #MeToo et #BalanceTonPorc, certains ayant été considérés comme diffamatoires. Pour autant, les nombreuses mobilisations ont, comme souligné précédemment, permis de nouvelles recommandations de la part du CNGOF et de l'OMS.

C'est dès le début des années 2000 que débute le processus de mobilisation des femmes pour un accouchement respecté et pour une pratique reposant sur indication médicale nécessaire de l'épisiotomie. L'Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR) créé en 2003 réunit des parents, futurs parents et professionnels de la naissance ou de la petite enfance ainsi que des associations dans le but de promouvoir, comme son nom l'indique, un respect de l'accouchement et se veut être une source exhaustive d'information afin que les personnes concernées puissent choisir en connaissance de cause, indispensable pour faire un choix éclairé et se réapproprier la naissance. En plus de l'information, elle possède la capacité juridique d'ester en justice pour la défense des usagers des services obstétricaux dont les droits n'ont pas été respectés (capacité juridique obtenue grâce à la loi Kouchner de 2002). Cette association met en place dès 2004 la Semaine Mondiale de l'Accouchement respecté, centrée sur l'épisiotomie cette année-là dans le but d'informer sur son caractère systématique malgré le fait que sa nécessité est mise en cause et permettra un intérêt de la part du corps médical, les recommandations qui suivront, ainsi qu'une médiatisation. En 2016, l'AFAR publie une revue de littérature de publications internationales de 68 pages sur le thème « de la violence ou maltraitance d'origine médicale vécue par les femmes pendant leur grossesse et leur accouchement », document portant le nom de Violence obstétricale, concordant avec sa volonté de maximiser l'information. Ce rapport est en français et produit des résumés d'études le plus souvent anglophones, permettant leur accessibilité.

De la même manière, le CIANE, collectif constitué d'associations françaises concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie et étant agréé pour la

représentation des usagers dans le système de santé selon leur site internet est sans doute l'un des principaux acteurs de cette mobilisation au niveau national. En effet, il se constitue en 2003 afin de participer aux Etats généraux de la naissance en juin 2003 au Ministère de la Santé pour porter, à part égale avec les professionnel.les, « une parole structurée et collective des femmes et des couples souhaitant une évolution de la périnatalité en France ». Il dénonce le taux de 50% d'épisiotomies de l'époque, le comparant avec celui de la Suède (6%) dans une lettre destinée à Xavier Bertrand, alors Ministre de la Santé en 2004 et dénonce une surmédicalisation qui découlerait d'un déséquilibre entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciens, les premier.ères étant trop peu nombreuses par rapport aux second.es.

Ainsi, c'est en remettant en question l'épisiotomie dans les médias et en militant à destination des pouvoirs publics que ces femmes, dites « profanes », ont obligé les professionnel.les à se questionner sur leurs pratiques en menant de nouvelles études scientifiques sur la question, ayant finalement abouti à de nouvelles recommandations du CNGOF et de l'OMS notamment. Selon le chercheur Ian Graham, cette mobilisation contre l'épisiotomie systématique avait d'ailleurs engendré une baisse du recours à cet acte avant les premiers résultats des recherches scientifiques.

Parallèlement et comme vu plus haut, l'expression « violences gynécologiques et obstétricales » est apparue en Amérique latine au début des années 2000 et s'est diffusée dans le monde anglo-saxon, tandis qu'elle apparaît à partir de 2014 en France. Ces termes ont permis de mettre en lumière et sous un angle féministe la spécificité des maltraitements subies par les femmes dans le cadre de la relation de soins (HCE, 2018).

3. La réappropriation de la parole des femmes ayant permis la médiatisation des violences obstétricales

En France, le terme de violence obstétricale et gynécologique a été plus ou moins banalisé ces dernières années, notamment du fait des réseaux sociaux qui ont permis de multiplier les témoignages de femmes dénonçant des suivis gynécologique et obstétrical porteurs d'injonctions sexistes, d'actes médicaux non nécessaires voire allant jusqu'à des violences sexuelles (HCE, 2018). Ce fut notamment le cas avec le lancement de l'hashtag #PayeTonUtérus en 2014 et mentionné par plus de 7000 tweets en 24 heures et toujours actif aujourd'hui qui dénonce les mauvais traitements vécus par des milliers de femmes en raison de leur genre : pour des consultations en lien avec leur santé sexuelle et reproductive ou pour raisons médicales, à la pharmacie... Cet hashtag fut lancé par une étudiante en pharmacie, interloquée par le fait que ses cours à l'université « n'abordent pas les patients comme des gens, mais comme des pathologies » (Le Monde, 2014). L'abondance des témoignages a permis de «

limiter la possible critique du caractère anecdotique ou individuel associé au format témoignage, et d'obtenir l'émergence rapide d'un problème public » (Audibert, 2016).

La même année, la chroniqueuse Isabelle Alonso relaie sur son blog un article d'Agnès Ledig sur la pratique du « point du mari », en précisant son caractère peu fréquent, consistant à réaliser des points de suture supplémentaires lors d'une épisiotomie dans le but d'accroître le plaisir du partenaire (masculin) lors des rapports sexuels, permettant de ce fait non seulement un afflux de témoignages sur les forums en ligne et les réseaux sociaux mais également la publication de nombreux articles de presse et de tribunes. Cela a notamment permis d'affirmer la visibilité du CIANE, qui publie une tribune attestant des nombreux témoignages recueillis par le collectif montrant que l'épisiotomie « peut être extrêmement mal vécu[e] par les femmes, parfois comme un viol ». A la suite de ces deux mises en lumière des comportements sexistes voire violents dans la pratique médicale, le Tumblr « Je n'ai pas consenti » est créé par Béatrice Kammerer, Anne-Charlotte Husson et Marie-Hélène La Haye en 2015 et recueille lui aussi des témoignages.

En 2015 sont rendues publiques des extraits de maquettes d'enseignement de l'Université de médecine de Lyon évoquant des touchers vaginaux sous anesthésie générale, c'est-à-dire des pénétrations sexuelles commises sur une personne ne pouvant donner son contentement puisqu'inconsciente (correspondant de fait à la définition juridique du viol). Cette affaire déclenche de fortes protestations et un questionnaire sur la manière dont le respect des patients, et plus particulièrement ici des femmes, est enseigné dans les lieux de formation des futurs soignants. Largement relayée dans les médias, cette polémique conduit à la saisine de la Conférence des doyens des facultés de médecine par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Marisol Touraine, pour obtenir un rapport sur les conditions d'apprentissage de l'examen pelvien (vaginal et rectal) sur des patient.es endormi.es (HCE, 2018). C'est la première prise de parole politique sur le sujet. Selon ce rapport rendu le 27 octobre 2015, 33% des touchers vaginaux et rectaux avaient été pratiqués sans consentement lorsqu'ils étaient réalisés par des étudiants de première à troisième année de médecine et 20% l'étaient toujours pour les étudiants de quatrième à sixième année de médecine. Lors de son audition au HCE en 2018, le nouveau président de la Conférence des doyens des facultés de médecine indiquait que ces pratiques se faisaient dorénavant sur des mannequins.

Ce sont donc ces dénonciations sur internet par des personnes qui ne sont pas des professionnelles qui ont permis de mobiliser la presse, de permettre ainsi une mise en lumière de ces traitements systémiques puis de mobiliser les pouvoirs publics. En janvier 2017 sont également créés le Tumblr et la page Facebook « Paye ton gynéco » recensant divers témoignages de sexisme et de violences lors des consultations.

Le 20 juillet 2017, c'est la Secrétaire d'Etat chargée de l'Egalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa qui s'empare du sujet des violences obstétricales, devenant la première personnalité politique française – et seule à ce jour – à les avoir nommées. Elle commande un rapport au HCE en évoquant un taux d'épisiotomie à 75% et des pratiques obstétricales non consenties dans le but « d'objectiver le phénomène » et « d'identifier des leviers pour améliorer la situation » (HCE, 2018). Cela provoque un tollé du côté des professionnel.les de la gynécologie et de l'obstétrique dans la mesure où les chiffres sur l'épisiotomie donnés étant erronés, Marlène Schiappa maltraiterait la profession dans son ensemble et induirait une perte de confiance envers les gynécologues et obstétriciens selon Israël Nisrand, président du CNGOF. Celui-ci regrette également que ce rapport ait été commandé par la Secrétaire en charge de l'Egalité entre les femmes et les hommes et pas par le Ministère de la Santé, considérant ce fait comme insultant pour toute la profession.

Ces dénonciations des violences obstétricales s'inscrivent dans un mouvement mondial de libération de la parole des femmes (nombreux mouvements féministes, NousToutes, MeToo,) qui promeut un contexte émancipatoire allant jusqu'aux soins obstétricaux et gynécologiques. La question des actes sexistes lors des suivis gynécologique et obstétrical a émergé de la dénonciation des actes effectués sans le consentement des femmes grâce à un afflux de témoignages. Cela représente le « symbole d'un abaissement du seuil de tolérance au sexisme et une véritable libération de la parole des femmes » sur ce qui se déroule dans les structures de soins (HCE, 2018). Emerge dans le débat public la sphère de l'intime, que ce soient des victimes de viols ou de soins violents relatifs à la vie sexuelle et reproductive des femmes permettant de médiatiser, d'inscrire dans l'arène médiatique le fait que ces violences existent. Internet a ainsi permis de créer une sorte de communauté de personnes partageant leur expérience au sujet de ces violences et une augmentation de l'accès à l'information, engendrant de fait une mobilisation d'acteurs se basant sur des témoignages d'usagères mais également sur une littérature scientifique solide. Les nombreuses possibilités offertes par internet n'ont donc pas permis de révéler des comportements nouveaux, mais plutôt de rendre compte du fait que ces violences découlent de violences structurelles bien plus anciennes. Selon la typologie de Danièle Carricaburu, on passe ainsi d'un confinement du problème des violences obstétricales dans la sphère privée à un déconfinement de celles-ci sur la toile (Carricaburu, 2009).

Aujourd'hui, de nombreux documentaires, podcasts et ouvrages accessibles pour des personnes n'étant pas spécialisées du domaine médical sont régulièrement publiés et réalisés sur le sujet et montrent une réelle appropriation du sujet par des « profanes ». Ce sont eux et elles qui vont instruire finalement la population en donnant des conseils, parfois jusqu'à des formations pour prévenir les violences gynécologiques et obstétricales et s'en protéger, le tout par un accès à l'information très abondant et basé sur de la littérature scientifique.

Ainsi, l'épisiotomie du fait de sa médiatisation semble apparaître comme le symbole des violences obstétricales en France. Pratique décriée lorsqu'elle constitue une violence, elle resterait encore aujourd'hui largement employée chez les primipares qui dans leurs nombreux témoignages font état de conditions qu'elles considèrent comme abusives. Il convient alors de s'interroger sur les causes de ce recours à l'épisiotomie en l'absence d'indications médicales ou dans des conditions violentes et en élargissant notre propos à d'autres actes médicaux : en effet, les facteurs qu'ils soient conscients ou inconscients, semblent d'une part être systémiques mais d'autre part peuvent être propres aux professionnel.les de la naissance.

Partie II : Expériences professionnelles autour de l'épisiotomie

Après avoir décrit les mobilisations des parturientes et des femmes en général contre les pratiques obstétricales violentes et abusives qui leur sont destinées, il s'agira de se centrer sur la pratique concrète des professionnel.les de l'épisiotomie. L'objectif est de comprendre les disparités au sein du territoire métropolitain³ différenciant le taux moyen d'épisiotomie en France (A), le recours à cet acte et comment leur pratique s'articule avec les revendications des parturientes (B).

A) Hétérogénéité de la pratique de l'épisiotomie

Après avoir noté que la moyenne du taux d'épisiotomie était de 20,1% en 2016, il s'agit de s'interroger sur l'éventuelle existence d'une variation des taux entre les maternités dans l'objectif d'étudier si ses causes relèvent de caractéristiques propres aux parturientes (1) et/ou aux établissements (2) et/ou aux professionnel.les (3).

1. Hypothèse 1 : Les caractéristiques des parturientes influencent le taux d'épisiotomie

L'enquête nationale périnatale de 2016 souligne que cette moyenne du taux d'épisiotomie chez les parturientes gomme de grandes disparités entre primipares et multipares : les premières ont un taux d'épisiotomie plus de trois fois plus élevé que les secondes (34,9% contre 9,8%).

³ En effet, les départements et régions d'outre-mer ont des taux d'épisiotomie très variables - bien en deçà de la moyenne nationale - tenant à des facteurs spécifiques rendant la comparaison France métropolitaine impossible dans ce mémoire.

Toutefois, les taux d'épisiotomie entre primipares et entre multipares varient amplement, peu importe le type de maternité (voir la partie II-B-2). Par exemple, la clinique mutualiste La Sagesse de Rennes, établissement de santé privé d'intérêt collectif de type 2A, a un taux d'épisiotomie pour les primipares de 14% et de 4% pour les multipares ; le centre hospitalier de Châteaubriant, (situé en milieu rural au milieu d'un triangle formé par les aires urbaines de Rennes, Nantes et Angers et qui est la fusion de trois établissements en 2013) également de type 2A, a pour sa part un taux d'épisiotomie pour le premier enfant de 44% et pour les enfants suivants de 17% (voir tableau n°1 page 34). Ces données sont proposées par le journal Le Monde qui recense des informations chiffrées sur les pratiques médicales de différentes maternités en 2016, en collaboration avec la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité. Outre les variations intrarégionales, développées ci-après, des chercheuses en épidémiologie obstétricale de l'Inserm ont également pointé des variations entre les régions dans l'enquête « L'épisiotomie en France en 2010 : variations des pratiques selon le contexte obstétrical et le lieu d'accouchement » publié en 2016 (Chuilon et al., 2016). Elles se sont alors interrogées sur les causes de ces variations territoriales, si les taux d'épisiotomie variaient finalement suivant les caractéristiques des femmes et des maternités, en s'appuyant sur les données des femmes de l'enquête nationale périnatale de 2010. Elles se sont aperçues que les taux d'épisiotomie variaient pour les primipares de 17 à 64% et pour les multipares de 3 à 21% selon les régions. Dès lors, il convient de rechercher si le nombre de grossesses antérieures est le seul indicateur des parturientes impactant les variations des taux d'épisiotomie.

L'étude a permis de déterminer les principaux facteurs associés à la réalisation de l'épisiotomie liés aux caractéristiques des parturientes et de leur accouchement : l'origine asiatique (dont les raisons ne sont pas apportées par l'étude), l'indice de masse corporelle élevé des parturientes, un poids de naissance de l'enfant élevé, et des facteurs obstétricaux tels que la présentation par le siège, l'extraction par voie basse instrumentale, un antécédent de césarienne sans voie basse antérieure chez les multipares, une analgésie péridurale ou encore l'administration d'ocytocine pendant le travail (voir partie II-A-3). Pour aucune de ces situations, le CNGOF ne recommande d'épisiotomie systématique mais précise qu'elle peut être « judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur » (CNGOF, 2005). Françoise Venditelli, gynécologue-obstétricienne, a également avancé qu'en France, le recours à une épisiotomie est plus important en cas d'extraction instrumentale, tant chez la primipare que chez la multipare. De plus, l'épisiotomie est plus souvent réalisée en cas de recours aux forceps plutôt qu'aux ventouses (Venditelli, 2008). Toutefois, l'étude des épidémiologistes de l'Inserm conclue que les caractéristiques individuelles et obstétricales des parturientes n'expliquent pas les variations du taux d'épisiotomie entre régions et entre maternités.

A la suite de ces recommandations du CNGOF visant à réduire le taux global de l'épisiotomie en dessous de 30%, les différentes enquêtes (enquêtes nationales périnatales, enquêtes du CIANE) saluent la diminution réelle de la moyenne du taux d'épisiotomie en France en dessous de ce seuil. Pourtant, ces mêmes études soulignent d'importantes disparités géographiques interrogeant la pratique médicale de l'épisiotomie, si elle est bien restreinte aux seules indications médicales.

2. Hypothèse 2 : les caractéristiques territoriales et le statut juridique des établissements influencent leur taux d'épisiotomie

En 2013, le CIANE souligne de grandes variations de ces taux d'épisiotomie entre établissements, ce qui s'accorde avec l'enquête nationale périnatale de 2016. Celle-ci souligne que la limitation du nombre d'épisiotomies recommandée par le CNGOF semble appliquée de manière très hétérogène selon les régions puisque leur fréquence varie « du simple au double entre la région Bourgogne-Franche-Comté (8,8%) et la région parisienne (24,2%) ou le département du Rhône (22,7%) » (Enquête nationale périnatale, 2016). Il ne semble pas exister de lien de corrélation avec des taux de césarienne plus élevés dans les régions où le taux d'épisiotomie est plus bas dans la mesure où la Bourgogne-Franche-Comté a également un taux de césarienne inférieur à la moyenne nationale (16% contre 20,2%). Ces chiffres permettent de formuler l'hypothèse selon laquelle les équipes de cette région sont moins interventionnistes médicalement que d'autres dans la mesure où le faible recours à l'épisiotomie ne s'explique pas par un plus grand recours à la césarienne. La maternité du centre hospitalier de Besançon a aujourd'hui un taux de 0,3% d'épisiotomie pour les primipares contre un taux de 19% en 2003 : il convient de signaler que cette diminution s'accompagne d'une augmentation du nombre de périnées intacts et de déchirures sans gravité ne nécessitant pas forcément de suture et d'une diminution du nombre de déchirures graves avec rupture du sphincter (Déchalotte, 2017). Son taux de césarienne est également en dessous de la moyenne nationale, à 14,1%. Par ailleurs, la fréquence des épisiotomies chez les primipares est largement inférieure dans les départements et régions d'outre-mer : 24,3% contre 34,9% en métropole (Enquête nationale périnatale, 2016).

Il convient donc d'envisager l'hypothèse selon laquelle les différences régionales et infrarégionales des taux d'épisiotomie proviennent du type de maternité (type I, type IIa ou IIb, type III, classées selon le degré de technicité de l'accouchement du plus physiologique au plus pathologique). Or, selon la sociologue de la santé Danièle Carricaburu, un triple constat peut être fait sur les techniques obstétricales d'aide à l'accouchement : on retrouve les mêmes quel que soit le type de maternité, leur

utilisation varie selon les établissements et il existe des variations très importantes entre maternités de mêmes niveaux (Carricaburu, 2005).

N'ayant pas connaissance d'études sur la comparaison des taux d'épisiotomie inter et intra types de maternités et expliquant ces variations, j'ai sélectionné certaines maternités dans l'enquête du Monde afin de comparer le taux d'épisiotomie des primipares selon le type de maternité et selon le secteur public et privé, en cherchant des taux très bas et très élevés dans chaque catégorie. En voici quelques exemples :

Tableau n° 1 : Taux d'épisiotomie chez les primipares selon le type et la catégorie de la maternité en 2016

Ces données déclaratives récoltées par établissement par le Journal Le Monde permettent de mettre en lumière le fait que la grande variabilité des taux d'épisiotomie pour une même catégorie d'établissements ne permet pas d'établir un lien évident entre le type et le secteur de la maternité et le taux d'épisiotomie.

	Etablissement public	Etablissement privé
Type I	Centre hospitalier Comminges Pyrénées, Saint-Gaudens (31) : 44% Centre hospitalier Saint-Jean-de-Maurienne (73) : 17%	Clinique Pasteur, Guilhaumand-Granges (07) : 57% Polyclinique Jean-Villar, Bruges (33) : 4%
Type IIa	Centre hospitalier Châteaubriant (44) : 44% Centre hospitalier Vitré (35) : 26%	Clinique Fief de Grimoire, Poitiers (86) : 53% Clinique mutualiste La Sagesse (35), Rennes : 14%
Type IIb	Centre hospitalier de Mont-de-Marsan (40) : 47% Maternité Paul-Gellé, Roubaix (59) : 22%	Hôpital privé de Seine-Saint-Denis, Le Blanc-Mesnil (93) : 40% Polyclinique Majorelle, Nancy (54) : 20%
Type III	Centre hospitalier intercommunal de Créteil (94) : 52% Centre hospitalier universitaire, Dijon (21) : 11%	Il n'existe pas de maternité privée de type III.

Par ailleurs, en 2013, l'enquête du CIANE consacrée à l'épisiotomie aboutissait à une revendication de transparence de l'information. Ses membres constataient à l'époque que seuls les établissements dont les taux étaient en dessous de la moyenne nationale les publiaient. Aujourd'hui, le Monde n'aurait une absence de données que pour 17% des 519 maternités au 1er janvier 2016 « soit parce qu'elles n'ont

pas souhaité transmettre leurs données à la FFRSP [Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité] (...) soit parce que certains chiffres présentaient des anomalies et n'ont pas pu être validées par les maternités ». Le HCE a ainsi recommandé de « rendre publiques, sous forme de cartographie en ligne, les données maternité par maternité relatives aux actes médicaux pratiqués lors de l'accouchement » (HCE, 2018). A ce jour, il n'existe pas d'obligation pour les établissements de rendre publics les taux d'épisiotomie, contrairement aux fréquences de recours à la césarienne et à la péridurale : l'information et le recensement des taux d'épisiotomie dans les maternités dépend donc toujours des travaux journalistiques et militants.

Selon l'étude des chercheuses de l'Inserm précédemment citée, les taux d'épisiotomie seraient plus élevés dans les maternités privées (Chuilon et al., 2016). Toutefois d'après cet échantillon, faire une moyenne efface les grandes disparités à l'intérieur des maternités publiques et des maternités privées : finalement, ni le statut juridique des maternités, qu'elles soient publiques ou privées, ni leur type (I, IIa, IIb ou III) ne semblent expliquer les variations de taux d'épisiotomie. Il conviendrait également de s'interroger sur les contextes démographiques de chaque maternité, qui pourraient expliquer la variation des taux d'épisiotomie.

