

UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES



ECOLE DE SANTE PUBLIQUE

Travail de fin d'études en vue de l'obtention du titre

Master en Sciences de Santé Publique à finalité

Politiques, systèmes et promotion à la santé

**LES VIOLENCES OBSTETRIQUES EN MILIEU HOSPITALIER
EN EUROPE :
*UNE SCOPING REVIEW***

LE GUILLOUX Rosalie

Directrice : TRICAS-SAURAS Sandra

Promotrice : ROBERT Emmanuelle

Année académique 2019/2020

REMERCIEMENTS

J'aimerais adresser un immense merci à

Madame Tricas, ma directrice de mémoire, pour son soutien, ses encouragements et ses précieux conseils lors de l'élaboration de ce mémoire.

Madame Robert, ma promotrice de mémoire, qui m'a orientée lors de mes recherches et qui m'a soutenue dans le choix de mon sujet.

A ma famille et particulièrement à mes parents pour leur confiance aveugle dans mon travail et leurs encouragements dans mes choix de carrière.

A mes amis et en particulier Morgane qui a toujours été bienveillante et présente pour m'encourager et me rassurer.

Au CEpiP et à l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles pour leur écoute et leur accessibilité.

SOMMAIRE

Liste des tableaux et figures.....	2
Glossaire.....	3
Background.....	4
Objectifs.....	6
Critères d'inclusion.....	6
Type de participants.....	6
Type d'intervention(s) ou de phénomènes d'intérêts.....	7
Type d'études.....	7
Type de résultats.....	7
Stratégie de recherche.....	8
Qualité méthodologique.....	11
Collecte de données.....	11
Synthèse des données.....	12
Résultats.....	12
Zones géographiques d'origine des études.....	15
Sélection et type de population étudiée.....	17
Termes et définitions utilisés.....	19
Méthodologie employée pour mesurer la prévalence des violences obstétricales.....	22
Revue des résultats probants.....	24
Préoccupation des professionnels.....	26
Recommandations proposées par la littérature incluse.....	27
Législations.....	30
Discussion.....	32
Conclusion.....	34
Références.....	36
Annexes.....	38

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau de présentation de la littérature retenue.....	12
Tableau 2 : Tableau des zones géographiques couvertes par la littérature retenue.....	15
Tableau 3 : Tableau reprenant les résultats probants issus de la littérature retenue.....	24
Tableau 4 : Tableau des recommandations proposées par la littérature incluse.....	28

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Prisma Flow.....	10
Figure 2 : Carte des zones géographiques couvertes par la littérature retenue.....	17
Figure 3 : Nuage de mots associé aux définitions employées pour décrire le phénomène.....	19
Figure 4 : Termes employés pour décrire le phénomène.....	21

GLOSSAIRE

AIMSI : Association for Improvements in the Maternity Services Ireland

AGUI : Association des Gynécologues Universitaires Italiens

AOGOI : Association des Gynécologues Hospitaliers Italiens d'Obstétrique

CIANE : Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique

FNOPO : Fédération Nationale des ordres de Profession de Sage-Femme (Italie)