Après avoir conclu que les différences régionales des taux d'épisiotomie des établissements ne dépendaient pas des caractéristiques des parturientes, ces mêmes épidémiologistes soulignent le besoin d'étudier les attitudes et points de vue des professionnels de santé directement concernés par la pratique de l'épisiotomie, à savoir les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes.

3. Hypothèse n°3 : les taux d'épisiotomie dépendent des professionnel.les qui la pratiquent

Il s'agit ici de voir les finalités des professionnel.les lorsqu'ils.elles pratiquent l'épisiotomie ou lorsqu'ils.elles refusent son usage, de manière systématique ou non. Compte tenu des circonstances exceptionnelles de confinement et d'absence de possibilité de réaliser par moi-même des entretiens, ce développement s'appuie sur des verbatims recueillis par les chercheuses du projet TRASOPER sur des maternités publiques et privées parisiennes, datant d'avril 2019 et de février 2020. A la lecture de ces entretiens et de la littérature, trois logiques semblent influencer les professionnel.les sur leur pratique de l'épisiotomie : la répartition des tâches entre professions, l'assimilation de l'évolution des techniques médicales et des recommandations ainsi que la sensibilisation aux revendications féministes dans le domaine de l'accouchement.

➤ Professions et statuts des professionnel.les

L'étude menée par les chercheuses Chuilon, Le Ray, Prunet et Blondel produit une analyse sur les taux d'épisiotomie permettant de révéler de nombreux liens de causalité entre pratique de l'épisiotomie et caractéristiques sociales des professionnel.les. Elles ont notamment démontré qu'en cas de voix basse spontanée lors de l'accouchement, « le taux d'épisiotomie était (...) significativement plus élevé lorsque le praticien réalisant l'accouchement était un obstétricien par rapport à une sage-femme » (Chuilon et al., 2016). Il convient alors d'étudier les divisions du travail entre ces deux professions au sein de différentes maternités en s'appuyant sur différents matériaux collectés par les membres du projet TRASOPER.

Concernant la maternité Gabrielle Suchon, établissement public parisien de type IIa, la dizaine d'entretiens réalisés auprès de différent.es professionnel.les (aides-soignant.es, infirmier.es, sages-femmes gynécologue-obstétricienne interne) a permis d'entrevoir les répartitions de pratiques professionnelles liées à l'épisiotomie entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciens.

Il est notamment intéressant de se pencher sur la réalisation des extractions instrumentales, qui représente 32,6% des accouchements en 2016 : la ventouse est le premier instrument utilisé par les obstétriciens en cas d'extraction instrumentale (48,8%) devant les forceps (27,6%) et les spatules (22,6%). En effet, l'usage d'instruments est associé à l'épisiotomie puisque 70% des primipares en ayant eu une ont également eu une extraction instrumentale (CIANE, 2013). Il serait donc nécessaire de savoir si les recours aux instruments et à l'épisiotomie sont réalisés par le ou la même professionnel.le/catégorie de professionnel.les. A la maternité Gabrielle Suchon, il semblerait que les extractions instrumentales soient réalisées exclusivement par les gynécologues-obstétricien.nes dans la mesure où une sage-femme fait part du fait que « *c'est nous qui prenons la décision d'appeler, si y a des anomalies du rythme on appelle le médecin, si le bébé avance pas qu'on a besoin d'instruments bah c'est nous qui décidons d'appeler* » (Sage-femme, 27 ans, 4 ans d'ancienneté dans le métier et dans la même maternité). Le témoignage d'une interne de la même maternité semble aller en ce sens puisqu'elle « *fait [...] tout ce qui est extraction instrumentale [...] une semaine par mois, semaine passée en salle de naissance et où sont également réalisées les aspirations ainsi que les césariennes programmées* » (Interne en premier semestre de gynécologie obstétrique, 24 ans). En revanche, les épisiotomies paraissent être réalisées par les sages-femmes et par les gynécologues obstétricien.nes. En effet, l'interne précédemment citée rapporte indirectement le fait qu'elle pratique des épisiotomies et la sage-femme également déjà citée explique que sa profession a la compétence de les réaliser. Toutefois, ces deux professionnelles, de métier différent, décrivent toutes les deux par la négative leur pratique des épisiotomies. Pour la sage-femme, « *c'est pas le truc qu'on a spécialement envie de faire*

» ; pour l'interne, « *c'est vraiment pour un confort maternel et pas pour un confort du médecin* », (selon le raisonnement professionnel qui sera développé ci-après : une épisiotomie vaudrait mieux qu'une déchirure pour les parturientes). Selon une gynécologue de la maternité du CHU de Besançon – qui pour rappel est celle ayant un taux de 0,3% d'épisiotomie - dans un article de presse du Nouvel Observateur explique qu'« à l'époque [pendant les années 1990], normalement celui qui coupait n'était pas forcément celui qui recousait. C'était une habitude de service. Au bout d'un moment le chef de service a dit "qui coupe, coud". Et on s'est mis à recoudre les épisiotomies. Forcément, on fait un peu plus attention... » (Le Nouvel Observateur, 2017). Cette réflexion, même si elle ne concerne pas le lien entre extraction instrumentale et épisiotomie, permet de se questionner sur l'impact de la répartition des tâches entre professions sur l'emploi de l'épisiotomie : si le fait d'imposer aux professionnel.les de recoudre les épisiotomies a réduit les taux dans cette maternité, peut-être qu'il en irait de même pour les professionnel.les utilisant les instruments. Toutefois, il convient tout de même de s'interroger sur les risques de ce raisonnement : bien qu'il permettrait hypothétiquement de réduire les actes médicaux non nécessaires car invasifs, il pourrait également conduire à un refus ou une hésitation des professionnel.les de pratiquer une épisiotomie bien qu'elle pourrait être nécessaire. Par exemple, le chef d'un service ayant initié la diminution drastique d'épisiotomies (développé ci-après) mentionne le « *revers de la médaille c'est que le taux de déchirure vaginale il augmente [...] il est à 50%* » (Médecin-obstétricien, 52 ans, 20 ans dans le métier dont 6 aux Eglantines). Il aurait été intéressant qu'il précise le degré de déchirure puisque seules celles de 3^e et 4^e degré sont considérées comme sévères (site Internet Paroles de Sages-femmes). De la même manière, à la maternité de Besançon où le taux d'épisiotomie est de 0,3%, une sage-femme raconte dans un article de presse que « c'est difficile pour tout le monde. C'est un acte qui est ... difficile. Tout le monde se regarde. On la fait ? On ne la fait pas ? Est-ce qu'on peut éviter de la faire ? Et puis quand on la fait, on ne tire pas au sort qui la fait mais ... » (Le Nouvel Observateur, 2017).

De plus, les sages-femmes auraient de manière significative un peu plus souvent recours à l'épisiotomie lorsqu'elles exercent dans une structure privée plutôt que dans le public lors des accouchements de multipares alors que cette différence n'est pas significative chez les obstétriciens (Chuilon et al., 2016). A nouveau, se pose la question de la répartition des tâches entre ces deux catégories de professionnel.les et s'ils.elles entendent épisiotomie au sens complet (coupure et suture) ou seulement l'une de ces deux étapes.

De la même manière, il convient de s'interroger sur l'existence ou non d'une différence des taux d'épisiotomie lorsque la structure est un centre hospitalier universitaire (CHU), accueillant de ce fait des internes et donc des étudiants à former. Pour l'heure à notre connaissance, n'a été menée qu'une étude française en 2007, qui conclue que les taux d'épisiotomie varieraient entre les CHU du territoire,

allant de 3,6% à 61,7% (Mangin et al., 2007). Il conviendrait d'actualiser ces données pour rechercher si le fait que la maternité soit universitaire favorise ou non une plus importante fréquence des pratiques obstétricales par rapport à des établissements non universitaires.

Par ailleurs, les variations des taux d'épisiotomies entre structures pourraient être liées « aux expériences et points de vue différents des praticiens » (Chuilon et al., 2016). En effet, une étude américaine de 2008 avait notamment mis en exergue le fait que le nombre d'années d'exercice du ou de la professionnel.le reflétait plus la variabilité des taux entre ces professionnel.les que les caractéristiques des parturientes (Gossett, Dunsmoor, 2008). Il serait intéressant d'actualiser ces données sur le territoire français.

Enfin, il convient de s'interroger sur l'« intérêt plus ou moins grand porté à la protection du périnée » et « aux attitudes plus ou moins interventionnistes (...) des praticiens » (Chuilon et al., 2016). En effet, la sage-femme précédemment citée explique que lorsqu'elle « *étai[t] étudiante sage-femme souvent dès qu'il y avait des instruments y avait une épiso* » alors qu'« *en cours, [elle] a appris que l'épisiotomie ça protégeait pas forcément du périnée* [dans le sens « périnée complet » qui renvoie à un périnée déchiré] ». Elle souligne ensuite qu'elle explique aux parturientes que si elle est « *amenée à la faire c'est parce que soit parce que le cœur du bébé ça va pas soit parce que le périnée bah sortira pas sans épisiotomie* » en prenant l'exemple d'une primipare pour laquelle « *on [la parturiente et la sage-femme] a essayé pleins de trucs, j'ai massé, j'ai mis des compresses chaudes, je pense qu'elle a vu qu'on avait tout essayé et en fait il était, elle poussait très bien et elle s'est très bien dilatée et en fait c'est juste qu'il était retenu par son périnée et du coup bah on a essayé quand même vingt minutes* ». Ces extraits semblent montrer d'une part un attachement de la sage-femme à des alternatives à l'épisiotomie lorsque c'est possible, ce qui va en adéquation avec le fait qu'elle n'aime pas la pratiquer, et d'autre part que cette logique découle d'un intérêt porté à la protection du périnée abordé par l'étude de l'Inserm, intérêt sans doute lié à ce qu'elle a appris lors de ses études malgré une pratique différente observée pendant ses stages. Cette acculturation professionnelle dans le milieu médical semble donc également impacter le recours à l'épisiotomie par les praticien.nes.

➤ Fonctionnement de l'équipe :

On peut supposer que tous les professionnel.les de santé lié.es à l'accouchement ne lisent pas la même documentation, les mêmes études ou ne préfèrent pas l'utilisation des mêmes pratiques. De la même manière, il n'existe pas d'homogénéité entre professionnel.les de la naissance dans les formations qu'ils.elles réalisent tout au long de l'exercice professionnel. Dès lors, on peut envisager le fait que les

pratiques médicales soient propres aux professionnel.les : c'est ce qui est ressorti des entretiens des maternités Gabrielle Suchon et des Eglantines.

D'une part, l'utilisation de l'ocytocine est délivrée à la maternité Gabrielle Suchon « *systématiquement pour toutes les dames quand on a le temps. On essaie de la faire parce que ça prévient l'hémorragie de la délivrance* » (Sage-femme, 27 ans, 4 ans d'ancienneté dans le métier et dans la même maternité). Il s'agit d'une hormone produite naturellement par l'hypothalamus de la parturiente et sécrétée lors de l'accouchement et de l'allaitement (CNOSF, 2016). Elle permet de stimuler les contractions au cours du travail et selon le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) de réduire le risque d'hémorragie du post-partum. Le même document souligne que son objectif principal est de « raccourcir la durée du travail dans l'optique de diminuer la morbidité maternelle et fœtale associée à un travail prolongé ». Malgré l'absence de données sur la durée des accouchements dans la maternité Gabrielle Suchon, il convient tout de même de proposer l'hypothèse selon laquelle certains accouchements pourraient être réalisés sans ocytocine du fait de la rapidité de l'expulsion : reste à savoir si le protocole de la maternité propose une durée maximum de l'expulsion sans ocytocine. Or, l'ocytocine délivrée médicalement peut d'une part constituer un facteur associé à la réalisation de l'épisiotomie (Chuilon et al., 2016) et d'autre part engendrer des effets secondaires. Un groupe pluridisciplinaire de professionnel.les d'un réseau périnatal, de maternités et de laboratoires de recherche a conclu dans ses recommandations pour l'administration d'ocytocine au cours du travail spontané que celle-ci « expose la mère et le fœtus à des effets néfastes pouvant avoir des conséquences à court terme et possiblement à moyen terme » : hyperstimulation utérine, hémorragie du post-partum, rupture utérine, difficultés néonatales de la succion, autisme... L'étude poursuit en recommandant un protocole délimitant des modalités d'administration, tout en soulignant le fait que le consentement de la mère doit être précisé dans le dossier médical (Dupont et al, 2017.). Quant à la HAS, elle recommande « pour tous les accouchements par voie basse, [d'] administrer de l'oxytocine afin de diminuer l'incidence des hémorragies post-partum au moment du dégagement des épaules » (HAS, 2018). Pourtant, entre 2010 et 2016, la délivrance d'ocytocine a diminué, passant de 64,1% en 2010 à 52,5% en 2016 (Enquête nationale périnatale, 2016) ce qui semble montrer que les praticien.nes ne s'appuient pas tous.tes sur les mêmes ressources. Ces divergences entre recommandations peuvent donc expliquer les différences d'utilisation de l'ocytocine dans les maternités. Une infirmière de la maternité Gabrielle Suchon a notamment fait part du fait que l'administration d'ocytocine dépend « *vraiment des protocoles internes, bah après toutes les maternités sont différentes parce que par exemple nous l'ocytocine heu après l'accouchement quand on discute, moi j'ai jamais fait d'autres mater mais on discute avec les sages-femmes ou les médecins, ils disent bien que à [Gabrielle Suchon] par rapport à d'autres mater on met bien plus d'ocytocine quoi* »

» (Infirmière, 24 ans, 9 mois d'ancienneté dans le métier et dans la même maternité). L'utilisation de certaines pratiques médicales peut donc constituer une étiquette plus ou moins marquée d'une maternité. Selon une sage-femme de la maternité des Eglantines, les protocoles des maternités se basent « *souvent sur des recommandations, ça se base beaucoup sur des études, on fait tout sur de l'evidence-based medicine maintenant par contre on peut avoir des études propres à chaque mater* » (Sage-femme cadre, 28 ans, 2 ans et demi dans le métier de cadre à la date de l'entretien, 5 ans aux Eglantines). Dès lors, les protocoles semblent découler des cultures professionnelles des praticien.nes, qui consistent en une construction par et pour le groupe professionnel d'un ensemble de savoirs, savoirs-faires, intérêts et idéaux à respecter qui sont transmis dès la première année de formation puis au cours de la vie professionnelle. Ces cultures professionnelles mêlent ainsi littératures scientifiques et pratiques entourant les praticien.nes : or dans un autre domaine que l'obstétrique, les travaux de la sociologue Jeanine Móraski-Bachimont sur le suivi de diabète de type 2 montrent que des médecins, bien que trouvant des avantages aux recommandations, les rejettent également dans la mesure où elles « uniformiseraient » leur pratique et « indui[raient] un contrôle de leur exercice et introdui[raient] des normes, ce qu'ils rejettent vivement et estiment être contradictoire avec l'exercice de la médecine générale libérale » (Móraski-Bachimont et al., 2006).

D'autre part, l'épisiotomie peut être réalisée selon des indications médicales spécifiques aux maternités ou aux professionnel.les qui la pratiquent et non par rapport aux recommandations. Les chercheuses Chuilon, Le Ray, Prunet et Blondel émettent l'hypothèse selon laquelle les variations des taux d'épisiotomie pourraient également dépendre de l'adhésion plus ou moins importante à une médecine fondée sur les preuves ou aux recommandations pour la pratique clinique par les professionnel.les. C'est notamment ce que mentionne une sage-femme de la maternité Gabrielle Suchon lorsqu'elle évoque sa dernière année de stage en 1995 l'attitude d'une sage-femme souhaitant réaliser une épisiotomie : « *j'avais en face de moi une primipare rousse petite distance anovulaire donc normalement c'était épisiotomie, mais voilà, fin ça passait, la sage-femme m'a dit : coupe. Devant la dame hein (...) Parce que voilà, c'était les critères effectivement primipare, elle avait les trois critères, peau très blanche donc rousse, et petite distance anovulaire mais bon pour autant...* » (Sage-femme, 48 ans, 24 ans d'ancienneté dont 15 ans à la maternité Gabrielle Suchon). Cela témoigne de l'importance de l'ancrage de la socialisation professionnelle aux pratiques médicales, ici de l'épisiotomie, peut-être acquise par cette sage-femme titulaire tout au long de sa formation, prédispositions plus nécessaires au choix de pratiquer une épisiotomie plutôt qu'étudier la possibilité physiologique de ne pas la faire. Ici, la taille et la couleur de cheveux directement liée à la couleur de peau de la parturiente semblent constituer des croyances intériorisées pour la sage-femme qui la prédisposent à pratiquer l'épisiotomie lorsque ces critères sont réunis. Bien que cet exemple date de

1995, c'est-à-dire avant les nouvelles recommandations, on peut envisager l'hypothèse que l'épisiotomie est aujourd'hui encore plus souvent réalisée chez les femmes rousses. En effet, un mémoire de sage-femme réalisé en 2018 rapporte le fait que les « sages-femmes interrogées ont également parlé de la peau de leurs parturientes, puisqu'en effet certaines sages-femmes se méfient des périnées des femmes ayant une peau très claire, dans la mesure où ce type de peau particulier est réputé pour être plus fragile », elle cite notamment le propos d'une sage-femme « C'est vrai que les périnées de rousse ... Je garde les ciseaux pas loin quand même » (Berthonneau, 2018). De la même manière, un cours sur les complications traumatiques de l'accouchement souligne également la texture du périnée « fragile en particulier chez la femme rousse » (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2014). En plus, la décision et la manière dont la sage-femme a pris la décision de réaliser cette épisiotomie – sans demander le consentement de la patiente et sans l'en informer sur l'instant – constituerait aujourd'hui une violence obstétricale, pouvant avoir comme vu précédemment des conséquences non seulement psychologiques mais également physiques.

De plus, deux professionnelles ont repris l'adage selon lequel mieux valait une épisiotomie qu'une déchirure : « *c'est un geste de prévention du périnée complet⁴ compliqué et je pense, en tant que femme hein, je pense qu'il est préférable d'avoir une épisiotomie plutôt que de pas retenir ses selles ou ses gaz* » (Sage-femme, 48 ans, 24 ans d'ancienneté dont 15 ans à la maternité Gabrielle Suchon). De la même manière, une jeune professionnelle débutant sa carrière tient exactement le même raisonnement : « *on leur explique bien que si on en fait quelque part c'est pour éviter d'autres problèmes qui pourraient être plus graves, et souvent en leur expliquant que voilà si on fait ça c'est pour pas qu'elles aient des déchirures de trois ou quatrième degré ou des incontinences fécales ou urinaires...* » (Interne en premier semestre de gynécologie obstétrique, 24 ans).

Comme vu précédemment, le risque de la déchirure évité grâce à l'épisiotomie est largement utilisé dans les définitions de l'épisiotomie. Pourtant, cette pratique n'est pas recommandée pour prévenir les lésions (CNGOF, 2005 ; Gachon et al., 2019). Ainsi, l'actualisation de l'assimilation des connaissances et des recommandations par les professionnel.les influence certainement les taux d'épisiotomie puisque ceux et celles qui la réalisent dans un but de prévention des déchirures vont sans doute les réaliser plus fréquemment que les professionnel.les ayant intériorisé le fait que le risque de déchirure est le même avec ou sans épisiotomie.

A l'inverse, d'autres professionnel.les peuvent être socialisés à une pratique limitée de l'épisiotomie. C'est notamment le cas de la maternité du CHU de Besançon, qui est à de nombreuses reprises citées dans la littérature couvrant les violences obstétricales ainsi que dans les études statistiques sur les

⁴ La notion de périnée complet renvoie à un périnée déchiré, ce qui peut induire en erreur.

taux d'épisiotomie. En effet, avec un taux de 0,3% d'épisiotomie en 2016, la maternité se situe largement sous la moyenne nationale. Dans un article de presse, l'obstétricien et chef de la maternité Didier Riethmuller explique que la volonté de réduire le taux d'épisiotomie de l'établissement date du début des années 2000, période où des études (voir partie I) questionnaient l'intérêt de l'épisiotomie systématique et le fait que cette pratique ne protège pas forcément des déchirures (Le Nouvel Observateur, 2017). Dans le même article, les sages-femmes abordent également le fait que dès les années 1970, le chef de service de l'époque ne pratiquait déjà pas l'épisiotomie systématique contrairement à une grande partie du territoire. Celui-ci soutient à la journaliste que son prédécesseur travaillait déjà dans la même optique. Dès lors, ce taux très faible d'épisiotomie découle de la construction historique sur trois générations de chef de service de cet établissement d'une culture de service n'étant pas favorable à un taux important d'épisiotomie. On peut donc soumettre l'hypothèse selon laquelle l'importance accordée par les professionnel.les à la prévention de l'épisiotomie mais également la capacité d'initier des changements de pratiques et d'échanger entre catégories de professionnel.les conditionnent l'évolution des pratiques.

C'est du fait de ces variations d'usage des pratiques médicales, qui peuvent constituer de « nombreuses pratiques médicales inappropriées, voire inutiles » (Goffinet, 2006) que des recommandations nationales sont mises en place, notamment par la HAS en France mais également par les sociétés savantes représentant les professionnel.les de santé. Celles-ci permettent d'aider les praticien.nes à « prendre une décision médicale en lui fournissant une synthèse du niveau de preuve scientifique existant ».

Toutefois, ce ne sont pas toujours les recommandations officielles qui vont faire évoluer l'usage des pratiques médicales. En effet pour l'épisiotomie et comme vu plus haut, c'est particulièrement du fait de la mobilisation des usagères contre l'épisiotomie pratiquée sans consentement et sans indication médicale qu'ont été menées des études sur l'utilité de la pratique systématique de l'épisiotomie ; de ces études ont découlé les nouvelles recommandations de l'OMS puis du CNGOF. De plus, les taux d'épisiotomie avaient commencé à diminuer de manière significative dans quelques maternités avant les recommandations du CNGOF en 2005, diminution s'étant ensuite poursuivie et étendue à l'échelle nationale (Blondel et al., 2012 cités par l'enquête nationale périnatale de 2016).

➤ Logique féministe

Des chercheuses (sociologues et géographe) se sont penchées sur les motifs de professionnel.les de l'accouchement exerçant dans une clinique privée parisienne à pratiquer une césarienne sur 40% de

leur patientèle en 2018, quand le taux moyen de césarienne au niveau national était pourtant de 20% en 2016. Elles rappellent la notion de pertinence des soins, qui « dépend d'une part de la conformité du soin considéré aux besoins d'un.e patient.e et à sa sécurité, et d'autre part aux données de la science et aux recommandations de bonnes pratiques » (Gelly, Cristofalo, Gasquet-Blanchard, 2019). Cette notion est à articuler avec le concept de consentement éclairé développé ci-dessus consistant en la délivrance d'informations complètes au ou à la patient.e sur l'acte de soin proposé. C'est également un critère d'évaluation de la qualité des soins de chaque structure médicale. Elles ont ainsi constaté que les professionnel.les de cette maternité justifiaient la sur-représentation de la pratique de la césarienne dans leur établissement par l'utilisation de notions « indigènes » découlant de la pertinence des soins. En effet, est constatée l'émergence de demandes de césarienne sans indication médicale de la part des parturientes : dès lors, pour ces professionnel.les, accepter de la pratiquer malgré l'absence d'indication médicale et des recommandations hostiles à un taux de césarienne élevé reviendrait à prendre en compte la parole des femmes et s'inscrit dans une démarche féministe ; toutefois, les autrices de cet article pointent la logique économique d'un recours important à la césarienne.

Il est ainsi intéressant de s'interroger sur la pratique ultra restrictive de l'épisiotomie dans des maternités avec des taux de moins de 5% sous l'angle de la pertinence des soins. En effet, comme vu précédemment, des taux aussi bas ne semblent s'observer que dans des maternités où il y a une volonté consciente de réduire les taux d'épisiotomie. C'est notamment le cas dans une maternité du terrain du projet TRASOPER, où le chef du service obstétrique adjoint a lancé un défi à ses collègues après avoir constaté début 2018 qu'il avait pratiqué deux épisiotomies en quelques gardes : « *Je dis écoutez les amis, j'ai une idée, si on faisait un décompte exhaustif de nos épisio, entre nous ? Et à la fin de l'année celui qui en a fait le plus, il paye un coup aux autres, il paye la bouffe aux autres* » (Médecin-obstétricien, 52 ans, 20 ans dans le métier dont 6 dans la maternité). Le taux d'épisiotomie est alors passé de 17% à 3% en un an, semblant faire la fierté de différent.es professionnel.les de la maternité. Une gynécologue-obstétricienne de la même maternité pointe le fait que c'est de la dénonciation des violences obstétricales que découle cette initiative de changement de pratique vers la suppression des épisiotomies dans le service : « *on a drastiquement baissé notre taux d'épisiotomie, finalement, c'est pas si mal. Maintenant, se sentir être le punching ball de la société pour des pratiques dans lesquelles on se reconnaît pas, c'est pas très agréable* » (Gynécologue-obstétricienne, 47 ans, 24 ans d'ancienneté dont 16 aux Eglantines). Selon elle, « *c'est sûr qu'il y en a qui abusent, et à partir du moment où il y en a qui abusent, bah, il y a des femmes qui sont abusées, abusées dans le sens, victimes, fin c'est un grand mot, en tout cas qui ont pas été contentes de ce qu'elles ont subi, et du coup c'est ça qui est montré du doigt en premier et toutes celles qui sont contentes, on n'en parle pas. Donc on a eu quand même*

largement l'impression d'être montré du doigt, catégorie professionnelle montrée du doigt » ce qui « nous oblige, l'avantage est que ça nous oblige à reposer des questions déjà sur le bien fait de l'épisio et si on a baissé, c'est qu'on pouvait baisser et bah, c'est, c'est une retombée positive ». Réduire le nombre d'épisiotomie serait donc un moyen pour les professionnel.les de cette maternité de lutter consciemment et activement contre les violences obstétricales, quand bien même celles-ci ne concerneraient qu'une minorité de parturientes. On peut ainsi se demander si le rejet de l'épisiotomie ne viendrait pas du fait que les parturientes accueillies dans cette maternité forment une sorte d' « entre-soi » homogène, dans la mesure où elles sont situées au pôle culturel des classes moyennes et supérieures (cheffe d'entreprise en événementiel, orthophoniste, journaliste, architecte...)⁵. Il s'agit ainsi de femmes intellectualisant leur accouchement, souhaitant un accouchement le plus physiologique possible en rejetant donc une médicalisation trop importante et qui sont sensibles et vigilantes aux dénonciations des violences obstétricales.

Dès lors, à l'inverse de la maternité privée ayant un recours très important à la césarienne, les professionnel.les de cette maternité semblent rejeter une pratique invasive mais dans la même optique d'aller dans le sens des parturientes. Là encore, la pertinence des soins est indirectement invoquée notamment du côté de l'information délivrée aux parturientes « *ça nous oblige à bien expliquer ce qu'on fait, moi j'avais déjà l'impression que on le faisait, peut-être qu'on le fait plus, mieux* » (Gynécologue-obstétricienne, 47 ans, 24 ans d'ancienneté dont 16 à la maternité), de la considération des besoins des parturientes « *je pense qu'on l'a pris un peu comme un défi, de se dire bon, bah, elles veulent pas d'épisio, on fait pas d'épisio* » (même professionnelle) et de la volonté de respecter les recommandations de bonnes pratiques. En effet, une gynécologue-obstétricienne aborde l'obstacle générationnel de l'évolution des pratiques dans un service « *il y a : ça fait 30 ans qu'on fait ça, pourquoi on ne continuerait pas ? Parce que justement il faut se mettre au goût du jour, ça évolue* » (Gynécologue-obstétricienne, 40 ans, 11 ans dans le métier dont 6 à la maternité). Toutefois, selon une autre professionnelle, la réduction des taux d'épisiotomie n'est pas à lier avec les nouvelles études : « *nous on a évolué sur le fait de faire de moins en moins d'épisio de passer de 17 à 4% en un an parce que voilà il y a eu cette prise de conscience* » (Sage-femme cadre, 28 ans, 2 ans et demi dans le métier de cadre à la date de l'entretien, 5 ans à la maternité) Ainsi, le rejet de la pratique de l'épisiotomie semble constituer pour les professionnel.les de cette maternité une modalité de légitimation du fonctionnement de leur service, et peut-être un gage de qualité pour la maternité qui peut se revendiquer en lutte contre les violences obstétricales dans la mesure où l'épisiotomie en est le symbole. Et de ce fait, accueillir de nouvelles parturientes craignant l'épisiotomie.

⁵ Cette hypothèse découle du mémoire de Marielle Le Rumeur « Convergence des trajectoires de femmes enceintes et de professionnels de la périnatalité : le cas d'une maternité privée de type 1 » (2019).

Semblent alors se dessiner de nouvelles luttes entre professionnel.les de la naissance et parturientes du fait de la médiatisation des violences obstétricales et d'une prise de conscience en découlant de la part des femmes, celle de leurs droits lors de l'accouchement.

B) Tensions entre souhaits des parturientes et remise en cause des pratiques des professionnel.les de la naissance

Comme exposé précédemment, la loi du 4 mars 2002 introduit les droits à tout.e patient.e, incluant de ce fait les parturientes, d'être informé.e sur son état de santé et de prendre les décisions concernant sa prise en charge. Se pose ainsi la question des modalités du consentement libre et éclairé de la parturiente, notamment sous le prisme de l'accès à l'information, lors de son accouchement et tout au long de sa grossesse. Pour répondre à l'obligation d'information des parturientes, par exemple sur la pratique de l'épisiotomie, un outil a été mis en place par les pouvoirs publics : l'entretien prénatal précoce, dont peut découler la rédaction d'un projet de naissance (1). Toutefois, celui-ci ne semble être utilisé que par certaines catégories de parturientes sensibilisées aux violences obstétricales et voulant s'en protéger, remettant tout de même en cause une relation médico-hégémonique et renforçant des rapports de défiance entre praticien.nes et parturientes, considérées comme profanes (2).

1. Le projet de naissance, un outil cristallisant les luttes autour des pratiques obstétricales

De la notion d'autonomie du patient érigé par la loi de 2002 découle celle de la décision médicale partagée. La HAS a produit un état des lieux en 2005 de cette notion dans le champ de la grossesse et de l'accouchement en la déclinant en « deux étapes clés de la relation entre un professionnel de santé et un patient que sont l'échange d'information et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant sa santé individuelle » (Pierre, 2018). Toujours selon la HAS, il s'agit d'un processus où d'une part, « le professionnel de santé et le patient partagent de manière bilatérale une information médicale, notamment les éléments de preuve scientifique » et où d'autre part, « la parturiente reçoit le soutien nécessaire pour envisager les différentes options possibles et exprimer ses préférences » (HAS, 2005). Enfin, « un choix éclairé entre les différentes options est effectué et accepté mutuellement par le patient et les professionnel.les de santé ». L'accent mis sur le caractère bilatéral permet de comprendre que la relation soignant/parturiente souhaitée n'est ici pas

asymétrique, l'objectif étant pour la femme enceinte de partager ses connaissances, perceptions et craintes auxquelles le ou la professionnel.le de santé pourra répondre.

C'est théoriquement lors de l'entretien prénatal précoce, devant être effectué lors du quatrième mois de grossesse, que cet échange d'informations préalable entre femmes enceintes et professionnel.les de santé doit avoir lieu afin de créer, plus ou moins formellement, un projet de naissance. Défini par les recommandations de la HAS en novembre 2005 qui suivent le plan de périnatalité de 2005-2007, le projet de naissance transforme l'acception de la préparation à la naissance jusque-là centrée sur la prise en charge de la douleur. En effet, il est la « conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et de l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement (...) ». La préparation à la naissance s'oriente alors « vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance » (HAS, 2005). La logique de ces recommandations est ainsi d'anticiper les troubles afférents à la maternité et à la période post natale et visait à l'origine un public particulier, celui des « parturientes identifiées comme susceptibles de connaître des difficultés, sur proposition des médecins ou sages-femmes » (Charrier et Clavandier, 2013). Toujours selon ces sociologues, l'entretien prénatal du quatrième mois de grossesse s'insérait surtout dans une politique de prévention des troubles psychoaffectifs de l'enfance et contrainst les professionnel.les de la naissance à rechercher des problématiques psychosociales pour en rendre compte, bien qu'ils.elles concevaient cet entretien comme un outil d'aide à la parentalité.

Le projet de naissance tel qu'expliqué par les professionnel.les ou les femmes mères ou potentielles semble donc s'éloigner de son acception première érigée au début des années 2000. En effet, l'entretien prénatal précoce constitue un moment et un outil d'échange entre les parturientes et les professionnel.les afin d'accéder au ressenti des femmes et notamment sur leurs craintes face à l'utilisation de techniques obstétricales lors de l'accouchement. Mis en place en pratique en 2007, l'entretien prénatal précoce permettrait aux couples d'exprimer leurs attentes et leurs besoins au sujet de la grossesse (Enquête nationale périnatale, 2016). Pourtant, cet entretien n'est pas compris dans les sept consultations obligatoires du suivi de grossesse bien qu'il soit pris en charge à 100% par la sécurité sociale ; réalisé par un.e professionnel.le de la naissance (médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme), seules 28% des femmes ayant accouché en 2016 en ont bénéficié et 3,7% de ces femmes rédigent un projet de naissance (Enquête nationale périnatale, 2016).

A la maternité Gabrielle Suchon et aux Eglantines, plusieurs professionnelles font allusion à la longueur des projets de naissance « *y a de plus en plus de projets de naissance... Qui sont en fait sur des feuilles*

au début du classeur des femmes » (Interne en premier semestre de gynécologie obstétrique, 24 ans), *« elles emmènent des pages et des pages »* (Infirmière, 56 ans, 36 ans d'ancienneté dont 24 à la maternité Gabrielle Suchon), *« elles font des projets d'accouchement qui, parfois, font des pages et des pages »* (Gynécologue-obstétricienne, 47 ans, 24 ans d'ancienneté dont 16 aux Eglantines), *« une liste longue comme le bras »* (Infirmière, 24 ans, 9 mois d'expérience à la maternité Gabrielle Suchon) dont le fond semble souvent homogène. En effet, on retrouve comme demande une limite à la médicalisation de l'accouchement : *« elles veulent pas de péridurale, qu'elles veulent pas qu'on leur propose d'antalgiques même si elles ont mal »* (Interne en premier semestre de gynécologie obstétrique, 24 ans), *« je veux pas de péridurale dès le départ je veux essayer d'accoucher comme ça et puis on verra »* (Infirmière, 56 ans, 36 ans d'ancienneté dont 24 à la maternité Gabrielle Suchon), *« accoucher en tant de temps, dans telle position, ne pas couper le cordon ombilical trop vite, ne pas mettre d'ocytocine pour accélérer le travail »* (Infirmière, 24 ans, 9 mois d'expérience à la maternité Gabrielle Suchon), *« je ne veux pas d'épisio »* (Gynécologue-obstétricienne, 47 ans, 24 ans d'ancienneté dont 16 aux Eglantines). Ressort également la volonté de la parturiente, voire du coparent, d'avoir un rôle plus actif lors de l'accouchement *« on a de plus en plus de pères qui veulent rester physiquement pour la naissance de leur enfant avec leur femme »* (Médecin-obstétricien, 52 ans, 20 ans dans le métier dont 6 aux Eglantines), *« je voudrais être dans telle position »* (Infirmière, 24 ans, 9 mois d'expérience à la maternité Gabrielle Suchon).

Bien que le projet de naissance soit largement encouragé par la HAS, dont la prise en compte des préférences et des attentes qui y sont exprimées permettent de garantir la bientraitance des professionnel.les envers les parturientes (HAS, 2005), les professionnel.les de santé rencontrés ne semblent pas systématiquement voir le projet de naissance comme un outil de dialogue mais plutôt comme une contrainte ajoutée à leur pratique (voir partie III). En effet, même s'il n'existe pas d'études spécifiquement sur le public rédigeant un projet de naissance, il semblerait que les femmes en rédigeant appartiennent à une catégorie plutôt homogène. En effet, sur les onze entretiens réalisés à la maternité Gabrielle Suchon, cinq professionnelles mentionnent le projet de naissance et parmi elles, deux l'attribuent essentiellement aux « bobos⁶ ». Selon les sociologues Sylvie Tissot, Anaïs Collet, Colin Giraud, Jean-Yves Authier et Jean Rivière, cette notion réorganise « la vision du monde social et ses divisions sur la base de nouvelles catégories qui rendent invisibles certains groupes au profit d'autres et donnent des représentations singulières des classes privilégiées et des classes populaires » (Tissot et al, 2018). Dès lors, le sens donné à ce terme dépend des personnes qui l'emploient, ce qui en fait

⁶ Notion-valise tendant à « simplifier, et donc aussi à masquer, l'hétérogénéité des populations et la complexité des processus affectant les espaces urbains qu'ils prétendent décrire » (« Les bobos n'existent pas », Tissot et al., 2018).

une notion très hétérogène et peu pertinente. Une première professionnelle semble attribuer les projets de naissance aux femmes « bobos » avec une acception de ce terme renvoyant aux femmes françaises, opposées aux autres populations de la maternité : *« il y a des projets de naissance alors souvent on va dire c'est les, c'est les bobos entre parenthèse qui... qui ont des projets de naissance donc c'est heu... fin nous les bobos on va appeler c'est les ... vu qu'on a beaucoup de populations qui sont pas... qui viennent pas de France on dit les bobos c'est les c'est essentiellement les français et il y a pleins de projets de naissance »* (Infirmière, 24 ans, 9 mois d'expérience à la maternité Gabrielle Suchon). Un syllogisme serait donc à dégager de cet extrait d'entretien : les bobos sont des françaises, seules les femmes françaises font des projets de naissance donc ce ne sont que des bobos qui font des projets de naissance. Une autre professionnelle complète cette définition de bobo, qu'on peut supposer largement employée dans la maternité du fait des nombreuses occurrences lors des entretiens réalisés (14 occurrences sur 5 entretiens parmi les 11 réalisés) : *« la femme bobo du 20e elle va avoir lu pleins de trucs sur l'allaitement, sur la maternité, elle arrive avec son projet d'allaitement ou de, d'accouchement écrit avec vraiment écrit qu'elle montre avant en consultation, « je veux ci je veux ça » etc, tout ça on voit pas du tout dans les autres cultures »* (Infirmière, 56 ans, 36 ans d'ancienneté dont 24 à la maternité Gabrielle Suchon). Est retrouvée la notion culturelle du projet de naissance, qui serait propre à une part des parturientes accueillies dans cette maternité. S'y ajoutent l'intellectualisation de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Toutefois, une troisième professionnelle nuance le fait que le projet de naissance serait un outil propre à cette catégorie de population : *« Ça arrive un petit peu plus [les projets de naissance], pas forcément chez les bobos hein, chez des gens qui ont le temps de le faire, ou qui avaient déjà un peu investi leur grossesse, et tout n'est pas réalisable »* (Sage-femme, 48 ans 24 ans d'ancienneté dont 15 à la maternité Gabrielle Suchon). Une autre professionnelle semble percevoir le projet de naissance comme un outil contraignant plutôt que de dialogue dans la mesure où elle explique qu' *« on a des petites dames avec des projets de naissance mais globalement on arrive quand même à discuter, après on en a quelques-unes où ça a été compliqué »* (Sage-femme, 27 ans, 4 ans d'ancienneté et à la maternité Gabrielle Suchon). La conjonction « quand même » montre que malgré cet outil, parturiente et soignante peuvent communiquer alors que c'est pourtant l'objectif même du projet de naissance, interrogeant de ce fait la prise en compte du projet de naissance dans la pratique professionnelle.

Il conviendrait ainsi de s'interroger sur le caractère homogène des parturientes rédigeant un projet de naissance. Bien que l'enquête nationale périnatale de 2016 pointait d'importantes disparités géographiques concernant la réalisation de l'entretien prénatal précoce, elle n'interroge pas les disparités sociologiques telles que la catégorie socioprofessionnelle. Toutefois, les travaux de la sage-femme et chercheuse Priscille Sauvegrain sur le traitement différencié des femmes catégorisées

comme africaines ont permis de mettre en exergue le fait que les femmes immigrées ne sont pas représentées dans les séances de préparation à la naissance et à la périnatalité (Sauvegrain, 2013), dont fait partie l'entretien prénatal précoce. De ce fait, on peut considérer l'hypothèse selon laquelle ces femmes sont également sous représentées dans la rédaction d'un projet de naissance.

A l'inverse à la maternité des Eglantines, aucun.e professionnel.le n'emploie le terme de « bobo » pour désigner les femmes rédigeant un projet de naissance. Toutefois, deux gynécologues-obstétriciennes font part du manque de confiance en leur profession qu'elles ressentent lorsque les parturientes rédigent un projet de naissance, un sentiment qui serait illégitime face aux connaissances des médecins : *« Ce côté je vais faire mon marché, je veux ci et ça, alors que tu ne connais même pas, si tu n'as jamais accouché, tu n'as jamais travaillé à l'hôpital, tu ne sais pas comment ça se passe, tu ne peux pas faire confiance à l'équipe, tu veux et tu exiges, ça m'énerve »* (Gynécologue-obstétricienne, 40 ans, 11 ans dans le métier dont 6 aux Eglantines) ; *« elles font des projets d'accouchement qui, parfois, font des pages et des pages et qui sont parfois complètement déconnectés de la réalité [...] et puis parfois elles ont pompé des trucs sur internet, en fait elles ont écrit des trucs, elles ont pas compris, quand on décortique avec elles et qu'on leur dit, bah non, là ce que vous avez noté, c'est pas possible, parce que ceci... On est obligé d'expliquer peut-être plus qu'ailleurs [...] de temps en temps, on en a qui sont un peu butées et c'est pas toujours évident, parce que, voilà, je pense que c'est ça, elles ont des exigences, elles ont l'impression d'avoir, de connaître beaucoup de choses parce qu'elles ont regardé sur internet »* (Gynécologue-obstétricienne, 47 ans, 24 ans d'ancienneté dont 16 aux Eglantines). Il semble ainsi ressortir de ces deux entretiens un sentiment d'irritation lié aux « *projets de naissance farfelus ou exigeants. Ça m'énerve encore plus. Je préfère que ce soit farfelu et un peu drôle que : je veux ça, je ne veux pas ça, je veux qu'on me fasse ça et je ne veux pas qu'on me fasse ça, je ne veux pas d'étudiant, je veux ceci et cela* » (Gynécologue-obstétricienne, 40 ans, 11 ans dans le métier dont 6 aux Eglantines).