FRRSP : Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité

HAS : Haute Autorité de Santé

HIV : Virus d'Immunodéficience Humaine

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

JBI : Joanna Briggs Institute

KCE : Centre Fédéral d'Expertise

MBFBF : Mother and Baby Friendly in Birth Facility

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

SIGO : Société italienne de Gynécologie et d'Obstétrique

VO : Violences Obstétricales

Background

Dans les pays industrialisés, la majeure partie des accouchements se réalisent en milieu hospitalier et cela depuis le début du 20^{ème} siècle (1). Plus tard, s'inscrivant dans les objectifs du millénaire pour le développement de l'ONU, l'accompagnement de la naissance par un personnel soignant qualifié a permis une nette diminution de la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale notamment dans les pays en voie de développement (2). Néanmoins, ce changement de cadre a fait naître, en parallèle de ces bons résultats, une surmédicalisation et un contrôle médical du corps des femmes et de la naissance. A partir des années 2000 en Amérique Latine, des revendications ont émané de différents bords : politiques, apolitiques ou de la population civile. Ces manifestations portaient sur la violence obstétricale et sur la déshumanisation des soins obstétricaux. La notion de violence obstétricale prend alors plus de considération et permet à différentes lois de voir le jour. C'est en 2007 au Venezuela que la première loi sur le sujet a pris part dans le domaine juridique. Elle est définie par le texte de loi comme : « *L'appropriation par le personnel de santé du corps des femmes et du processus de reproduction, qui se manifeste par un traitement déshumanisant, un abus de médicalisation et une pathologisation des processus naturels ; ce qui entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et de capacité à décider en toute liberté en ce qui concerne leur propre corps et sexualité, affectant négativement leur qualité de vie* » (3). D'autres pays comme le Mexique et l'Argentine ont procédé par la suite à l'entrée en vigueur d'une loi sur ce genre de violences.

La notion de violence obstétricale évolue et d'autres termes sont employés pour définir ce phénomène tels que « manque de respect », « abus » ou encore « mauvais traitement » autour de la période de la naissance. Néanmoins, il n'existe pas de consensus sur une définition unanime de ces termes (4).

Des auteurs se sont penchés sur ce consensus et ont proposé de nouvelles définitions. C'est le cas de Bowser et Hill en 2010 qui envisagent une définition commune au concept de « manque de respect et abus lors de l'accouchement » en proposant sept catégories qui en découlent : violence physique, soins non consentis, soins non confidentiels, soins non dignes, discrimination, abandon des soins ou encore, détention dans des établissements (5). Ils n'emploient pas la notion de violences obstétricales. Néanmoins, des auteurs comme Freedman *et al.* (6) ont critiqué ces catégories car elles se concentrent principalement sur la description des mauvais traitements et ne prend pas en compte un contexte plus large pouvant aller au-delà des milieux hospitaliers et toucher aux organes décisionnels. Freedman et ses collègues vont alors intégrer cette notion à différentes échelles : individuelle, structurelle et politique afin de rendre compte des expériences personnelles des femmes, mais aussi de mettre en avant les dysfonctionnements plus globaux qui mènent à ce genre de lacunes dans les soins.

D'autres auteurs, principalement sud-américains se penchent, dans le cadre d'une revue de littérature, sur le concept propre de « violence obstétricale ». C'est le cas de Jardim et Modena qui proposent différentes typologies de la violence obstétricale : violence verbale, violence physique, violence psychologique, violence sexuelle, discrimination sociale, négligences dans les soins et une utilisation inappropriée des protocoles et des technologies (6). Les termes les plus employés pour couvrir le concept sont donc « violence obstétricale », « mauvais traitements », « abus et manque de respect ». D'autres termes tels que « naissance déshumanisée » ou « violence institutionnelle » sont aussi cités dans la littérature mais ne font pas l'objet d'analyse approfondie pour en retirer des typologies spécifiques.

Une large revue de la littérature des évidences sur le sujet a été réalisée par Bohren *et al.* (7). En lien avec Freedman, cette étude a permis de rendre compte des causes plus institutionnelles des violences en ne se limitant pas à la description des actes pendant le travail ou l'accouchement. La définition, les typologies ou même la notion utilisée pour définir ce qui englobe les violences obstétricales n'obtiennent pas encore unanimement de limites précises.

Dans ce contexte, en 2014, l'OMS a publié un rapport intitulé : « La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins ». Ce rapport, par sa notoriété publique et mondiale, démontre l'intérêt nouveau pour le sujet et souligne l'importance portée à ce que chaque femme puisse accoucher et recevoir des soins de manière digne et respectueuse (8). En effet, chaque femme a le droit d'aspirer au meilleur état de santé possible incluant le droit à recevoir des soins dignes, respectueux et non-discriminants lors de la période autour de la naissance. Des actes de mauvais traitements, de manque de respect, vont à l'encontre des droits fondamentaux des femmes. La White Ribbon Alliance, une organisation qui vise à réduire la mortalité maternelle et néonatale dans le monde, a confronté chaque catégories de manque de respect et d'abus lors de l'accouchement de Bowser et Hill aux droits fondamentaux (internationaux, multinationaux ou nationaux) qu'ils enfreignent (9). De nombreux textes de loi comme la Déclaration universelle des droits de l'Homme (10), La chartre Européenne des droits des patients (11), ou la Déclaration de l'élimination de la violence à l'égard des femmes (12) en font partie.