Cet agacement pourrait provenir du fait que lorsque le projet de naissance concerne directement l'usage de pratiques médicales, il soit rédigé par négation : *« mais dans le projet de naissance, je ne veux pas d'épisio.... Je ne veux pas de ceci, je ne veux pas, je ne veux pas, je ne veux pas, ça c'est un peu désagréable quoi. On a tendance à se dire, bah ok, mais si tu vas chez ton boulanger et tu n'aimes pas le pain qu'il fait, tu changes de boulanger »* (Gynécologue-obstétricienne, 47 ans, 24 ans d'ancienneté dont 16 aux Eglantines). Le fait que les parturientes inscrivent sur le papier qu'elles ne souhaitent pas recevoir telle ou telle pratique reviendrait à sous-entendre que des professionnel.les de la naissance pratiqueraient des actes non nécessaires, superflus ce qui remet en cause leur expérience et leurs connaissances de praticien.nes. Ainsi, le projet de naissance serait une source de conflits réciproque

entre praticien.nes et parturientes puisqu'il remettrait en question le travail des soignant.es (Thomas, 2017). Lorsque l'épisiotomie est nommée dans le projet de naissance, on peut supposer qu'elle l'est toujours sous la formulation « je ne veux pas d'épisiotomie ». Comme vu précédemment, cette crainte de l'épisiotomie vient de sa médiatisation et de sa place d'exemple prégnant de violence obstétricale lorsqu'elle est réalisée sans indication médicale et sans consentement. Une autre professionnelle des Eglantines souligne qu'elle trouve « *dommage* [la rédaction de projet de naissance] *c'est que finalement si elles ont besoin de l'écrire ça veut dire qu'on les a pas suffisamment rassuré avant, pendant leur grossesse, pour qu'elles sachent qu'en fait ce dont elles ont envie pendant leur séjour elles peuvent le demander au moment où elles y sont [...] ça s'inscrit dans le contexte des violences obstétricales etc et je l'entends parfaitement. Mais pour moi le projet de naissance c'est un peu né de finalement pendant tellement longtemps on n'a pas écouté les femmes qu'elles se sentent obligées de le rédiger à l'avance pour être entendues. Moi c'est en ça que le projet de naissance me dérange* » (Sage-femme cadre, 28 ans, 2 ans et demi dans le métier de cadre à la date de l'entretien, 5 ans aux Eglantines). Cette jeune professionnelle semble donc souligner que la multiplication des projets de naissance ne vient pas d'une volonté des parturientes de contredire les praticien.nes mais plutôt de se protéger et de pouvoir échanger sur les différents actes qui pourraient leur être faits pendant leur accouchement. De plus, cette même professionnelle décrit des projets de naissance non pas « *farfelus* » ou « *exigeants* » mais plutôt des demandes relevant de l'obligation de la part des praticien.nes : « *au final 90% des projets quand on les lit, "bah je voudrai qu'on m'explique ce qu'on va me faire, je voudrai que mon mari soit présent, je voudrai faire du peau à peau avec mon enfant, j'aimerais bien qu'on attende un peu avant de couper le cordon, je voudrai ne pas être séparé de mon bébé après la naissance sauf si il nécessite des soins, je préfèrerais éviter l'épisiotomie". C'est vraiment pas abusé quand on lit les projets* ». Pourtant toujours cette même professionnelle, « *y a quand même souvent des réactions quand on voit un projet de naissance au staff, en général quand les gens ouvrent le dossier c'est "ah encore un projet de naissance, qu'est-ce qu'elle veut celle-là ?"* », comportement des professionnel.les pouvant s'expliquer par le fait que la rédaction des projets de naissance soit encore marginale, réservée à une catégorie de femmes plutôt aisées et ayant intellectualisé leur accouchement. On peut également supposer que lorsqu'elles écrivent des demandes allant de soi comme « je voudrai qu'on m'explique ce qu'on va me faire », cela brusque certain.es professionnel.les qui le ressentiraient comme un moyen de leur dicter leur manière de travailler. De la même manière, la prise en compte du projet de naissance semble assez optionnelle dans la mesure où « *de toute façon si y a une urgence c'est des souhaits qui pourront pas être... Respectés* » (Interne en premier semestre de gynécologie obstétrique, 24 ans).

Le site de l'émission La Maison des Maternelles, émission de télévision française de grande écoute proposant des conseils aux parents de la grossesse à l'éducation de leurs enfants, propose un article sur la rédaction du projet de naissance et est référencé en deuxième position sur le moteur de recherche Google. Peut donc être supposé que les femmes s'interrogeant sur cet outil et souhaitant/pouvant se documenter le liront largement, voire s'appuieront dessus lors de la rédaction du leur : il confirme les propos de la sage-femme précédemment citée sur les demandes très raisonnables des projets de naissance. En effet, l'article recommande de spécifier dans le projet de naissance la relation que souhaite la parturiente avec le ou la professionnel.le qui la suivra dans l'accouchement selon ces termes : « Nous souhaitons que chaque geste, chaque intervention nous soient clairement expliqués et que rien ne soit entrepris sans nous avoir consultés » (site internet La Maison des Maternelles, 2019). De la même manière selon une enquête du CIANE, « les principaux souhaits exprimés par les femmes [dans un projet de naissance] concernent leur liberté de mouvement, un accompagnement personnalisé de la douleur et le refus de l'épisiotomie en dehors d'une nécessité médicale sérieuse » (CIANE, 2012). Or, et comme le souligne l'article de la Maison des Maternelles, ce type de demande n'est rien de moins que le respect de l'article L1111-4 du Code de la santé publique.

Ainsi, les souhaits rédigés par les parturientes dans les projets de naissance semblent traduire des craintes quant à l'accouchement, bien que les réponses aux inquiétudes soient censées être discutées tout au long de la grossesse lors de l'accompagnement médical. Bien que les demandes écrites soient dans la plupart des cas des rappels de ce que la loi du 4 août 2002 prévoit, il semble que le projet de naissance produise une source de tensions entre parturientes et professionnel.les de la naissance.

2. L'asymétrie de la relation soignant/soigné engendrant des luttes réciproques

La loi Kouchner du 4 août 2002 s'inscrit dans une démarche de démocratie sanitaire en favorisant les droits individuels des patients, qui sont désormais libres de prendre leurs propres décisions en matière de santé après information de la part des professionnel.les (CIANE, 2012). En ont alors découlé les revendications de certaines parturientes allant dans le sens d'une diminution de la médicalisation, spécialement lorsque la grossesse et l'accouchement peuvent être physiologiques (voir partie III-A-1). L'institutionnalisation d'une légitimité des parturientes dans le vécu de leur grossesse et de leur accouchement se traduit ainsi par une évolution de la relation hiérarchisée soignant.e/patient.e, relation pouvant être rythmée par des tensions. Celles-ci semblent s'articuler autour de deux luttes réciproques : d'un côté, le désir pour les parturientes d'être écoutées et plus actives dans leur

accouchement et leur grossesse, avec l'hypothèse que ce qui les anime est la crainte des violences obstétricales ; de l'autre, une évolution des pratiques des professionnel.les de la naissance remettant en cause leurs compétences et prenant un angle médico-légal.

Alexandre Jaunait, sociologue travaillant sur les thèmes du genre, de la sexualité, de la santé et du droit, a étudié cette hiérarchisation entre soignant et patient sous l'angle du paternalisme médical et autour de la notion de consentement, centrale avec celle de l'information dans la lutte contre les violences obstétricales. Selon lui, bien que l'interdiction d'imposer des actes sur le corps d'autrui soit encadrée par la loi, la pratique médicale est à part dans la mesure où « le paternalisme médical considère 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 » (Jaunait, 2003). Cette tendance au paternalisme médical jusque-là prégnante dans la relation soignant.e/patient.e tend ainsi à être renversée avec la priorité donnée au consentement informé et au statut de droit du patient octroyé par la loi Kouchner. Or, le fait que ce renversement soit assuré par un angle juridique semble braquer certain.es soignant.es du fait de l'absence de confiance que cela implique en leur manière de pratiquer : en effet, le rejet de l'entretien prénatal précoce et/ou du projet de naissance semblent illustrer une opposition de principe à ces outils, créant une relation conflictuelle défavorable à une communication réciproque et donc aux parturientes.

Concernant le champ de l'obstétrique et comme exposé précédemment, la médiatisation et la publicisation des violences gynécologiques et obstétricales ont contribué à un démantèlement d'une confiance absolue entre parturientes et professionnel.les de la naissance. C'est notamment ce qu'exprime une gynécologue-obstétricienne des Eglantines, précédemment citée lorsqu'elle expliquait que la dénonciation des violences obstétricales, qui montrait du doigt une profession, permettait tout de même de s'interroger sur la pratiques des professionnel.les de la naissance, notamment concernant l'épisiotomie : selon elle, la demande de diminution de l'épisiotomie et donc l'inscription de ce souhait dans un projet de naissance conduit au « *risque aussi que ça casse un lien de confiance avec les patientes parce qu'elles arrivent avec un a priori négatif, et avec une certaine méfiance en disant bah, qu'est-ce qu'on va me faire* » (Gynécologue-obstétricienne, 47 ans, 24 ans d'ancienneté dont 16 aux Eglantines). Ce sentiment d'une perte de confiance des parturientes semble partagé par Amina Yamgnane, gynécologue-obstétricienne et cheffe de service de la maternité de l'Hôpital américain dans un article. En effet, celle-ci souhaite une place centrale du dialogue entre parturientes et professionnel.les de la naissance dans la mesure où selon elles, la relation est articulée autour de la défiance : « certaines demandes des femmes nous semblent assez exotiques (...) chez les professionnels, elles rencontrent souvent l'incompréhension ». Toujours selon cette professionnelle,

il revient ainsi aux médecins et aux sages-femmes d' « accepter d'écouter ce que les femmes ont à dire d'elles-mêmes, de leur expérience de la maternité, de leurs envies, de leurs fantasmes, de leurs angoisses, de leurs phobies ». Quant aux parturientes, elles doivent « connaître un minimum les réalités mécaniques et statistiques qui régissent la naissance dans le règne humain » (Yamgnane, 2018).

Concernant le recueil du consentement des parturientes, obligatoire et nécessaire à une prise en charge de la naissance bienveillante, une sage-femme des Eglantines considère qu'il s'agit d'une « *question de génération, je pense que le paternalisme médical il a fait mal* ». Pour elle, « *on ne touche pas une femme sans l'avoir prévenue, même si c'est pour mettre un monito' et qu'on touche le ventre et qu'on fait pas un examen invasif. Mais combien de fois on dit aux femmes, et y a pas que moi qui m'en rend compte, voilà "je vais vous examiner vous êtes prêtes ? " (...) et y en a qui répondent "ah bah c'est la première fois qu'on me le demande", alors là on se dit merde franchement on a loupé un truc* » (Sage-femme cadre, 28 ans, 2 ans et demi dans le métier de cadre à la date de l'entretien, 5 ans aux Eglantines). La médiatisation des violences obstétricales et le travail militant d'information auprès des femmes, notamment de Marie-Hélène La Haye ou de Mélanie Déchalotte précédemment citées, semble avoir favorisé la prise de conscience des parturientes de leur droit de donner leur consentement à tout acte médical et de dénoncer des actes pratiqués sans indication médicale, comme l'épisiotomie. A ce sujet, une autre professionnelle des Eglantines, plus âgée que la sage-femme précédemment citée, donne un tout autre angle d'analyse de la dénonciation de ces actes et de la prise de parole des femmes : « *Quand elles se sont emparées de cette histoire de vagin découpé, ça m'a vachement agacée. Ces violences obstétricales sur l'épisiotomie, sur le fait qu'on découpait le vagin des femmes, qu'on était des violents, ça m'a vachement énervée* » (Gynécologue-obstétricienne, 40 ans, 11 ans dans le métier dont 6 aux Eglantines). Elle nuance ensuite son propos en affirmant que « *tous les changements importants dans la société, ça ne vient pas des corps de métier, ça vient des gens. Que le peuple s'empare de ça et en parle, c'est très bien* ». Ces propos pouvant apparaître ambivalents permettent d'illustrer cette lutte entre nécessité d'une prise de parole des parturientes pour dénoncer des actes médicaux et violents et difficulté pour les professionnel.les de la naissance d'interroger leurs pratiques. De plus, le fait que des parturientes, détenant historiquement peu de connaissances médicales, soient pour certaines aujourd'hui dans une démarche de recherche et d'intellectualisation de leur accouchement remet en cause le paternalisme médical développé plus haut et bouscule les pratiques des professionnel.les. C'est ce qu'illustre une sage-femme expérimentée des Eglantines : « *ça m'a rendue dingue qu'elle se place en sachante, alors qu'elle était vraiment l'inverse d'une sachante. Et que nous, on voulait lui expliquer pour son bien. Mais ça ne marche pas. On ne peut pas forcer les gens* » (Sage-femme, 43 ans, 21 ans dans le métier dont 18 aux Eglantines).

Ainsi, la pratique de l'épisiotomie - qui symbolise les violences obstétricales lorsqu'elle est réalisée sans indication médicale et/ou sans information et sans consentement des parturientes - est très hétérogène et dépend d'une multitude de facteurs. De plus, la prise en compte des projets de naissance semble également varier selon les établissements et selon les professionnel.les de la naissance⁷. Pour certain.es, cet outil est peu reconnu pour diverses raisons, telles que la modification de pratiques que cela implique et le fait que cette évolution soit initiée par les parturientes. Pourtant, d'autres facteurs, présentés ci-après viennent également alimenter les obstacles à une mise en place plus structurelle de relation d'échanges et d'une décision médicale partagée entre professionnel.le et parturiente, telles que recommandées par la HAS.

Partie III : Des limites organisationnelles des structures hospitalières favorisant les probabilités de violences obstétricales ?

Comme développé ci-dessus, différentes pratiques et gestes médicaux - qu'ils soient nécessaires et indispensables ou non - peuvent constituer et/ou être vécus comme des violences obstétricales par les parturientes. Après avoir étudié les causes de l'hétérogénéité du recours à l'épisiotomie et au projet de naissance, qui pourrait hypothétiquement améliorer le dialogue entre professionnel.les et parturientes et ainsi réduire le risque de violences obstétricales, il convient de relever les causes plus structurelles engendrant ces violences. A travers les exemples de l'épisiotomie et d'autres actes médicaux sera développée la médicalisation systématique de l'accouchement (A) qui produit de multiples contraintes économiques et temporelles aux professionnel.les de la naissance, opposées aux temporalités des parturientes (B).

A) Une appropriation de l'accouchement par les établissements médicaux liée à une pathologisation progressive

La perte de confiance en le processus naturel de l'accouchement a été progressif jusqu'à toucher les plus physiologiques, engendrant de fait une systématisation des naissances en structure médicale (1). Dès lors, les capacités d'accouchement dites naturelles des femmes sont remises en cause, avec pour conséquence la médicalisation de positions et d'aides à la poussée pas toujours nécessaires (2).

⁷ D'autant plus que le projet de naissance n'a qu'une valeur juridique très faible, la jurisprudence actuelle consacrant l'appréciation souveraine du ou de la soignant.e par rapport au consentement de la parturiente (Roman, 2017).

1. Un processus de médicalisation pour une meilleure gestion du risque ?

Les sociologues Danièle Carricaburu et Marie Ménoret théorisent le processus de médicalisation d'un problème comme s'articulant en trois étapes : l'emploi d'un langage médical pour le décrire, l'adoption d'une structure médicale pour le comprendre et la mobilisation d'une intervention médicale pour le traiter (Carricaburu et Ménoret, 2004). Ce processus touche ainsi les répertoires de la « déviance » tels que l'alcoolisme ou les difficultés d'apprentissage scolaire et les processus « naturels » tels que le vieillissement ou l'accouchement.

L'adoption d'une structure médicale pour l'accouchement est tout à fait prégnante : en 1992, la France occupe l'avant dernier rang de la Communauté européenne en ce qui concerne les décès maternels (Carricaburu, 2009). Le ministre de la santé de l'époque, Bernard Kouchner, saisit alors le Haut Comité de la santé publique qui va produire deux rapports en deux ans. Le premier, dit Papiernik, produit en 1992 préconise la fermeture des maternités effectuant moins de 300 accouchements par an ainsi que les regroupements des maternités pour parvenir à un nombre annuel d'accouchements fixé à 1 500. Ce rapport engendre des dénonciations de la part des professionnels de la naissance qui considèrent que ces recommandations traduisent une orientation de logique quantitative, de profit au détriment d'une logique qualitative possible notamment grâce à la proximité (Carricaburu, 2009).

C'est pourquoi le rapport Gremy est produit en 1994 proposant un nouveau plan de périnatalité, qui sera à l'origine de la réforme de périnatalité de 1998. Il considère le risque obstétrical comme prévisible et que de ce fait, les parturientes doivent être orientées vers une structure adaptée : ces recommandations s'appuient sur des études épidémiologiques démontrant l'amélioration des taux de morbidité et de mortalité périnatales quand le transfert des parturientes vers un service spécialisé est réalisé avant l'accouchement.

De même, est aujourd'hui admis en France qu'une intervention médicale doit être mobilisée pour traiter l'accouchement. Selon les sociologues Madeleine Akrich et Bernike Pasveer, il existe en France un « quasi-consensus autour de l'idée que tout accouchement est potentiellement risqué, même lorsque la grossesse s'est déroulée de façon normale » (Akrich et Pasveer, 1996 cités par Carricaburu, 2005). L'existence de risques créerait un climat de crainte qui légitimerait une médicalisation poussée : « *Oui y a beaucoup de peur en salle d'accouchement. D'où la médicalisation. Y a beaucoup de peur.* » (Sage-femme, 43 ans, 21 ans d'expérience dont 18 aux Eglantines). Cette idée a ainsi conduit à une médicalisation presque systématique de la naissance puisqu'aujourd'hui en France, 99% des accouchements ont lieu à l'hôpital (HCE, 2018). Bien que la réforme de 1998 restructure la prise en charge des grossesses selon le niveau de risque estimé pour la femme enceinte et le fœtus en orientant

les parturientes vers le type de maternité correspondant, les techniques d'aide à l'accouchement employées par les soignants sont utilisées à la même fréquence, peu importe le type de maternité et même pour les grossesses ne présentent aucun risque. C'est ce que démontre Danièle Carricaburu dans un article de 2005, en prenant les exemples du déclenchement, du travail dirigé, de l'analgésie péridurale et de la césarienne ; c'est également ce que j'ai tenté de démontrer avec la pratique de l'épisiotomie (se référer à la partie II-A-2). Selon cette même sociologue, les maternités appliquent une gestion du risque lié à l'accouchement par le recours à la technique dans la mesure où « l'obstétrique française s'est structurée à partir d'une conception de l'accouchement comme situation à risque vital pour la mère et l'enfant » (Carricaburu, 2005 reprenant l'idée de Naiditch et Brémond, 1998). Dans la mesure où l'accouchement est appréhendé comme une situation potentiellement à risque, pathologique, il est justifié que le corps médical le prenne en charge de manière quasi systématique, même dans le cas d'une grossesse physiologique et ceci dans le but de prévenir tous les événements imprévisibles pouvant impacter la mère ou le fœtus. La médicalisation serait le seul moyen de soulager le sentiment de danger lié à l'accouchement (Négrié et Cascales, 2016). Sont ainsi banalisés des actes médicaux dont certains sont quasi systématiques, comme la péridurale qui concerne 82% des accouchements par voie basse en France en 2016 (Enquête nationale périnatale, 2016) et qui peut pourtant comporter des risques pour les parturientes dans la mesure où en découlent souvent d'autres pratiques (se référer à la partie III-B-2).

Or, la volonté de regrouper les lieux de naissance a contribué à une diminution importante du nombre de maternités malgré un nombre de naissances annuel resté stable : le nombre de maternités en France a été divisé par trois en quarante ans (Enquête nationale périnatale, 2016). Ce sont les maternités de type I, c'est-à-dire les moins équipées qui sont premièrement touchées au profit des maternités de type III, initialement destinées aux grossesses pathologiques qui accueillent aujourd'hui de plus en plus d'accouchements à bas risque (HCE, 2018). Selon Marie-Hélène La Haye, juriste féministe et lanceuse d'alerte sur les violences gynécologiques et obstétricales, c'est cette nouvelle organisation des hôpitaux, avec des maternités réalisant plusieurs milliers d'accouchements par an et décrites dans le langage courant comme des « usines à bébé » qui est responsable de ces violences avec la standardisation des accouchements (se référer à la partie III-B). La HAS constate également un « niveau de médicalisation et de technicisation élevé, quel que soit le risque obstétrical » malgré une « demande croissante [des parturientes] d'une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie de la naissance, en particulier dans les situations de bas risque obstétrical » (HAS, 2017).

Ainsi, même les parturientes ayant une grossesse physiologique peuvent être ou se sentir exclues de leur accouchement au profit d'une prise en charge médicalisée, même sans nécessité médicale.

2. L'agentivité reproductive des parturientes délaissée au profit d'une prise en charge médicalisée : exemples de la position en décubitus dorsal et de la révision utérine

Selon l'anthropologue Mounia El Kotni, la technologisation de l'accouchement n'est pas seulement un outil visant à apporter des informations aux parturientes ou à soulager leur douleur, mais également à contrôler le corps des femmes : elles auraient moins de marge de manœuvre et leurs savoirs non médicaux ne seraient pas pris en compte (El Kotni, 2018). C'est également ce qu'avance la sociologue Maria De Koninck, pour qui l'acquisition d'une plus grande autonomie reproductive des parturientes grâce aux luttes féministes n'a été rendue possible que par le développement du recours à la technique (De Koninck, 2015). Dès lors, les femmes perdent peu à peu les connaissances sur leur propre corps et le processus physiologique de l'accouchement pour s'en remettre au corps médical, qui ne reconnaît pas toujours leur « agentivité reproductive ». Selon Sylvie Lévesque, Manon Bergeron, Lorraine Fontaine et Catherine Rousseau, sociologues féministes québécoises, cette notion renvoie aux « capacités de réflexion, de planification et d'articulation des préférences et des choix des personnes quant à la grossesse et l'accouchement » qui seraient peu prises en compte dans les institutions médicales (Lévesque et al., 2018). Selon elles, les intentions et les choix des parturientes sur le déroulé de leur accouchement ne sont pas toujours reconnues : or, c'est presque systématiquement dans ce cas de figure que les violences obstétricales sont vécues comme telles par les parturientes. Il convient de préciser que d'après les témoignages recueillis par Anne Evrad, coprésidente du CIANE qui aide les femmes victimes de violences obstétricales à obtenir réparation, 95% des femmes qu'elle accompagne ont subi ces violences hors situation d'urgence. Pourtant découle logiquement un lien de corrélation entre respect des souhaits des parturientes et vécu de l'accouchement, démontré par une enquête du CIANE de 2012 réalisée à travers l'analyse de 5 460 réponses à un questionnaire : « les femmes dont les souhaits n'ont pas été respectés ont mal vécu leur accouchement que ce soit sur le plan physique (57% m'ont très mal ou plutôt mal vécu), ou, encore davantage, sur le plan psychologique (70% l'ont très mal ou plutôt mal vécu). Un tiers des femmes dont les souhaits n'ont été que partiellement respectés par l'équipe ont très mal ou plutôt mal vécu leur accouchement. A l'inverse, les femmes qui considèrent que leurs souhaits ont été respectés, considèrent à 90% avoir plutôt bien ou très bien vécu leur accouchement » (CIANE, 2012).

Mélanie Déchalotte, journaliste féministe française prend l'exemple de la position en décubitus dorsal de l'accouchement pratiquement systématique en France, qui illustre la diminution de la notion d'agentivité reproductive : en effet, l'enquête nationale périnatale de 2016 recense 89% des femmes ayant accouché par voie basse qui étaient allongées ou semi-allongées et 95,5% des femmes qui

étaient sur le dos au moment de l'expulsion (Enquête nationale périnatale, 2016). Or, la journaliste, tout comme d'autres militantes contre les violences obstétricales, conteste cette position en reprenant notamment les arguments du médecin Marc Girard dans son ouvrage « La brutalisation du corps féminin dans la médecine moderne ». En effet, celui-ci s'étonne que la position privilégiée pour accoucher, sur le dos, soit également celle que recommande les soignants pour éviter un accouchement prématuré. Outre le fait que cette position ne permet pas de « bénéficier des effets de la gravité », elle est également inconfortable et douloureuse pour la parturiente dans la mesure où « le poids de l'utérus [...] écrase les autres organes et empêche une bonne oxygénation en comprimant les artères » (Déchalotte, 2017). De plus, le décubitus dorsal provoquerait plus de complications et serait la première étape d'un schéma de « cascade » d'actes médicaux selon la journaliste Marie-Hélène La Haye. En effet, la position sur le dos rétrécit l'ouverture de l'orifice vaginal, compliquant dès lors la poussée et augmentant le risque de souffrances fœtales : il est ainsi nécessaire d'accélérer la sortie du fœtus. Pour cela, l'injection d'ocytocine permet d'augmenter la fréquence et l'intensité des contractions, multipliant ainsi les douleurs. Comme exposé plus haut, l'ocytocine est par exemple systématiquement délivrée à la maternité Gabrielle Suchon (se référer à la partie II-A-3). Il sera alors nécessaire de réaliser une analgésie péridurale pour soulager la patiente, mais dans la mesure où elle ne sentira plus ses poussées, il sera plus difficile d'expulser naturellement le fœtus. Si les poussées durent trop longtemps, il conviendra de réaliser une césarienne ou de recourir à des instruments (type forceps ou ventouse) augmentant le risque de recours à l'épisiotomie. Béatrice Kammerer, l'une des initiatrices du Tumblr « Je n'ai pas consenti » abordant les actes réalisés sans consentement dans le milieu médical, souligne que cette position est celle apprise par les gynécologues-obstétriciens et par les sages-femmes lors de leurs études et apprentissages sur le terrain, sans étudier d'autres options.

Un autre acte médical du champ de l'accouchement mérite d'être développé dans la mesure où il peut constituer une violence obstétricale, à nouveau s'il est réalisé sans information préalable ou sans recueil de consentement. Il s'agit de l'expression abdominale, définie par la littérature citée par la HAS comme « une force externe appliquée sur la portion la plus haute de l'utérus dans une direction caudale avec l'intention spécifique de raccourcir la durée de la deuxième phase de l'accouchement » (HAS, 2007). Or toujours selon la HAS, la pratique de l'expression abdominale est « mal vécue par la patiente et son entourage (stress physique et psychique) sur le moment et après l'accouchement ». La HAS conclue que du fait du vécu traumatique des patientes et de l'existence de complications (douleurs abdominales persistantes, ecchymoses, fractures...), est justifié l'abandon de cette pratique. Pourtant, une professionnelle de la maternité Gabrielle Suchon⁸ déclare encore la pratiquer avec son

⁸ L'entretien a été réalisé par téléphone sur un moment très court du fait de la mobilisation de l'infirmière dans la crise sanitaire. Il n'entre donc pas dans le cadre du projet TRASOPER.

équipe : « on pratique encore ce qu'on appelle l'expression utérine qui est un geste un peu barbare en obstétrique où une fois que la femme vient d'accoucher ou si elle vient d'être césarisée peu importe, nous tous les quarts d'heure on va venir appuyer sur son utérus un truc de fou vers le bas pour voir si ça saigne et vérifier que son bloc utérin il est bien tonique. Et ça c'est une pratique qui va tendre à disparaître en chirurgie, en obstétrique en règle générale parce que ça fait hyper mal en fait, je pense qu'on a des moyens un peu différents de se rendre compte si ça saigne ou pas, avec l'échographie ou autre chose » (Infirmière SSPI, trois ans d'ancienneté réalisés à la maternité Gabrielle Suchon). Cette même professionnelle, contraste sa pratique « *bienveillante [...], je demande à la patiente de faire avec moi le geste, on appuie toutes les deux ensemble à son rythme avec les méthodes de respiration* » avec celle des sages-femmes de son service, qui feraient « *vraiment super mal, elles s'en foutent mais aussi parce que c'est... C'est un geste qu'elles ont banalisé, elles le font 45 fois par jour tous les jours tous les mois tous les ans depuis vraiment super longtemps et ça permet effectivement de pouvoir tenir un peu des hémorragies une fois de temps en temps du coup elles y vont franco [...]* elles ont banalisé la douleur et la violence de la douleur des patientes [...] au bout d'un moment le consentement des patientes quoi ».

Cette prise en charge remarquée par cette infirmière semble donc illustrer la manière dont le corps médical jusqu'en post partum peut passiver les parturientes, passivité pouvant être mal vécue par les parturientes qui souhaitent être actives dans leur accouchement (Déchalotte, 2017). Pourtant, l'expression abdominale (dite utérine par cette professionnelle) est proscrite depuis 2007 : elle serait pourtant toujours activement exercée dans cette maternité « *de façon un peu obscure à conserver cette pratique en post partum pour la surveillance des hémorragies* ». De plus, elle souligne que le corps médical « *pourrait faire, donner de l'analésie supplémentaire on pourrait réinjecter dans la péridurale peut-être pour moins faire mal, on pourrait se questionner mais on le fait pas. Parce que tu accoucheras dans la douleur* ». On comprend donc que la survenue d'hémorragie avec l'expulsion du placenta constitue un risque mais pas systématique, qu'il serait décelable par d'autres moyens techniques mais que l'expression abdominale, bien que proscrite et douloureuse, reste largement utilisée dans cette maternité. Il aurait toutefois été nécessaire pour légitimer ce témoignage d'avoir des entretiens avec des professionnels justifiant cet usage de l'expression abdominale ainsi que des témoignages de parturientes de la maternité en ayant subi.

Enfin, l'exemple le plus probant du recul de l'agentivité des femmes reste le recours important à la césarienne : selon Maria de Koninck, le « recul de l'accouchement vaginal envoie le message de l'incapacité des femmes à bien faire et de la science comme source de leur salut ». Elle pointe notamment l'inversion de la norme en matière d'accouchement inscrite dans un rapport sur les

interventions en périnatalité dans la formulation « l'alternative à la césarienne est l'accouchement vaginal », et non l'inverse (De Koninck, 2015).

L'ocytocine, la position en décubitus dorsal, l'épisiotomie, l'expression abdominale et la césarienne sont ainsi des exemples de pratiques médicales parfois réalisées sans indication médicale, sans information et/ou sans consentement des parturientes, constituant dès lors des violences obstétricales. Il convient alors de comprendre de quels mécanismes découle la persistance de pratiques censées prévenir certains risques mais en engendrant d'autres.

B) Contraintes temporelles des soignants liées à des contraintes économiques, contraires aux souhaits des parturientes

Le recours régulier à des actes médicaux même pour des accouchements physiologiques découle d'un processus de médicalisation de la naissance dans une optique de prévention des risques. Toutefois, cette médicalisation permettrait également l'amélioration de l'organisation des services, grâce à une diminution de la durée des accouchements et de fait la possibilité de gérer les plannings des professionnel.les de la naissance (1). De plus, ces avantages, quoique remis en cause par les professionnel.les eux.elles-mêmes, contrastent avec l'exigence d'une démedicalisation de certaines parturientes et le respect de leurs droits (2).

1. Une réduction artificielle de la durée des accouchements régulant l'organisation des services

La sociologue Danièle Carricaburu remarque un glissement d'une rationalisation formelle des soignants, c'est-à-dire l'utilisation de techniques d'accouchement propres au risque de la situation casuistique vers une rationalisation matérielle : le choix de la technique employée sera effectué en fonction du gain de temps qu'elle permet, de ses atouts organisationnels et de son optimisation des ressources en personnel (Carricaburu, 2005). C'est ce qui est corroboré par diverses sources, que ce soient des recueils d'entretiens réalisés avec des professionnel.les de la naissance ou des communiqués d'instances officielles.

Le témoignage d'un obstétricien recueilli par Danièle Carricaburu illustre notamment les avantages de l'utilisation de la péridurale non pas dans l'objectif d'une prévention des risques ou de réduction de la douleur, mais bien dans un objectif d'amélioration de l'organisation du service : « Moi je préfère un accouchement sous péri', c'est beaucoup plus pratique, car comme la femme n'a pas mal et qu'elle ne

sent pas ce qu'on fait, notre liberté d'action est plus grande, ça c'est un premier argument, et le second c'est qu'on peut accélérer le travail, puisqu'elle ne sent pas, donc on peut raccourcir les accouchements... Et puis encore un troisième argument, c'est que si on a besoin de forceps, ou d'une césarienne en urgence, ou d'une révision utérine, l'anesthésie est déjà en place, on n'a pas besoin de cavalier derrière les anesthésistes qui viennent, enfin ça dépend lesquels, mais souvent en traînant les pieds... Donc vous voyez, ça a beaucoup d'avantages » (Carricaburu, 2005). Les deuxième et troisième arguments renvoient ainsi à la disponibilité d'un.e anesthésiste dans le service, disponibilité dépendant des moyens financiers de la structure médicale.

De la même manière, l'autre argument avancé par les professionnel.les de la naissance à la nécessité de médicaliser l'accouchement repose sur le fait qu'elle permet d'en raccourcir leur durée. C'est notamment ce qu'avance Carole Brugeilles avec le recours à la césarienne, qui permet de « maîtriser le terme de la grossesse et ainsi de planifier le flux de naissances » (Brugeilles, 2014). Selon Odile Montazeau, sage-femme militant contre l'« industrialisation » de la naissance, le même raisonnement est emprunté avec la banalisation du déclenchement dit « de convenance », à la fois pour les parturientes et pour les soignant.es : en effet, l'attente de l'entrée en travail spontané ne serait plus envisageable pour les couples (qui préfèrent s'organiser pour le jour de la naissance, comme l'expliquait Danièle Carricaburu dans son article de 2005) mais surtout pour les professionnel.les de la naissance. En effet, le déclenchement de convenance permettrait la régulation de la charge de travail, d'éviter les accouchements de nuit (notamment en cas d'absence d'anesthésistes ou d'obstétriciens) et d'éviter les encombrements de parturientes accouchant en même temps (Montazeau, 2010). Le fait de diriger les accouchements permettrait ainsi la gestion des flux de parturientes en salle d'accouchement et donc une meilleure gestion du personnel (Thomas, 2017). Or, le déclenchement consiste aussi en un acte médical initiant un schéma en cascade de pratiques obstétricales, induisant de fait un accouchement très médicalisé. En effet, le déclenchement artificiel double la probabilité d'une césarienne lorsque la parturiente est primipare (Yeast, Jones, Poskin, 1999) et accroît la probabilité d'une extraction instrumentale et donc de l'épisiotomie ; de plus, le déclenchement artificiel n'est pas sans risques : hyperstimulation de l'utérus entraînant des souffrances maternelles et fœtales (et donc la nécessité d'un recours à la péridurale), rupture utérine, hémorragie du post-partum...). Le déclenchement artificiel est fait par administration d'ocytocine et par la rupture artificielle des membranes (ou poche des eaux) (HCE, 2018) : concernant 22% des accouchements en 2016, l'enquête nationale périnatale souligne que la pratique « semble toutefois toujours s'étendre au-delà du diagnostic posé de dystocie, en 2010 comme en 2016 » (Enquête nationale périnatale, 2016). En effet, les données scientifiques actuelles ne recommandent le déclenchement artificiel qu'en cas de dystocie. Pour Odile Montazeau, ressort de l'usage systématisé de la technique d'une part la

nécessité de planifier l'organisation du service mais également d'autre part la crainte des risques engendrés par la perte d'une maîtrise du temps en cas d'accouchement long. C'est également ce qu'avance la sociologue Catherine Thomas : selon elle, la technicisation de l'accouchement « s'est établie par la normalisation d'actes médicaux de surveillance (pose d'un monitoring en continu obligeant la position couchée, touchers vaginaux répétés) et de direction de l'accouchement (déclenchement, accélération du travail par injection d'ocytocine de synthèse, épisiotomie, délivrance dirigée) » (Thomas, 2017). Ainsi, ces pratiques ont été intériorisées par les parturientes dans leur représentation d'un accouchement plus ou moins normal mais également dans les protocoles des maternités (Carricaburu, 2005).

Par ailleurs, l'organisation du service en tant que telle peut également impacter la prise en charge des parturientes. Sans parler spécifiquement des anesthésistes, une infirmière de la maternité de la maternité Gabrielle Suchon souligne l'impact de la diminution progressive du nombre de personnel sur sa pratique, notamment par le recours en augmentation aux intérimaires depuis une dizaine d'années : *« on a l'impression que finalement tout le monde s'en fout, parce que les gens sont là une journée, ne sont plus là le lendemain, les gens ne s'investissent pas pareil, y a une prise en charge qui est complètement différente [...] moi je trouve ça assez catastrophique quoi comme bilan »*. Pour elle, ce recours problématique aux intérimaires est pourtant coûteux : *« il faudrait embaucher plutôt que de mettre pleins d'argent dans les intérimis. Qui coûtent bien plus cher que d'embaucher en fixe »*. De plus, elle regrette la possibilité de prendre le temps de bien connaître les dossiers des parturientes du fait de la carence de personnel *« si y avait quatre entrantes depuis la veille, le matin avant de commencer on prenait les dossiers médicaux des femmes et on les épluchait. C'est-à-dire que nos femmes on les connaissait par cœur. Là au final je suis toute seule pour les vingt et unes. Je vais pas avoir le temps de lire tous les dossiers. Donc je fais confiance à ce que m'a dit la fille d'avant parce que la première fille qui l'a reçue est censée avoir tout noté »* (Infirmière, 56 ans, 36 ans d'ancienneté dont 22 à la maternité Gabrielle Suchon).

Or, ces contraintes temporelles découlant d'enjeux organisationnels vont à l'encontre des souhaits de certaines parturientes, revendiquant une physiologisation de l'accouchement par une diminution de sa médicalisation, pouvant mener à des violences obstétricales.

2. Des contraintes des professionnel.les de la naissance opposées à celles des parturientes

Mélanie Déchalotte dans son ouvrage recueille les témoignages de plusieurs parturientes qui rapportent avoir été déclenchées par la délivrance d'ocytocine ou la perforation de leur poche des eaux sans leur consentement (voir annexe n°3). Pourtant selon les recommandations de la HAS, une fiche d'information doit être délivrée aux parturientes avec les méthodes de l'accouchement et les risques qui en découlent, afin qu'elles soient informées en amont et puissent donc donner un consentement libre et éclairé en cas de nécessité (HAS, 2017).

Plusieurs entretiens avec des professionnelles de la maternité Gabrielle Suchon ont ainsi pu souligner l'impact des contraintes temporelles sur leurs pratiques et notamment l'obstacle que ces contraintes représentent sur l'information des parturientes (et de ce fait, les difficultés à recueillir un consentement libre et éclairé). Au sujet des parturientes souhaitant vivre un accouchement le plus physiologique possible ou ayant des interrogations, l'infirmière qui dénonçait l'utilisation de l'expression abdominale dans son service souligne également le fait que les économies de temps sont réalisées sur la prise en compte du point de vue des parturientes : « *Faut que les choses aillent plus vite et si tu te mets en fait à considérer le point de vue des patients, bah en fait t'avances pas mais t'avances jamais, tu prends un milliard d'années on n'a pas assez de personnel pour faire ça. On passe notre temps à bâillonner un peu les patientes parce que ça va plus vite quand elles se taisent et quand elles disent rien* » (Infirmière SSPI, trois ans d'ancienneté réalisés à la maternité Gabrielle Suchon). Le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes pointe également le fait que « les conditions dans lesquelles ils exercent et l'organisation actuelle dans les maternités (sous-effectif, surcharge dans les salles de travail...) ne sont pas sans conséquence sur la qualité de cette prise en charge » (site internet de l'Ordre). De la même manière, la psychologue des Eglantines interrogée soulignait le « *grince[ment]* » des sages-femmes de cette maternité dans la mesure où « *beaucoup de sages-femmes disent qu'elles n'ont plus les conditions matérielles nécessaires pour être dans le respect du libre choix d'accouchement des femmes* » (Psychologue, 42 ans, 11 ans dans le métier dont 4 aux Eglantines). Les sociologues Sezin Topçu et Patrick Brown rappellent que ce libre choix d'accouchement des femmes, semblant désigner la volonté de certaines parturientes de physiologiser au maximum leur accouchement par un processus de démedicalisation, ne renvoie pas à un refus des innovations techniques en tant que telles. En effet, cette volonté renvoie plutôt d'une part au refus de la technologie (instruments, hormones) lorsqu'elle est nuisible au processus de la naissance, c'est-à-dire quand des actes sont utilisés de manière injustifiée, routinière ou excessive ; et d'autre part à une critique des protocoles politico-organisationnels des établissements, qui renvoient à une fordisation des maternités et à la bureaucratisation de la profession des sages-femmes notamment (Topçu et Brown, 2019).

Ainsi, pour les femmes rédigeant ou ayant en tête un projet de naissance, elles peuvent se heurter à la fois au conflit avec certain.es professionnel.les de la naissance qui rejettent cet outil dans la mesure

où il remet en question leur pratique (se référer à la partie II-B) mais également à des contraintes temporelles, liées aux contraintes économiques. Selon une professionnelle de la maternité Gabrielle Suchon, « *c'est accoucher en maternité dans la fonction publique ces projets de naissance ils sont compliqués à réaliser parce que ... déjà de une on n'a pas fin c'est pareil c'est horrible à dire mais on n'a pas le temps* » (Infirmière, 24 ans, 9 mois d'expérience réalisés à la maternité Gabrielle Suchon). Cette infirmière impute ainsi les fortes limites en termes de temps que subissent les professionnel.les de la naissance et les parturientes au statut public de son établissement. Dans la mesure où les Eglantines, établissement privé, semblent avoir un rapport comparable au projet de naissance, il aurait été intéressant de confronter la prise en compte du projet de naissance dans d'autres maternités, publiques et privées, pour voir si le statut juridique influe en effet sur les difficultés temporelles et donc sur la prise en compte du projet de naissance.

De plus, ces contraintes organisationnelles semblent également lourdement impacter la délivrance d'informations des parturientes sur les actes qui peuvent hypothétiquement leur être délivrés ou qui le sont réellement, informations nécessaires au consentement libre et éclairé obligatoire pour chaque soin depuis la loi Kouchner de 2002 (se référer à la partie I-B). Les informations à donner aux parturientes étant très nombreuses et variées, la HAS insistait en 2005 sur l'importance de la délivrance d'information tout au long de la période anténatale non seulement sur la grossesse mais également au sujet de l'accouchement, à travers l'entretien prénatal précoce (qui est rarement réalisé, se référer à la partie II-B-1), au cours de la préparation à la naissance et à la parentalité et lors des consultations obstétricales (HAS, 2005). Pour Fabrice Pierre, chef du service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Poitiers, « il est souhaitable que les informations sur les déchirures périnéales [...] et les conditions qui peuvent rendre nécessaire une épisiotomie, soient abordées au fil des échanges lors des consultations de grossesse ». Il précise également que les professionnel.les de la naissance « doivent avoir conscience que la femme en travail peut ne pas se souvenir de ces informations délivrées en anténatal » (Pierre, 2018).