De plus, dans sa dernière version de 2018, l'OMS propose des recommandations concernant « *les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement* » afin d'orienter des nouvelles politiques publiques de santé ou sur la rédaction de protocoles cliniques dans un but « *d'établir des normes de bonnes pratiques pour la conduite d'accouchements et de naissances sans complications* » (13).

Notons que la grande majorité des études analysées par les auteurs sont issues de recherches d'origine sud-américaine, africaine ou encore indienne. La littérature européenne a rarement été citée par ces

auteurs. Qu'en est-il alors de la situation en Europe ? Quelles sont les termes employés pour définir les violences obstétricales ? Existe-il un consensus ? Comment sont-elles mesurées ? Quelles sont les réglementations, les recommandations ?

D'un point de vue plus personnel, les motivations de la chercheuse principale ont été dans un premier temps professionnelles. Effectivement, son métier de sage-femme l'a amené à être face à des situations de violences obstétricales. Par la suite, ces constats lui ont suscité un intérêt majeur pour le sujet, notamment dans la récente prise de parole des femmes. C'est tout naturellement qu'elle s'est orientée vers cette recherche dans le but de partager la littérature existante et probante sur une thématique qui reste au cœur d'un débat.

Objectifs

Pour répondre aux questions précédemment formulées, nous avons choisi d'employer la méthodologie de la *scoping review*. Sa définition se trouve dans la partie « stratégie de recherche », présentée en page 8. Dans cette revue, nous nous concentrons sur les questions pertinentes spécifiquement liées aux violences obstétricales. Notre but est de réaliser le scope au niveau européen des études probantes démontrant des faits de violences obstétricales. Par ce processus, nous voulons rendre compte des définitions et des terminologies employées, par quelle méthodologie elles sont évaluées, quels sont les résultats probants émergents de ces études, quelles sont les recommandations proposées, et, finalement, savoir s'il existe une législation en vigueur pour prévenir et lutter contre les violences obstétricales. Nous désirons également intégrer des propos de professionnels, une population en lien direct avec la thématique dans le but de proposer également leurs ressentis et leurs préoccupations.

Enfin, un des objectifs de cette recherche est de mettre en avant les carences sur le sujet dans la littérature.

Les sections suivantes vont introduire les critères utilisés pour la sélection des études gardées pour cette *review*.

Critères d'inclusion

Types de participants

Les critères d'inclusion des participants issus des différentes études qui rentrent en compte dans notre recherche sont : toutes les femmes ayant accouché, par voie basse ou par césarienne, dans un milieu

hospitalier dans un pays européen avec l'aide de professionnels formés aux soins obstétricaux. Nous ne limitons pas la date de l'accouchement à une période précise. La parité au moment de l'étude ne rentre pas dans les critères.

Les recherches ou la littérature incluant les professionnels soignants spécialisés dans l'obstétrique (gynécologue obstétricien ou sage-femme) rentrent aussi dans les critères d'inclusion des participants. Le nombre d'années d'expérience dans le service ou dans le métier ne rentre pas dans les critères de notre recherche.

Les critères d'exclusion ont été : intégralité du texte non disponible ou payant, violence obstétricale non abordée, travail non publié, littérature non-issue d'études européennes.

Types d'intervention(s) ou phénomènes d'intérêts

Nous allons analyser des recherches portant sur des faits de violence obstétricale dans des milieux hospitaliers européens où exercent des professionnels formés aux soins obstétricaux.

Types d'études

La littérature prise en compte dans cette *scoping review* inclut de la littérature scientifique publiée il y a moins de dix ans, de nature quantitative, qualitative, présentant des méthodes mixtes ou sous la forme d'articles de journaux scientifiques.

La littérature grise portant sur le phénomène sera prise en compte.

La littérature francophone, anglophone et espagnole sera prise en compte.

Les revues de la littérature n'ont pas été intégrées au vu des similitudes dans la méthodologie de recherche avec ce même travail.