Plusieurs entretiens avec des professionnelles de la maternité Gabrielle Suchon ont révélé que la maternité était sujette à ces contraintes économiques, qui engendrent une limite de temps à accorder aux parturientes et qui peut ainsi remettre en cause leur consentement libre et éclairé lors d'actes médicaux. Trois professionnelles, exerçant un métier différent (infirmière, interne en gynécologie et obstétrique, sage-femme) soulignent le caractère incomplet de l'information délivrée aux parturientes concernant l'épisiotomie, sous des angles différents.

D'une part, l'infirmière évoque le fait que les informations sur cette pratique ne sont données qu'aux femmes demandeuses : « *Si les femmes elles nous posent la question de l'épisiotomie on leur explique mais avant non, il n'y a pas d'explication sur il est possible qu'à l'accouchement il y ait une épisie pour telle ou telle raison. Non non, il n'y a pas d'explication avant sur les épisie* ». Selon elle, les femmes obtiennent des informations concernant cette pratique lors de la grossesse, pas au moment de l'accouchement : « *Après peut-être pour celles qui ont eu des cours à l'accouchement ils doivent sûrement parler des épisiotomies hein pendant les cours mais bon c'est pareil, nous on a énormément de grossesses non suivies sans cours sans rien du tout donc heu... il y en a beaucoup qui sont ...qui sont jamais allées au cours et heu... mais au moment de faire l'épisiotomie bah on dit juste « on va faire l'épisiotomie » quoi* » (Infirmière, 24 ans, 9 mois d'expérience réalisés à la maternité Gabrielle Suchon). Cet extrait souligne le fait que toutes les parturientes ne participent pas aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité, il convient de rappeler qu'également 72% des parturientes ne bénéficient pas de l'entretien prénatal précoce, destiné justement à répondre aux interrogations concernant les actes réalisés pendant l'accouchement ou à donner des informations. Aussi, peut être formulée l'hypothèse selon laquelle toutes les parturientes ne sont pas particulièrement informées sur la manière dont peut se dérouler leur accouchement, que ce soit volontairement ou imposé par d'autres contraintes. De ce fait, il est envisageable que des femmes ne sachent pas ce qu'est une épisiotomie au moment où les praticien.nes la réalisent. De plus, cet extrait souligne le caractère déclaratif, d'information de la femme sur l'acte qui va lui être prodigué, plutôt qu'interrogatif comme le dispose la loi Kouchner. Rappelons que les épisiotomies ne sont pas toujours réalisées qu'en cas d'urgence ; il serait ainsi nécessaire de rechercher dans quelles conditions elles sont pratiquées à la maternité de la maternité Gabrielle Suchon.

D'autre part, la sage-femme rencontrée abordant l'épisiotomie déclare en parler aux parturientes qu'elle suit, mais lors du moment de l'accouchement et pas systématiquement : « *moi j'essaye d'en parler avec mes patientes quand elles sont en dilatation complète et que je sens que la discussion est possible je leur dis bah pourquoi je serai amenée à la faire, si elles veulent être au courant ou pas... [...]* *Moi je trouve que c'est mieux d'en parler avant [...]* *[mais] je le fais pas systématiquement* ». Ainsi, cet extrait met en exergue le caractère aléatoire de la délivrance d'information mais également de la demande de consentement et du fait de prévenir la parturiente qu'une épisiotomie va être réalisée : en effet, peut-être que des parturientes à qui elle n'aurait pas demandé si elles souhaitaient être au courant souhaiteraient l'être, comme cela est prévu légalement. Elle explique également adapter sa délivrance d'informations selon le profil de la parturiente : pour les multipares « *en général le périnée bon bah on le sent que y aura pas enfin y aura pas le périnée qui va nous faire une épisie* » ; pour les primipares « *et puis après si c'est mes dames que je suis pendant tout le long du travail en général souvent quand c'est des primi' je leur en parle* ». De la même manière, « *après y a des dames celles qui*

parlent pas très bien français je trouve que c'est compliqué d'en parler en amont et après ça dépend aussi, les dames qui accouchent vite on n'a pas le temps d'en parler mais après dans ces cas-là on n'en fait pas » : cet extrait montre la difficulté ressentie par les professionnel.les de la naissance d'informer les parturientes qui ne parlent pas la même langue, mais permet également d'envisager l'hypothèse selon laquelle ces parturientes seraient alors moins bien informées pour d'autres actes et seraient ainsi nombreuses à subir des violences obstétricales. Enfin, si l'épisiotomie est réalisée pour des raisons d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, « *si là on est amenés à faire une épisie pour les anomalies du rythme c'est pas nous qui allons la faire c'est les médecins c'est les instruments. Donc là j'en parle pas forcément* » (Sage-femme, 27 ans, 4 ans d'ancienneté et à la maternité Gabrielle Suchon). Ce court extrait, ainsi que le témoignage de l'infirmière précédent semblent traduire un cloisonnement entre professions et entre temporalités de la grossesse et de l'accouchement, engendrant un transfert réciproque entre ces professionnel.les de compétence sur la délivrance d'information aux parturientes.

Enfin, pour l'interne, qui fait partie du groupe professionnel réalisant les épisiotomies en cas de souffrance fœtale, « *quand c'est des épisiotomies sur instrument bah c'est souvent un peu dans l'urgence parce que forcément si on a besoin des ventouses ou des forceps on les prévient mais après...* » (Interne en premier semestre de gynécologie obstétrique, 24 ans). Le consentement en cas d'urgence ne semble donc pas être recueilli, situation où le recueil du consentement n'est pas obligatoire selon la loi Kouchner mais qui peut tout de même constituer, surtout en cas de défaut d'information au préalable, une violence obstétricale pour les parturientes.

Dès lors, c'est cette carence de temps qui freine la délivrance d'informations complètes, notamment par les échanges et les réponses aux questions des parturientes plus ou moins inquiètes, pouvant dès lors annoncer les prémices des violences obstétricales ressenties comme telles par certaines parturientes.

Conclusion

L'équipe de recherche du projet TRASOPER m'avait recrutée afin de participer à une enquête qualitative dans une maternité rennais dans le but d'analyser la manière dont les catégories de professionnel.les de la naissance différencient leurs pratiques selon leurs propres origines et trajectoires sociales et selon celles des usagères. Du fait des circonstances de pandémie – et de confinement – ce mémoire n'a pu s'organiser autour des prises en charge différenciées. Il s'agissait donc d'enquêter, à partir d'une revue de littérature et en m'appuyant sur des entretiens menés antérieurement par les chercheuses du projet, sur le recours à une pratique médicale aujourd'hui remise en cause, celle de l'épisiotomie. Pratique médicale largement employée en France jusqu'aux nouvelles recommandations du CNGOF en 2005, son taux d'utilisation a largement baissé, même si elle reste aujourd'hui encore réalisée sans recueillir le consentement des parturientes dans 85% des cas et parfois, sans indication médicale. Il aurait été intéressant de se pencher sur l'existence de différenciations dans la pratique de l'épisiotomie liées à la structure sociale des parturientes et de les comparer entre types et secteurs de maternités ; s'est substituée à cette perspective une enquête la plus concrète possible plutôt centrée sur la pratique des professionnel.les, qui aurait donc mérité d'être complétée. En effet, ce mémoire ne s'appuie pas sur les témoignages de parturientes dans la mesure où les entretiens menés dans le cadre du projet TRASOPER mentionnent peu l'épisiotomie ; des exemples anonymes ont toutefois été ajoutés en annexe. La perception de l'épisiotomie comme une violence par certaines parturientes, l'ayant érigé comme enjeu de santé publique, étant tout de même la raison de ce mémoire, j'ai cherché à montrer l'importance de leur mobilisation dans la médiatisation des violences obstétricales et dans le changement de pratiques des professionnel.les par une revue de littérature en première partie. Cette partie théorique de mémoire a ainsi permis de contraster les expériences des professionnel.les de la naissance. Ainsi, mes recherches bibliographiques et l'appui sur des entretiens réalisés dans deux maternités parisiennes m'ont permis de formuler l'hypothèse selon laquelle le recours à l'épisiotomie ne dépend pas forcément des caractéristiques médicales des parturientes ou des caractéristiques territoriales et du statut juridique des établissements, mais plutôt des professionnel.les de la naissance eux.elles-mêmes. En effet, le recours à l'épisiotomie semble plutôt corrélé à la catégorie du ou de la professionnel.le, à son expérience, des modalités d'organisation du service, de son engagement plus ou moins considéré comme féministe, son attachement à la protection du périnée,... Il mériterait ainsi d'approfondir ces hypothèses par la recherche d'une éventuelle différenciation de recours à l'épisiotomie selon les caractéristiques sociales des parturientes, dans la mesure où a été soulignée un recours supérieur à la césarienne pour les parturientes dites africaines (Sauvegrain, 2013).

Par ailleurs, l'étude n'ayant pas pu être réalisée sur le terrain prévu, ce mémoire est construit autour d'une base de données pluridisciplinaire mêlant études sociologiques, médicales, juridiques, scientifiques, institutionnelles, articles de presse et littérature grise. J'ai également cherché à comparer des maternités en faisant contraster leur taux d'épisiotomie : toutefois, il conviendrait d'approfondir ces données en contextualisant leur patientèle, leur personnel, leurs caractéristiques territoriales...

De plus, ce mémoire est consacré aux enjeux de lutte autour de l'épisiotomie mais se concentre aux périodes anténatale et de l'accouchement. J'ai ainsi pu montrer les limites des outils mis à disposition des parturientes et des professionnel.les de la naissance (l'entretien prénatal précoce et le projet de naissance) pouvant servir à lutter contre les violences obstétricales. Il aurait également été nécessaire de s'interroger sur les conditions de reconnaissance de l'épisiotomie comme une violence et de prise en charge en post-partum, dans la mesure où leur absence peut également constituer des violences pour les parturientes.

Enfin, la reconnaissance des violences obstétricales et le changement de pratiques vers un recours aux actes médicaux uniquement en cas de nécessité médicale - et non pour des raisons organisationnelles et économiques – semblent d'autant plus primordiaux dans le contexte de pandémie actuel, et notamment de confinement. En effet, une enquête auprès de 2 500 femmes ayant accouché dans la période entre le 15 février et le 31 mai 2020 menée par le collectif Tout.es contre les Violences gynécologiques et obstétricales (qui n'est pas un organisme public), a montré l'aggravation et l'évolution de la définition de ces violences dans les maternités. En effet, « trois formes de violences se sont ajoutées aux violences obstétricales systémiques : l'interdiction de présence d'un ou une accompagnant.e, l'obligation du port du masque et une augmentation des déclenchements non médicalement justifiés » (Médiapart, 2020). Dès lors, il convient de s'interroger sur ce phénomène en le comparant avec d'autres Etats, ayant légiféré ou non sur les violences obstétricales et gynécologiques.

Bibliographie

Ouvrages :

- Authier, J.-Y., Collet, A., Giraud, C., Rivière, J., Tissot, S., 2018. *Les bobos n'existent pas*, Sociologie urbaine.
- Callon, M., Lascoumes, P., et Barthe, Y., 2001. *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil, coll. « La couleur des idées ».
- Charrier, P., Clavandier, G., 2013. *Sociologie de la naissance*. Armand Colin.
- Collectif NCNM, 2020. *Notre corps, nous-mêmes*, Hors d'atteinte. Ed.
- Federici, S., 2016. *Point zéro : propagation de la révolution, salaire ménager, reproduction sociale, combat féministe*, Paris, Racine de iXe.
- Négrié, L., Cascales, B., 2016. *L'accouchement est politique*, L'instant présent. Ed. Paris.

Articles scientifiques :

- Akrich, M., et Pasveer, B., 1996. *Comment la naissance vient aux femmes : les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.
- Bader G., 2010, « Episiotomie » in Marpeau L., CNGOF, CNSF et ASFEF, *Traité d'obstétrique*, Elsevier Masson.
- Brown, P., « Popular Epidemiology and Toxic-waste Contamination : Lay and Professional Way of Knowing », *Journal of Health and Social Behaviour*, 33 (5), 1992, p. 267-281
- Brugelles, C., 2014. L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ? *Autrepart* N° 70, 143–164.
- Carricaburu, D., 2005. De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public. /data/revues/00380296/00470002/05000257/.
- Carricaburu, D., 2009. 2. Confinement et déconfinement des luttes définitionnelles : les cas de la périnatalité et des infections nosocomiales, Comment se construisent les problèmes de santé publique. *La Découverte*.
- Carricaburu, D., Ménoret, M., 2004. Chapitre 11 – A nouvelles techniques, nouvelles critiques ? *U* 179–198.
- Cascales, B., Négrié, L., 2018. L'accouchement, une question clivante pour les mouvements féministes ? *Travail, genre et sociétés* n° 39, 179–185.

- Chuilon, A.-L., Le Ray, C., Prunet, C., Blondel, B., 2016. L'épisiotomie en France en 2010 : variations des pratiques selon le contexte obstétrical et le lieu d'accouchement. *La Revue Sage-Femme* 15, 228–237. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2016.09.003>
- De Koninck, M., 2015. Les techniques de reproduction et l'éviction du corps féminin. *Rf* 28, 79–96. <https://doi.org/10.7202/1030995ar>
- Epstein, S., « The Construction of Lay Expertise : AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials », *Science, Technology and Human Values*, 20 (4), 1995, p. 408-437.
- Fortino, S., 1997. De filles en mères. La seconde vague du féminisme et la maternité. *Clio. Histoire, femmes et sociétés* n° 5, 17–17.
- Gelly, M., Cristofalo, P., Gasquet-Blanchard, C., 2019. Choisir la césarienne : une pratique où convergent habitus de classe et intérêts médicaux. *Revue française des affaires sociales* 71–90.
- Jacquetin, B., 2006. Introduction. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 35, 7–9. [https://doi.org/10.1016/S0368-2315\(06\)76492-4](https://doi.org/10.1016/S0368-2315(06)76492-4)
- Jaunait, A., 2003. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques* no 11, 59–79.
- Kotni, M.E., 2018. La place du consentement dans les expériences de violences obstétricales au France. *Autrepart* N° 85, 39–55.
- Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L., Rousseau, C., 2018. La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle¹. *Rf* 31, 219–238. <https://doi.org/10.7202/1050662ar>
- Moore A. Birth : why do not we just tell the truth ? *J Law Med* 2018 ; 25 :515-29
- Morawski-Bachimont, J., Cogneau, J., Letourmy, A., 2006. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences Sociales et Santé* 24, 75–103. <https://doi.org/10.3406/sosan.2006.1681>.
- Naiditch, M. et Brémond, M. (1998), « Réseaux et filières en périnatalogie, définitions, typologie et enjeux », in « Conférence de consensus », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 27, supplément n° 2, p. 52-61.
- Roman, D., 2017. Les violences obstétricales, une question politique aux enjeux juridiques. *RDSS, Revue de droit sanitaire et social* pp. 867–881.
- Salman, S., Topçu, S., 2015. Expertise profane, Dictionnaire critique de l'expertise. *Presses de Sciences Po*.
- Sauvegrain, P., 2013. Les parturientes « africaines » en France et la césarienne : analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières. *As* 37, 119–137. <https://doi.org/10.7202/1024082ar>

- Topçu, S., Brown, P., 2019. The impact of technology on pregnancy and childbirth : creating and managing obstetrical risk in different cultural and socio-economic contexts. *Health, Risk & Society* 21, 89–99. <https://doi.org/10.1080/13698575.2019.1649922>
- Thomas, C., 2017. L'accompagnement global par les sages-femmes. Démédicaliser la naissance, pour une autre gestion du risque. *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.2729>
- Yeast, J.D., Jones, A., Poskin, M., 1999. Induction of labor and the relationship to cesarean delivery : A review of 7001 consecutive inductions. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 180, 628–633. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(99\)70265-6](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(99)70265-6)
- Zache Dixon, L., 2015, « Obstetrics in a Time of Violence : Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 29, no 3, p. 437-454.

Ouvrages et articles militants :

- Déchalotte, Mélanie, 2017. Le Livre noir de la gynécologie, Editions First. ed. Paris.
- Montazeau, O., 2010. L'industrialisation de la naissance. Spirale n° 54, 91–111.

Etudes scientifiques et rapports :

- Audibert, N., 2016. Violence obstétricale – émergence d'un problème public en France.
- Berthonneau, D., 2018. Épisiotomie : annonce et consentement. Université de Clermont – Auvergne.
- Ciane (2005), *Document de relecture*.
- Ciane (2012) *Respect des souhaits et vécu de l'accouchement*.
- Ciane (2013), *Épisiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes*.
- CNGOF Reco 2005 épiso, 2005. . *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 34, 513. [https://doi.org/10.1016/S0368-2315\(05\)82867-4](https://doi.org/10.1016/S0368-2315(05)82867-4)
- Comité éditorial de l'UVMaF, 2014. Complications traumatiques de l'accouchement.
- Ducarme, G., Pizzoferrato, A.C., de Tayrac, R., Schantz, C., Thubert, T., Le Ray, C., Riethmuller, D., Verspyck, E., Gachon, B., Pierre, F., Artzner, F., Jacquetin, B., Fritel, X., 2018. Prévention et protection périnéale en obstétrique : Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF (texte court). *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, Recommandations pour la pratique clinique élaborées par le CNGOF 46, 893–899. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.032>
- Dupont, C., Carayol, M., Le Ray, C., Barasinski, C., Beranger, R., Burguet, A., Chantry, A., Chiesa, C., Coulm, B., Evrard, A., Fischer, C., Gaucher, L., Guillou, C., Leroy, F., Phan, E., Rousseau, A., Tessier, V., Vendittelli, F., Deneux-Tharaux, C., Riethmuller, D., 2017. Recommandations pour l'administration
- Charmaine SOREAU - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique- 2019-2020

- d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. *La Revue Sage-Femme* 16, 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2016.11.006>
- Faruel-Fosse, H., Vendittelli, F., 2008. L'épisiotomie – Peut-on réduire le taux des épisiotomies ? [/data/revues/03682315/003500S1/68/](https://doi.org/10.1016/j.sagf.2016.11.006).
- Fritel, X., Schaal, J. -P., Fauconnier, A., Bertrand, V., Levet, C. et Pigné, A., 2008. « Troubles périnéaux quatre ans après le premier accouchement : comparaison entre épisiotomie restrictive et systématique ». *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 36, n° 10 : 991-97
- Gachon, B., Charveriat, A., Pierre, F., Fritel, X., 2019. Pratiques de l'épisiotomie : enquête auprès des membres du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 47, 627–636. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2019.06.011>.
- Goffinet, F., 2006. L'épisiotomie – Méthode utilisée et questions abordées. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 35, p. 10–11.
- Gossett, DR., Dunsmoor, Su R. Episiotomy practice in a community hospital setting. *J Reprod Med* 2008 ; 53 :803—8
- Haute Autorité de Santé (2005). *Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*.
- Haute Autorité de santé (2017). *Synthèse de la recommandation de bonne pratique. Accouchement normal, accompagnement de la physiologie et interventions médicales*.
- Haute autorité de santé (2018), *Mieux accompagner les femmes lors d'un accouchement*.
- Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (2018), *Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées*.
- INSERM, DRESS (2011). Enquête nationale périnatale 2010, Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003.
- INSERM, DRESS (2017). Enquête nationale périnatale, Rapport 2016.
- Le Rumeur, M., 2019. Convergence des trajectoires de femmes enceintes et de professionnels de la périnatalité : le cas d'une maternité privée de type 1. EHESP.
- Mangin M, Ramanah R, Aouar Z, Courtois L, Collin A, Cossa S, et al. Données 2007 de l'extraction instrumentale en France : résultats d'une enquête nationale auprès de l'ensemble des centres hospitalo-universitaires. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (Paris) 2010 ; 39 :121—32
- Pierre, F., 2018. Information de la femme et consentement en obstétrique. RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, Recommandations pour la pratique clinique élaborées par le CNGOF 46, 986–993. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.025>

- Vendittelli, F., Gallot, D., 2008. L'épisiotomie – Quelles sont les données épidémiologiques concernant l'épisiotomie ? /data/revues/03682315/003500S1/12/.
- Verspyck, E., Sentilhes, L., Roman, H., Sergent, F., Marpeau, L., 2006. Techniques chirurgicales de l'épisiotomie. *Fuel and Energy Abstracts* 35, 40–51. [https://doi.org/10.1016/S0368-2315\(06\)76497-3](https://doi.org/10.1016/S0368-2315(06)76497-3).
- Yamgnane, A., 2018. Une approche relationnelle de l'accouchement. *Travail, genre et sociétés* n° 39, 187–192.

Législation :

- Code de la santé publique - Article L1111-4, n.d., Code de la santé publique.
- Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, n° 38668 du 23 avr. 2007, art. 51.
- Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, Loi n° 26.485, 11 mars 2009, art. 6.