Types de résultats

Nous examinons des résultats déroulant d'études portant spécifiquement sur les expériences des femmes en salle d'accouchement lors de leur travail et/ou de leur accouchement. Les expériences dites négatives et pouvant être assimilées à de la violence obstétricale ou à d'autres termes similaires devront être rassemblées et classées. Les résultats analysés pourront provenir de sources établies par des auteurs scientifiques, professionnels de l'obstétrique ou émergeant du milieu profane.

Nous recherchons aussi des résultats concernant les recommandations et la législation européenne en lien avec le sujet.

Concernant les études impliquant des professionnels spécialisés en obstétrique, les résultats devront présenter des témoignages de ces soignants à l'égard du sujet.

Stratégie de recherche

La stratégie de notre recherche se base sur le protocole de *scoping review* « *Guidance for conducting systematic scoping reviews* » du Joanna Briggs Institute (14) qui offre avec clarté la procédure à suivre pour réaliser une *scoping review*. D'après l'Université de Montréal (15), une *scoping review* ou un examen de la portée « *démontre un niveau de complexité à mi-chemin entre les revues narratives et les revues systématiques. Elle établit l'étendue de la recherche effectuée dans un domaine ou sur un sujet spécifique, et recense souvent les organisations, individus et publications pertinents à ce domaine, tout en identifiant les écarts de savoirs. Il s'agit parfois d'une étape préliminaire à un projet de recherche* ».

Nous proposons d'établir une recherche se concentrant sur l'Europe. En effet, la littérature existante porte majoritairement sur l'Amérique du Sud, l'Afrique ou l'Inde. Le contexte de soins, la perception de ceux-ci et les recommandations ou guidelines en termes de soins peuvent être différents par rapport à l'Europe.

La recherche s'est opérationnalisée suivant trois étapes :

- La première a constitué en une recherche sur PUBMED avec les mots clés proposés dans l'équation de recherche. Les titres puis les résumés si nécessaires ont été analysés.
- Deuxièmement, après une optimalisation des mots-clefs via les index présents dans les recherches de la première étape, une nouvelle recherche a été effectuée dans l'ensemble des bases de données utilisées pour cette recherche.
- L'ultime étape a été la sélection des études déjà mises de côté lors des premières étapes en prenant en compte les critères présentés précédemment.

Les bases de données utilisées pour notre recherche sont PUBMED, SCOPUS, CINAHL, COCHRANE, Cible + et Science Direct.

Les terminologies du concept ne sont donc pas unanimes. Nous décidons de prendre en compte dans notre équation de recherche chacune des terminologies et de ne pas se restreindre au terme « violence obstétricale » et incluant alors « manque de respect et abus » ainsi que « mauvais traitement » se rapportant aux soins obstétricaux.

Les mots clés et *MESH terms* utilisés pour la *scoping review* sont :

- Mots clefs francophones : soins obstétricaux, violence obstétricale, déshumanisation, manque de respect, abus, mauvais traitements, violence envers les femmes, femme enceinte, accouchement, violence basée sur le genre

- Keywords : obstetric care, obstetric violence, abuse care, dehumanisation, violence against women in childbirth, disrespect, mistreatment, human right in childbirth, childbearing women, delivery, based-gender violence

Notre équation de recherche :

- Anglais :

(« obstetric violence » OR « disrespect and abuse » OR « mistreatment ») AND women AND (maternity OR childbirth))

PubMed : (obstetric violence OR disrespect and abuse OR mistreatment) AND women AND (delivery OR childbirth)

- Français :

(« violence obstétricale » OR « manque de respect et abus » OR « mauvais traitement ») AND femme* AND (naissance AND maternité)

L'équation de recherche a été construite avec l'aide théorique du Département des bibliothèques et l'information scientifique de l'Université Libre de Bruxelles.

Mots-clefs

Soins obstétricaux, violence obstétricale, déshumanisation, manque de respect, abus, mauvais traitements, violence envers les femmes, femme enceinte, accouchement, violence basée sur le genre

Keywords

Obstetric care, obstetric violence, abuse care, dehumanisation, violence against women in childbirth, disrespect, mistreatment, human right in childbirth, childbearing women, delivery, based-gender violence

La section suivante présente le Prisma Flow de notre étude. Cette figure permet de rendre compte de la méthodologie appliquée lors de la recherche. D'après la Cochrane, le Prisma flow « *fournit de manière standardisée un aperçu graphique des résultats de la recherche effectuée dans le cadre d'une revue systématique. Il documente le nombre d'articles qui ont été identifiés, combien ont finalement été inclus dans la revue et toutes les étapes intermédiaires* » (16).

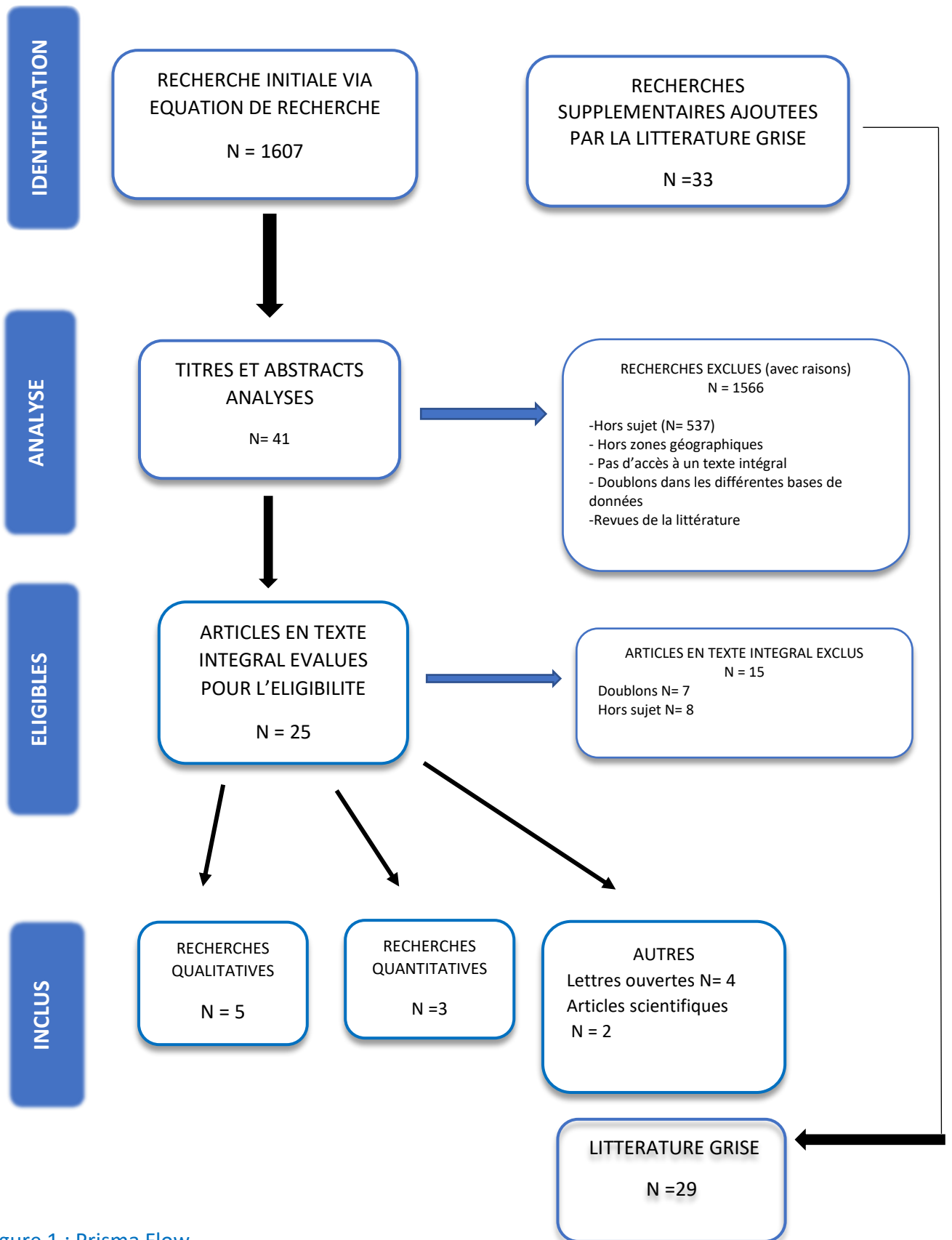


Figure 1 : Prisma Flow

A l'issue des recherches, cinq études qualitatives, trois études quantitatives, quatre lettres ouvertes et deux articles de journaux scientifiques regroupent les critères d'inclusion. Sur les cinq études qualitatives, quatre reprennent des expériences de femmes pendant le travail ou l'accouchement, l'une est une étude qualitative sur les ressentis et les expériences de sages-femmes et de doulas (femme qui propose un accompagnement non médical de la grossesse et de l'accouchement) sur le sujet. Vingt-neuf sources sont issues de la littérature grise. L'inclusion à la recherche s'est organisée par le biais des recherches scientifiques et étoffée selon les sources. Elle reprend en majorité des informations sur les législations et sur les recommandations. Néanmoins, certaines sources sont en mesure de répondre aux différents objectifs de la *scoping review*. Une demande de la part de l'ONU auprès des pays membres dans le cadre des violences contre les femmes, ses causes et ses conséquences, a amené beaucoup de pays européens à s'exprimer sur le sujet des violences obstétricales. Cette action a permis de développer une large base de données sur la thématique en Europe.

Qualité méthodologique

Afin d'évaluer la qualité méthodologique des études sélectionnées, nous avons suivi les indications du *Joanna Briggs Institute* (14). Nous avons présenté le processus de recherche par le Prisma flow proposé en page 10. Les différentes sections qui suivent ont respecté, dans la mesure du possible, les concepts de rédaction proposés par le *JBI reporting* (17). L'évaluation du niveau de preuve a été réalisée en appliquant l'approche CERQual (18) (annexe 1).

Les sources sont référencées en respectant le modèle Vancouver. La bibliographie présentant la littérature incluse dans cette *review* se trouvent dans le tableau n°1 à la page 12, elle sera citée entre crochets pour en faciliter la lecture. Les autres sources citées sont référencées dans la partie « Références » page 36, elles seront présentées entre parenthèses dans le texte.

Collecte de données