Articles de presse :

- #PayeTonUtérus, contre les gynécologues irrespectueux, 2014. . Le Monde.fr. URL https://www.lemonde.fr/societe/article/2014/11/26/payetonuterus-contre-les-gynecologues-irrespectueux_4529587_3224.html
- “Point du mari” : quand un syndicat de gynécologues fait preuve d’une misogynie effrontée [WWW Document], n.d. . leplus.nouvelobs.com. URL <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1192151-point-du-mari-quand-un-syndicat-de-gynecologues-fait-preuve-d-une-misogynie-effrontee.html>
- Derrière le « point du mari », le traumatisme de l'épisiotomie, 2014. . Le Monde.fr. URL https://www.lemonde.fr/sante/article/2014/04/18/derriere-le-point-du-mari-le-traumatisme-de-l-episiotomie_4403470_1651302.html#:~:text=Ce%20geste%20clandestin%20consisterait%2C%20pour,quelques%20points%20de%20suture%20suppl%C3%A9mentaires.
- Il était une fois... Une maternité où on ne coupait pas le vagin des femmes, 2017. . Le Nouvel Observateur. URL <https://www.nouvelobs.com/rue89/sur-le-radar/20170315.OBS6647/il-etait-une-fois-une-maternite-ou-on-ne-coupait-pas-le-vagin-des-femmes.html>
- Lahaye, M.-H., 2020. Conjoint interdit, masque, déclenchement : l'explosion des violences obstétricales [WWW Document]. Club de Mediapart. URL <https://blogs.mediapart.fr/marie-helene>

lahaye/blog/030820/conjoint-interdit-masque-declenchement-lexplosion-des-violences-obstetricales.

Taux de césariennes, d'épisiotomies... : comparez les maternités près de chez vous, 2018. . Le Monde.fr.
URL https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/01/31/nombre-d-accouchements-taux-de-cesarienne-ou-d-episiotomie-comparez-les-maternites-pres-de-chez-vous_5249599_4355770.html

Toucher vaginal sur patientes endormies : des médecins alertent le gouvernement [WWW Document], 2015. . Libération.fr. URL https://www.liberation.fr/societe/2015/02/06/toucher-vaginal-sur-patientes-endormies-des-medecins-alertent-le-gouvernement_1197388.

Violences obstétricales : comment sages-femmes et gynécologues vivent la polémique - Madame Figaro [WWW Document], n.d. URL <https://madame.lefigaro.fr/societe/violences-obstetricales-temoignages-de-gynecologues-et-de-sages-femmes-181017-134788>.

Sitographie :

Alonso, I., n.d. Le « point du mari ». Isabelle Alonso. URL <https://www.isabelle-alonso.com/le-point-du-mari/>.

Définition de l'épisiotomie [WWW Document], n.d. . Doctissimo. URL <https://www.doctissimo.fr/grossesse/diaporamas/episiotomie-tout-savoir/qu-est-ce-que-l-episiotomie-et-quand-est-elle-necessaire>.

Définition de l'épisiotomie, n.d. . Episio.info. URL <https://episio.info/connaitre/episiotomie/>.

Dossier de presse du conseil des sages-femmes : https://www.cnsf.asso.fr/wpcontent/uploads/docs/CNSF-profession-revolution_oxytocine_RPC.pdf

Lettre à la HAS. CIANE. 2005. URL <https://ciane.net/2005/01/lettrealahas/>

Episiotomie [WWW Document], n.d. URL <https://www.docteur-benjaminol.com/episiotomie.html>.

Épisiotomie en cas d'accouchement par voie basse | RHL [WWW Document], n.d. URL <https://extranet.who.int/rhl/fr/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage-4>.

Futura, n.d. Épisiotomie [WWW Document]. Futura. URL <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-episiotomie-3327/>.

Je n'ai pas consenti [WWW Document], n.d. URL <https://jenaipasconsenti.tumblr.com/?og=1>.

Les 784 000 naissances de 2016 ont eu lieu dans 2 800 communes - Insee Focus - 92 [WWW Document], n.d. URL <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3047024#titre-bloc-10>.

Les Françaises et la contraception : premières données du Baromètre santé 2016 [WWW Document], n.d. URL [/liste-des-actualites/les-francaises-et-la-contraception-premieres-donnees-du-barometre-sante-2016](#).

Marie-Hélène Lahaye | Marie accouche là, n.d. URL <http://marieaccouchela.net/index.php/a-propos/>.

Organisation Mondiale de la Santé, 2011. Déclaration de l’OMS sur les taux de césarienne. [WWW Document]. URL

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/fr/

Organisation Mondiale de la Santé, 2014. La prévention et l’élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l’accouchement dans des établissements de soins [WWW Document], n.d. . WHO. URL https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/fr/.

Organisation Mondiale de la Santé, 2018. Recommandations de l’OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l’accouchement [WWW Document]. URL <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf?ua=1>

Paroledesagesfemmes, 2019. Déchirure périnéale du 1er et 2e degré : Faut-il suturer ou pas ? [WWW Document]. Parole de sages femmes. URL <https://paroledesagesfemmes.com/metier-sage-femme/accouchement/dechirure-perineale-du-1er-et-2e-degre-faut-il-suturer-ou-pas>.

Projet de naissance : l’accouchement que je désire [WWW Document], n.d. . La maison des maternelles. URL <http://www.lamaisondesmaternelles.fr/article/projet-de-naissance-l-accouchement-que-je-desire>.

Rapport sur les violences obstétricales : une nécessité [WWW Document], n.d. URL <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/rapport-sur-les-violences-obstetricales-une-necessite/>.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Les différentes techniques d'épisiotomie

Annexe n°2 : Evolution des taux d'épisiotomie en France selon les parturientes

Annexe n°3 : Recueils de témoignages issus de travaux d'associations et d'ouvrages militants

Annexe n°4 : Exemples de jurisprudences françaises relatives aux violences obstétricales

Annexe n°5 : Nouvelle typologie des maternités produite par la réforme périnatale de 1998

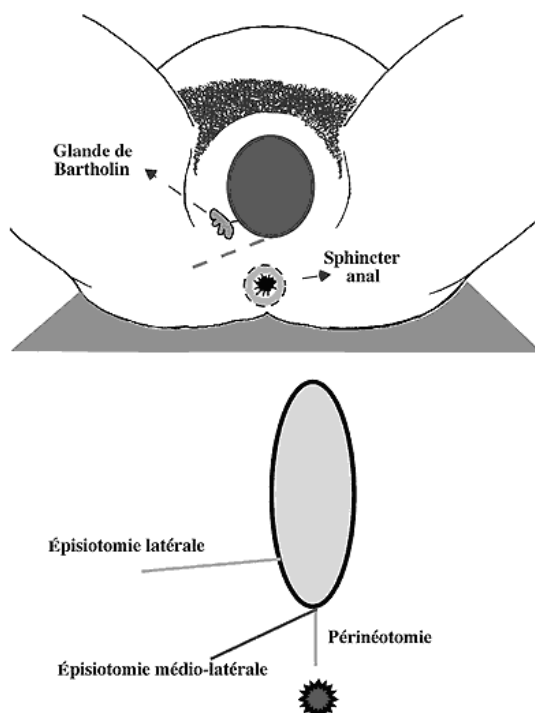
Annexe n°6 : Liste des entretiens réalisés et/ou codés (maternité Gabrielle Suchon)

Annexe n°7 : Liste des entretiens antérieurs du projet TRASOPER mobilisés (Les Eglantines)

Annexe n°8 : Exemple de guide d'entretien

Annexe n°9 : Grille de codage vierge des professionnel.les

Annexe n°1 : Les différentes techniques d'épisiotomie



« Il a été décrit de nombreux types d'épisiotomies, la plupart ayant été abandonnées depuis fort longtemps du fait de leur caractère particulièrement mutilant. Il s'agit en particulier des épisiotomies bilatérales, des épisiotomies à multiples incisions radiées, et des épisiotomies latérales unilatérales qui sectionnent le tiers inférieur de la grande lèvre. En pratique, seules les épisiotomies médianes ou périnéotomies et médiolatérales sont actuellement pratiquées et largement diffusées »

Verspyck, E., Sentilhes, L., Roman, H., Sergent, F., Marpeau, L., Techniques chirurgicales de l'épisiotomie, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Vol 35, N° S1 - février 2006 pp. 40-51

Annexe n°2 : Evolution des taux d'épisiotomie en France selon les parturientes

Années	Primipares (%)	Multipares (%)	Total (%)	Observations/Source
1998	71	36	47	Enquête nationale périnatale, 2010
2002	68	31	47	CNGOF, 2003
2010	44,8	14,4	27,1	Enquête nationale périnatale, 2010
2013	47	16	30	CIANE, 2013
2016	34,9	9,8	20,1	Disparités régionales : 8,8% en Bourgogne, 28,2% à Paris (Enquête nationale périnatale, 2016)

Annexe n°3 : Recueils de témoignages issus de travaux d'associations et d'ouvrages militants

- **Épisiotomie réalisée « à vif » (sans anesthésie)**

« L'effet de la péridurale a complètement disparu. Le médecin s'attelle à la suture de l'épisiotomie. Jeanne est agitée de violents soubresauts. « Mais arrêtez de remuer comme ça, s'agace le praticien. Quand vous bougez, ça ne me facilite pas le travail ». « D'accord, mais moi j'ai mal », se défend-elle. D'une seule main, il attrape une seringue sur la desserte. Il referme sa paume et ses doigts sur le tube en tenant l'aiguille vers le bas et, à plusieurs reprises, il la plante – « comme un poignard » dans la chair de Jeanne, en appuyant sur le piston avec le pouce, à chaque percée. Ces coups de seringue – « très douloureux » - visent à anesthésier vagin et périnée ; le médecin parvient à réaliser sa suture. (...) Elle fait un malaise vagal et perd connaissance. Rien de grave, rassure le personnel, elle est simplement un peu secouée par l'épreuve. »

Témoignage de Jeanne, recueilli par Mélanie Déchalotte

« La péridurale ne faisait plus effet au moment de l'accouchement, j'ai été coupé à vif pour l'épisiotomie puis recousu à vif car ils ne m'ont pas anesthésié localement (11 points sur la dernière couche !). L'anesthésiste était débordé et antipathique, il m'a fait pleurer en m'hurlant dessus pour que je ne bouge pas. » Anonyme, enquête du Ciane 2010-2013.

« Péridurale fortement conseillée car déclenchement. Néanmoins la péridurale est arrivée bien tardivement alors que le col s'ouvrait et que je perdais spontanément les eaux. Après la pause de la péridurale, j'épatais ouverte à 10 et le travail commençait. Sauf que la dose était faible et que j'ai commencé l'accouchement, plus de péridurale lorsque j'ai eu l'épisiotomie donc grandes douleurs. » Anonyme, enquête du Ciane 2010-2013.

- **Violences lors de la pratique de l'épisiotomie (absence de consentement et d'information)**

« A 7 heures du matin, Marion peut commencer son accouchement. Elle pousse selon les indications de la sage-femme. Sans succès. L'obstétricien, appelé par la soignante, intervient une heure et demi plus tard. Sans un mot, il s'avance vers la parturiente et plonge brutalement son avant-bras dans son vagin. Elle hurle de douleur. Son conjoint s'insurge contre sa brutalité. Le médecin s'étonne –

« Madame n'est pas anesthésiée ? » - et accepte de réitérer son geste plus délicatement. « Elle ne va pas y arriver » dit-il à la sage-femme et à son élève, tout en saisissant une paire de forceps. Le médecin poursuit machinalement : il entre les forceps, s'accroupit et tire de toutes ses forces. L'enfant est mis au monde. Marion comprend qu'elle a une déchirure quand l'obstétricien, toujours silencieux, commence à la recoudre. Face aux cris de douleurs de sa patiente, le médecin augmente la péridurale – qui restera sans effet durant les huit points de suture. »

Témoignage de Marion, recueilli par Mélanie Déchalotte

« Un petit homme en blouse blanche, assez âgé, pénètre dans la salle de naissance. Le téléphone rivié sur l'oreille, il ne prête aucune attention au couple, ne daigne ni les saluer, ni se présenter. (...) Après avoir raccroché, l'obstétricien s'engage dans une conversation familière avec l'aide-soignante. (...) Le médecin finit par s'intéresser à la parturiente toujours aux prises avec de violentes contractions. Il palpe la tête de l'enfant qui se présente entre les cuisses de Margaux. « Si j'avais coupé, lui lance l'obstétricien, il serait déjà là ». La jeune femme sursaute, se redresse, « Non, on ne coupe pas ! » s'oppose-t-elle en secourant la tête de gauche à droite. Elle tente de s'extraire des étrières. « Oxygène, ordonne l'obstétricien d'une voix autoritaire, elle panique ! » La sage-femme immobilise aussitôt la patiente, l'aide-soignante lui place de force un masque sur le visage et elles ôtent la dernière sonde du monitoring (...). Alban la rassure comme il peut, tout en surveillant les agissements du médecin. Ce dernier s'avance pour examiner de plus près la naissance : la tête de l'enfant est sur le point de sortir complètement et le haut de la vulve commence à saigner. Soudain, il bloque d'une main la tête du bébé, se tourne et, de l'autre main, attrape prestement la paire de ciseaux déposée sur la desserte à instruments (...) « Sous mes yeux, il a fermé les ciseaux avec vigueur et coupé à vif le périnée sur 5 à 6 cm », raconte Alban (...) « J'ai senti une douleur très intense et j'ai su qu'il était trop tard, ajoute Margaux. J'ai serré les dents pour ne pas pleurer. Puis on m'a demandé si je voulais attraper mon enfant, mais je n'étais plus vraiment là ».

Témoignage de Margaux et Alban, recueilli par Mélanie Déchalotte

« Seul point négatif l'épisiotomie qui a été faite un peu rapidement à mon goût et sans me poser la question » Anonyme, enquête du CIANE 2010-2013.

« Episiotomie automatique et très grosse sans raison expresse ni demande !! » Anonyme, enquête du CIANE 2010-2013.

« On ne m'a même pas dit que j'avais eu une épisiotomie, je ne l'ai su qu'après parce que j'ai demandé si c'était une épisie ou une déchirure » Anonyme, enquête du CIANE 2010-2013.

« Épisio et forceps faits sans mon consentement. j'étais complètement contre. On m'a "obligée" en me disant que c'était ça ou mon bébé allait en pâtir. » Anonyme, enquête du CIANE 2010-2013.

« On ne m'a pas prévenue. Je me suis rendu compte de l'épisio quand ils m'ont recousue. » Anonyme, enquête du CIANE 2010-2013.

« Aucune information, on m'a pas dit pour la ventouse ni pour l'épisio » Anonyme, enquête du CIANE 2010-2013.

« Malgré notre demande de ne pas avoir d'épisiotomie sauf nécessité absolue, celle-ci a été mise en place très rapidement sans nous le dire (j'ai entendu le clac du ciseau, ai posé la question à laquelle on ne m'a pas répondu). Aux vues du déroulement de l'accouchement (reprise de l'épisiotomie ensuite), ils ont eu raison d'en faire une. Je regrette juste qu'on n'ait pas jugé utile de nous en informer lors du premier coup de ciseau (le second a été fait en urgence). » Anonyme, enquête du CIANE 2010-2013.

« Quand la péridurale a fait effet et que j'ai enfin pu communiquer, la SF m'a demandé si j'avais des souhaits particuliers. Je lui ai dit pas d'épisiotomie ni d'instruments si possible. Mon choix a été respecté même si pour la dernière poussée elle a brandit la menace de l'épisiotomie et forceps pour me motiver... » Anonyme, enquête du CIANE 2010-2013.

- **Douleurs post épisiotomie et suites**

« Jeanne sort trois jours plus tard, « sans que personne ne soit jamais venu vérifier la cicatrisation de l'épisiotomie ». Après les fêtes de fin d'année, elle parvient à consulter une sage-femme pour contrôler sa cicatrice qui la fait beaucoup souffrir : elle apprend qu'un point a sauté au milieu de la suture. »

Témoignage de Jeanne, recueilli par Mélanie Déchalotte

« Les jours suivants, Marion, toujours hospitalisée, se plaint de sa cicatrice. Les infirmières et sages-femmes qui lui font les soins confirment : les points sont très serrés, il est fort probable qu'ils soient douloureux. Trois jours après l'accouchement, un médecin entre dans la chambre. Marion reconnaît l'obstétricien qui a mis sa fille au monde, bien qu'il ne se présente toujours pas. Sans un mot, il soulève le drap et touche les points de suture. Ignorant les plaintes de sa patiente, le

médecin réitère. Puis il se penche dans son entrejambe. Elle l'entend renifler, elle sursaute. « Je sens pour voir si ça pue, lui dit le médecin. S'il y a une infection, ça pue. Mais là tout va bien ». (...) Deux ans plus tard, malgré les soins et la rééducation, la jeune femme confie ressentir toujours une douleur pendant les rapports sexuels ».

Témoignage de Marion, recueilli par Mélanie Déchalotte

« Épisiotomie : ma fille a 18 mois et j'en souffre encore régulièrement, notamment la veille des règles. L'obstétricien ne le croit pas. » Anonyme, enquête du CIANE 2010-2013.

« Bébé ne voulait pas descendre donc elles ont commencé à appuyer sur mon ventre puis elle est allée chercher le gynéco épisio et cuillère et pour finir pendant 3 mois une fois par semaine je montais à l'hôpital car l'épisio ne cicatrisait pas et en plus les point avaient lâché 2 jours après donc le 4ème jour ils m'ont descendu au bloc pour me la refaire une vraie boucherie et quand je suis rentrée chez moi pendant un mois les infirmières passaient tous les jours me faire la toilette et bien me nettoyer » Anonyme, enquête du CIANE 2010-2013

- **Expression utérine**

« Vers midi, la sage-femme constate que Florence est prête à accoucher. Elle se poste sur un tabouret entre les jambes de la parturiente et la dirige dans les poussées, tout en lui appuyant doucement sur le ventre. Rien ne se passe. « Bon, on va laisser le bébé descendre tranquillement, conclut la soignante. Vous allez changer de position ». Elle revient tous les quarts d'heure et répète la manœuvre. « ça ne va pas tarder », rassure-t-elle à chaque nouveau passage. A partir de 13 heures, les manières de la sage-femme changent un peu. « Elle restait très gentille, mais je sentais qu'elle était moins sereine qu'avant, remarque Florence. Elle a posé ses mains entre ma poitrine et mon ventre et s'est mise à appuyer nettement plus fort qu'auparavant. Je ressentais une gêne mais je n'avais pas mal [grâce à la péridurale] ». Durant une dizaine de minutes, la sage-femme lui presse puissamment le haut du ventre. Le travail n'avance pas, elle appelle une aide-soignante. (...) L'aide-soignante se présente, échange quelques banalités avec le couple, puis se penche sur Florence et pose à son tour les deux mains sur le haut de son ventre (...). La pression des mains semble encore insuffisante. L'aide-soignante, toujours en surplomb, applique désormais ses coudes pour comprimer l'abdomen de la parturiente (...) « Elle ne se contentait pas d'appuyer. Juchée sur son marchepied, cette femme se servait de toute sa masse pour m'écraser le ventre. J'étais terrifiée » (...) Sur les instructions de la sage-femme, l'aide-soignante se saisit d'un drap sur le lit voisin. Elle le plie sur sa longueur, le passe sous la table d'accouchement, réunit les deux extrémités en entourant

le ventre de Florence. Puis elle serre le drap, l'enroule autour de sa main et de son bras. La sage-femme coupe la péridurale. Dès la première contraction, Florence est sommée de pousser. Dans le même temps, l'aide-soignante tire le drap crocheté à son bras pour compresser encore plus fort l'abdomen de la parturiente. La douleur est terrible. Elle hurle. A chaque contraction, l'aide-soignante lui comprime le ventre en tirant de tout son poids sur le drap. « D'un seul coup, j'ai tout ressenti. C'était une torture, s'exclame Florence en pleurant. Il n'y a pas d'autre mot pour décrire ce que j'ai vécu ce jour-là » ».

Témoignage de Florence, recueilli par Mélanie Déchalotte

Annexe n° 4 : Exemples de jurisprudences françaises relatives aux violences obstétricales

Juridiction / date	Portée	Commentaires
Cour administrative d'appel de Douai, 16 mai 2012	Refus d'engager la responsabilité de l'hôpital ayant pratiqué contre le gré d'une parturiente une césarienne, le juge n'examinant pas la question de l'opposition au geste chirurgical de la parturiente mais seulement la nécessité médicale	La décision ne prend pas en compte les obligations de consentement et d'information préalables à l'acte imposés par la loi Kouchner. Cette décision n'est pas spécifique aux pratiques obstétricales : d'autres décisions similaires ont été rendues sur le choix revenant au médecin de faire une chimiothérapie sur un mineur par exemple.
Cour administrative d'appel de Nantes, 31 mars 2011	Refus d'engager la responsabilité de l'hôpital dans le cas d'un refus de l'équipe de pratiquer une césarienne sur une femme la réclamant lors d'un accouchement par voie basse difficile avec pour motif « l'accouchement ne saurait être assimilé à une prestation de service dont la parturiente déciderait à discrétion des conditions de réalisation. La parturiente est, dans son	La décision ne prend pas en compte le principe de codécision érigé par la loi Kouchner. Le débat n'est ni concentré sur la médicalisation de l'accouchement ou sur l'opinion des patientes, mais sur le fait que c'est le ou la professionnel.le de la naissance qui apportera la solution la plus favorable à la parturiente en dépit de son accord et de son avis.

	intérêt et surtout dans celui de l'enfant, dessaisie de tout pouvoir de décider des modalités de son accouchement ».	
Chambre régionale de l'Ordre des Médecins de Haute-Normandie, juillet 2009	Rejet de la plainte pour une épisiotomie réalisée en l'absence d'indications médicales au motif qu' « aucun manquement aux règles déontologiques invoquées par la requérante ne saurait être retenu contre le praticien ».	Saisine par le couple Margaux et Alban, dont le témoignage est précédemment cité. Margaux est condamnée à payer 1 000 euros de frais de justice au médecin, ainsi que les frais de procédure. Le couple fera appel : en septembre 2010, la chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins confirme la décision de la chambre régionale et condamne la requérante à 3 000 euros d'amende pour appel abusif, soit le maximum prévu par la loi.

Annexe n°5 : Nouvelle typologie des maternités produite par la réforme périnatale de 1998

Type de maternité	Moyens	Type de grossesse	Caractéristiques des nouveau-nés
I	Unité d'obstétrique Présence pédiatrique permettant l'examen du nouveau-né et la prise en charge auprès de la mère d'un certain nombre de situations fréquentes sans gravité.	Grossesses normales	Nouveau-nés en bonne santé
Ila	Unité d'obstétrique et unité de néonatalogie	Grossesses à risque modéré	Nouveau-nés pouvant présenter des pathologies d'intensité modérée
Ilb	Unité d'obstétrique et unité de néonatalogie + de lits en soins intensifs	Grossesses à risque modéré	Nouveau-nés nécessitant une surveillance rapprochée et la prise en charge de pathologies plus lourdes (soins intensifs)
III	Unité d'obstétrique, unité de néonatalogie et unité de réanimation néonatale	Grossesses à haut risque	Nouveau-nés avec des détresses graves

Source : Comité éditorial pédagogique UVMaF, 2012. UE Puériculture, néonatalogie, pédiatrie. Le nouveau-né auprès de sa mère ou en unité pédiatrique en maternité.

Annexe n° 6 : Liste des entretiens réalisés et/ou codés (maternité Gabrielle Suchon)

Date	Catégorie professionnelle	Enquêtrice	Durée	Retranscription	Codage
7 février 2020	Interne en gynécologie-obstétrique	Maud	40'40''	Charmaine	Marion et Charmaine
7 février 2020	Infirmière	Clélia	58,27''	Marion	Marion et Charmaine
7 février 2020	Secrétaires	Maud	35'33	Charmaine	Marion et Charmaine
14 février 2020	Infirmière	Paula	59'12	Charmaine	Marion et Charmaine
14 février 2020	Sage-femme	Paula	54'06''	Charmaine	Marion et Charmaine
14 février 2020	Infirmière	Paula	59'12	Charmaine	Marion et Charmaine
14 février 2020	Sage-femme	Paula	54'06''	Charmaine	Marion et Charmaine
21 février 2020	Etudiante sage-femme	Paula	55'	Charmaine	Marion et Charmaine
21 février 2020	Sage-femme	Paula	64'37''	Marion	Marion et Charmaine
28 février 2020	Auxiliaire de maternité	Maud	39'34''	Marion	Marion et Charmaine
28 février 2020	Auxiliaire de puériculture	Maud	30'56''	Marion	Marion et Charmaine
6 mai 2020	Infirmière de nuit en salle de naissance	Marion	61'13	Marion	Marion et Charmaine
19 mai 2020	Infirmière SSPI	Charmaine	18'05	Charmaine	/

Annexe n°7 : Liste des entretiens antérieurs du projet TRASOPER mobilisés (menés à la maternité des Eglantines)

- Sage-femme cadre, 28 ans, 2 ans et demi dans le métier de cadre à la date de l'entretien, 5 ans aux Eglantines
- Gynécologue-obstétricienne, 47 ans, 24 ans d'ancienneté dont 16 aux Eglantines
- Gynécologue-obstétricienne, 40 ans, 11 ans dans le métier dont 6 aux Eglantines
- Médecin-obstétricien, 52 ans, 20 ans dans le métier dont 6 aux Eglantines
- Psychologue, 42 ans, 11 ans dans le métier dont 4 aux Eglantines

Annexe n°8 : Exemple de guide d'entretien

Projet TRASOPER - Guide d'entretien avec les professionnel-elle-s (médecin, sage-femme ...) de la maternité

Parcours professionnel – trajectoire de vie

- Poste :
- Age :
- Ancienneté dans le métier :
- Ancienneté dans la maternité :
- Parcours professionnel antérieur :
- Profession du conjoint et des parents :
- Lieu de résidence :
- Engagement social (actuel ou passé) : militant, politique, religieux

Mode d'exercice/type d'emploi/spécificités de l'établissement et de la patientèle

- Libéral ou salarié/ secteur I/ secteur II
- Perception des avantages/contraintes de leur statut
- Pourquoi et comment est-il/elle arrivé(e) à la maternité ?
- Spécificités de travailler dans cette maternité (mode de gouvernance, normes, caractéristiques de la patientèle)
- Qui sont vos patients (catégorisation des femmes enceintes) ? Quels types de suivis souhaitent-elles (selon les catégories énoncées) ?

Le service / Travail en équipe

- Comment est composé le service (nombre et type de professionnels, horaires, organisation du travail, file active) ?
- Conditions matérielles de travail et charge de travail ?
- Relations avec la direction/les directions ; avec les collègues, le chef de service.
- Lien avec la médecine de ville.
- Il y a-t-il des contraintes institutionnelles qui ont un impact sur le fonctionnement du service et votre pratique professionnelle ? Lesquelles ?

L'équipe médicale/paramédicale

- Déroulement des staffs professionnels ? Fréquence et objet des staffs ?
- Existe-t-il une procédure en cas de situation complexe avec un patient ? Et quels exemples concrets ?
- Existe-t-il une procédure formelle/institutionnelle ou régulation informelle au sein du service ?
- Existe-t-il une vision partagée des objectifs du service ?
- Depuis que vous êtes arrivé(e) dans cette équipe, il y a eu des situations/comportements/pratiques qui vous ont surpris (positivement ou négativement) ? Lesquels ?
- Comment sont traités les EIAS (événements indésirables associés aux soins) ? Pouvez-vous nous donner un exemple ?
- Avez-vous des questions que vous aimeriez traiter dans l'équipe : par exemple, des questions importantes à proposer ou particulièrement « choquantes » ? Si oui, avez-vous l'occasion de les évoquer ? Avec qui ? Où ?
- Cultures professionnelles, différences entre différents professionnels du service ?
- Existe-t-il un projet de service ? Contenu. Comment a-t-il été élaboré ?

Pratique professionnelle/ Rapport aux patientes/entourage

- Pouvez-vous nous parler de votre travail, vos attentes et vos frustrations par rapport à votre pratique professionnelle ? Le fonctionnement de l'équipe ? Les rapports aux patientes ?
- Comment organisez-vous le suivi des patientes ?
- Observance des patientes ?
- Comment ces patientes envisagent leur grossesse ?
- Comment cela se passe quand vous n'êtes pas d'accord avec l'avis de la patiente ?
- Comment « négociez » - vous avec la patiente (préciser des situations en consultation et en salle de naissance) ? Vous appuyez-vous sur vos confrères ? Sur l'entourage de la patiente ?
- Pouvez-vous nous raconter concrètement comment s'est passé la dernière fois que vous avez été confronté à ce type de situation (de point de vue divergent avec la patiente) ?

- Comment négociez-vous entre professionnels ?
- Dans quel type de consultation vous sentez-vous particulièrement utile ou mal à l'aise ? Pouvez-vous nous raconter quelques situations ?

Après la grossesse

- Comment préparez-vous à l'allaitement des femmes ?
- Autres ?

Annexe n°9 : Grille de codage vierge des professionnel.les

Entretiens/Notes staff/Observation	de		Professionnel.le
Enquêtrice			
Durée			
Langue			
Autre personne			
Date			
Thème		Sous thème	
Socio-démo			
Poste			
Age			
Sexe			
Nationalité			
Situation civile			
Enfants			
Lieu d'accouchement ou expérience grossesse			
Niveau d'étude			
Lieu d'étude			
Motif de migration			
Motivation pour le métier			
Formation continue			
Titre mémoire/thèse			
Type de loisir			
Ancienneté dans le métier			
Ancienneté dans l'hôpital			
Ancienneté dans le service			
Parcours professionnel antérieur			
Profession du conjoint			
Âge conjoint			
Prof parents			
Prof fratrie			
Prof beaux-parents			
Lieu de résidence			
Salaire			
Projet professionnel futur			
Engagement		Militant	
		Politique	
		Religieux	
		Syndical	
		Associatif	
		Impact sur pratiques	
Mode d'exercice		Libéral	
		Secteur 1/2	
		Salarié	

Avantages du statut et/ou du service		
Contraintes/inconvénients du statut et/ou du service		
Raisons de l'arrivée et/ou du maintien dans le poste actuel	L'humain	
	Faire de la physiologie/type de mater	
	Quitter un poste où ça ne se passe pas bien	
	Géographiquement proche	
	Autres ?	
Mode d'entrée à la maternité Gabrielle Suchon	Direct sans CV	
	"Connaissance" d'un professionnel de la maternité Gabrielle Suchon	
	Avec CV	
	Statut à l'entrée	
Travailler dans le service public	Avantages	
	Inconvénients	
Spécificité du travail dans la structure		
Patientèle	Type de patientèle (niveau socio-économique)	
	Particularités patientèle (au niveau médical)	
	Type de suivi selon la patientèle	
	Type de demande spécifique selon la patientèle	
Caractéristiques institutionnelles	Contraintes, exigences (nombre d'acte, imposition d'un poste, ou suppression d'un poste...)	
	Impact sur le service	
	Impact sur les pratiques	
	Relation avec l'administration	
Caractéristiques du service	Composition du service (en nombre de personnel)	
	Type de professionnel présent (intérim, internes...)	
	Répartition des tâches/division du travail	
	Conflit dans le périmètre des tâches	
	Types de poste	
	Aménagement personnel	

	Horaires/planning	
	File active (nombre de patientes par jours ; semaine ; mois)	
	Nombre d'accouchement (par mois ou an) / objectif de service	
	Conditions matérielles de travail locaux, matériel (dispo, vétusté, de pointe...)	
	Définition d'un projet de service	
	Modalité de construction (par qui, quand, pourquoi, comment, où)	
	Une médecine personnalisée.... Ou aussi personnalisation des services	
	Pratique distinctive de l'institution	
	Pratique distinctive du soignant	
	Négociations des pratiques	
	Caractéristiques qualificatives du service / valeurs	
	Evolutions	
	Autres ?	
Comparaison avec d'autres maternités	Publiques	
	Publiques suite	
	Privées	
	Non identifiées	
	Type 1	
	Type 3	
Comparaison avec d'autres pays /t aux pratiques		
Positionnement professionnel	Fonction de responsabilité dans la structure	
	Fonction de responsabilité dans la profession	
	Participation à un réseau de soins, une action dédiée ou spécifique	
	Adhésion à la stratégie du service, de l'hôpital (ou pas)	
	Recrutement	
Pratique professionnelle	Double activité	
	Lien avec la médecine de ville	

	Cultures professionnelles (normes et valeurs au sein d'une profession et d'un positionnement dans le champ)	
	Corporatisme professionnel (entre professionnels)	
Travail en équipe	Relation avec les collègues du service	
	Relation avec les subordonnés du service	
	Relation avec les médecins	
	Relation avec les supérieurs hiérarchiques	
	Désaccords non exprimés professionnels	
	Désaccords entre professionnels	
	Controverses professionnelles	
	Procédure en cas de situation complexe (formel, informel)	
	Vision partagée des objectifs du service ou pas	
	Participation à des travaux de groupe de service	
	Initiative changement de pratiques	
	Etonnement par rapport aux pratiques du service (plus ou moins)	
	Traitement des événements indésirables	
	Speak Up (psychological safety)	
Staff (travail en équipe suite)	Staff (enjeux interne) - pour chaque staff	
	Type de staff	
	Qui participe	
	Fréquence	
	Objet	
	Contenu	
Expérience subjective du travail	Attentes	
(Fonctionnement équipe et rapport aux patientes)	Frustration	
	Vécu	
	La bonne patiente	
	La mauvaise patiente	
Relations avec les femmes		

Relations de service	Organisation du suivi des patientes	
	Interprétariat (professionnels, collègue, proches patient)	
	Possibilités de consultation urgente	
	Relance des patients (à caractériser : perdue de vue ou patientes de luxe)	
	Temps passé avec les patientes	
	Traitements différentiels / différenciation des soins	
	Différenciation des soins en suites de couches	
	Communication femmes	
	Gestion des désaccords avec les patientes	
	Gestion des plaintes des femmes	
	Négociations autour de la césarienne	
	Négociations autour du projet de naissance	
	Négociations autour de l'épisiotomie	
	Allaitement	
	Pratique de dépistage du diabète gestationnel	
	Négociations autour du suivi et avec l'entourage	
	Conflit de perspectives patiente-médecin (Freidson)	
Pratique.s professionnelle.s de l'interrogé.e	Episiotomie	
	Césarienne	
	Ocytocine	
	Accouchement	
Verbatim		
Commentaire		

Note réflexive

- Evolution de la commande et des missions

La commande principale de ce stage au sein du projet TRASOPER consistait en la conduite d'une enquête qualitative dans une maternité privé rennaise et était décomposée en entretiens auprès de parturientes y ayant accouché, de professionnel.les y exerçant, ainsi que de l'observation de consultations et de réunions. Il s'agissait ainsi de réaliser un état des lieux des pratiques professionnelles au sein de ce service. Cette offre de stage m'a ainsi tout de suite intéressée dans la mesure où je souhaitais m'insérer professionnellement dans le secteur de la santé des femmes, les domaines de la santé affective, sexuelle et de la périnatalité me séduisant particulièrement.

Comme indiqué à plusieurs reprises dans ce mémoire, je souhaitais centrer cette enquête plus spécifiquement autour de la prise en compte des souhaits et des envies des parturientes par les professionnel.les de la naissance, ceci dans un contexte de libération de la parole des femmes à propos des violences qui leur sont infligées, notamment obstétricales. Pouvoir mener une enquête directement dans une maternité représentait alors pour moi une belle opportunité.

Dès lors, les circonstances de pandémie, de confinement et d'impossibilité d'accès au terrain ont engendré une remise en question profonde de la méthodologie de ce stage. En effet, la plupart des attentes de mes tutrices ont dû être revues. Bien que j'aie pu participer comme prévu à la préparation de l'enquête de terrain, à travers l'ajustement des deux grilles d'entretien, l'une destinée aux parturientes et l'autre aux professionnel.les de la naissance et d'une grille de codage, je n'ai pu en revanche participer à la réalisation de l'enquête ethnographique. En effet, l'enquête sur le terrain rennais a été repoussée au mois de septembre : seule l'enquête sur un terrain parisien a pu progressivement reprendre, même si elle fut réservée aux porteuses du projet dans la mesure où l'accès au public des structures hospitalières reste restreint.

Ainsi, je me suis plutôt appuyée sur des entretiens réalisés en amont par les porteuses du projet dans deux maternités parisiennes pour apporter du contenu pratique à la revue de littérature que j'ai appuyée au sujet des violences obstétricales et plus particulièrement sur les conditions faisant d'une certaine pratique médicale, l'épisiotomie, un acte potentiellement violent. Ma mission principale de stage est donc devenue la rédaction d'un mémoire de recherche, que j'ai pu orienter autour des violences obstétricales. Ce mémoire constitue ainsi un état des lieux théorique de ces violences (la difficulté à les définir, les législations existantes ou non) accompagné de questionnements plus pratiques autour des expériences professionnelles, rendus possibles grâce aux entretiens réalisés au préalable. Ce mémoire pourrait ainsi potentiellement servir les porteuses du projet dans la poursuite de leur enquête sur d'autres terrains.

- Stage en télétravail

Le projet TRASOPER est mené par deux géographes, Clélia Gasquet-Blanchard et Anne-Cécile Hoyez, une sociologue, Paula Cristofalo et une médecin, Maud Gelly. Comme expliqué plus haut, j'ai travaillé avec chacune d'elle et ai eu des contacts hebdomadaires malgré le confinement. Je contactais chacune de mes tutrices selon le type d'interrogations auxquelles j'étais confrontée. Chacune d'entre elles m'a énormément apporté en termes d'astuces méthodologiques notamment sur l'organisation de ma rédaction. Ces rapports fréquents et bienveillants ont été grandement nécessaires dans la mesure où les conditions de stage, à distance et sans le terrain prévu, ont été

relativement perturbantes. En effet, le début de stage a été rythmé par les doutes : pourrais-je tout de même avoir des entretiens avec certains professionnels de la maternité rennaise ? pourrais-je me rendre sur le terrain durant le stage ? Au fur et à mesure des événements rythmant la gestion de cette crise sanitaire, d'autres interrogations ont surgi. Je m'interrogeais sur le sens de mon mémoire, qui me semblait avant tout être une revue de littérature et qui ne correspondait donc pas aux attentes d'un stage de master 2. La possibilité de m'appuyer sur des entretiens d'autres terrains m'a donc beaucoup soulagé dans la mesure où je pouvais mettre en balance cette analyse de la littérature avec des exemples plus concrets. De plus, la confiance de mes tuteurs et leurs encouragements m'ont permis de trouver plus d'assurance dans ce stage atypique et m'ont permis d'apprécier l'écriture de ce mémoire. Cette expérience professionnelle m'a beaucoup enrichie et me rend confiante pour mes rapports futurs avec des collègues : c'est cette bienveillance et cette confiance qui m'ont permis d'apprécier ce stage, malgré la déception de ne découvrir par moi-même un terrain.

Mes missions se sont ainsi distinguées en trois catégories, menées de façon chronologique. D'une part, j'ai commencé par une revue de littérature sur la période février-mars me permettant de me familiariser avec la périnatalité (organisation et typologie des maternités, compétences des différents professionnels de la naissance, cadrage médical et juridique de l'épisiotomie, étude des mouvements féministes...). Ensuite, je me suis focalisée sur la retranscription, l'analyse et le codage d'entretiens en équipe avec une autre stagiaire, Marion Aubin, durant les mois de mars et d'avril. Parallèlement, j'étoffais mes lectures et travaillais sur la trame de mon mémoire. Dans ces circonstances de confinement, les lectures et les idées ont été nombreuses et j'ai rencontré des difficultés à les regrouper, mais surtout à les trier : beaucoup me paraissaient importantes et j'ai eu des difficultés à prioriser. Cet obstacle a notamment largement ralenti la dernière étape de mes missions, la rédaction du mémoire. Celle-ci a été plus longue que prévue (un mois supplémentaire, entraînant du stress mais surtout du travail de relecture supplémentaire pour les porteuses de projet). Ces difficultés liées au télétravail et à la linéarité de mes lectures me permettront toutefois de m'améliorer dans mes futures expériences dans la priorisation des tâches.

Outre le fait que le confinement et le télétravail ont empêché la possibilité d'aller sur le terrain, c'est surtout l'« isolement » physique qui a été difficile à traduire en quelque chose de productif. N'ayant jamais expérimenté le travail à distance, j'ai eu du mal à solliciter mes tuteurs lorsque je rencontrais des obstacles, ayant toujours en tête la crainte de déranger malgré le fait qu'elles me rassuraient régulièrement à ce propos. Je pense que si j'avais été en conditions « réelles », j'aurais été moins réservée et de ce fait sans doute plus productive. J'ai tout de même pris de l'assurance au fur et à mesure et cela me servira pour mes prochaines expériences.

- Apport du stage personnel et pour le projet TRASOPER

Ainsi, ce stage m'a permis de développer et d'acquérir de nouvelles compétences. Les plus prégnantes me semblent être celles d'autonomie et d'adaptation, renforcées par le travail en distance. J'ai également pu améliorer ma méthodologie et ma confiance en moi dans la réalisation d'entretiens. De plus, je me suis familiarisée avec les techniques de recherche bibliographique et de classification.

Enfin, ce mémoire pourra servir d'appui théorique à l'équipe du projet TRASOPER dans le cas où elle souhaiterait appréhender plus en profondeur les violences obstétricales sur leurs terrains futurs.

SOREAU	CHARMAINE	24/09/2020
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Entre pratique médicale et violence : enjeux de lutte autour de l'épisiotomie		
Promotion 2019-2020		
Résumé : Aujourd'hui en France, 99% des accouchement ont lieu à l'hôpital. Ce mémoire introduira les différentes dimensions de processus de médicalisation de la naissance avant de s'intéresser à la manière dont ont évolué les luttes définitionnelles autour de la périnatalité. En effet, celles-ci se sont d'abord cantonnées à la réduction des mortalités maternelle et infantile en étant appropriées par les pouvoirs publics. Aujourd'hui, ces luttes sont réappropriées par les femmes directement concernées et s'étendent à la qualité de leur prise en charge lors de l'accouchement : rejet d'une médicalisation qui ne serait pas proportionnelle aux besoins, rejet des violences - que ce mémoire cherchera à définir -, meilleure prise en compte de leurs demandes. Ce mémoire s'inscrit au sein de l'enquête menée par l'équipe de recherche du projet TRASOPER (Trajectoires et rapports sociaux en périnatalité) qui explore les pratiques professionnelles en périnatalité. A travers une revue de littérature pluridisciplinaire, mêlant sociologie, droit, études médicales, scientifiques et institutionnelles, articles de presse et littérature grise, des témoignages de parturientes issus de la littérature et des extraits d'entretien réalisés dans différentes maternités de région parisienne, il s'agira de s'interroger sur la manière dont l'accouchement est devenu une affaire publique et une revendication féministe. En s'appuyant sur différents faits divers ayant médiatisé les violences lors de l'accouchement, théorisées sous le terme de « violences obstétricales » par les courants féministes d'Amérique du sud, ce mémoire étudiera comment certaines pratiques médicales, particulièrement l'épisiotomie, sont progressivement et dans certaines conditions devenues perçues comme des violences par les parturientes.		
Mots clés : Accouchement, épisiotomie, violences obstétricales, consentement, information, contraintes, médicalisation, tensions.		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires :</i> <i>ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		