Les études sélectionnées ici comprennent des recherches ou des articles scientifiques qui utilisent des méthodologies qualitatives et quantitatives. Les données extraites des études incluses dans notre revue ont été classées dans deux tableaux distincts. Ces tableaux prennent en compte : les auteurs, le pays dans lequel l'étude a été réalisée, l'année de publication, la population étudiée, les méthodes utilisées et les résultats significatifs. Les informations pertinentes émanant des articles scientifiques et

des lettres ouvertes y sont également répertoriées. Les données issues de la littérature grise ont été introduites dans un tableau présentant le pays concerné, l'organisation ou l'institution à l'origine de la contribution, les termes employés pour définir le sujet, les résultats probants proposés (étendue des VO et du respect du consentement plein et éclairé), les initiatives mises au point, et les mécanismes de recours ou de responsabilisation des institutions.

Ces tableaux se trouvent en annexe 2.

Synthèse des données

Les résultats sont présentés sous forme narrative, comprenant également des tableaux et des figures pour faciliter la présentation des données.

Résultats

Nous présentons par la suite les différentes sources de littérature incluses dans notre recherche.

Tableau 1 : Présentation de la littérature retenue

Numéro attribué	Littérature retenue	Pays Langue	Niveau de preuves
Recherches utilisant une approche qualitative			
1	Beck, C. T. (2018). I N F OCUS A Secondary Analysis of Mistreatment of Women During Childbirth in Health Care Facilities. <i>Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing</i> , 47(1), 94–104. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.08.015	Royaume Uni Anglais	Modéré
2	Stankovic, B. (2017). <i>Women's Experiences of Childbirth in Serbian Public Healthcare Institutions: a Qualitative Study</i> . 803–814. https://doi.org/10.1007/s12529-017-9672-1	Serbie Anglais	Modéré
3	Garcia, A. (2020). Violences obstétricales ,. <i>Sages-Femmes</i> , 1, 33–36. https://doi.org/10.1016/j.sagf.2020.01.020	France Français	Bas
4	Rudigoz, R.C., Milliez J., Ville Y., Crepin G. (2018). "De La Bienveillance En Obstétrique . La Réalité Du Fonctionnement Des Maternités ." <i>Bull. Acad. Natle Méd.</i> (7): 1323–40.	France Français	Bas
5	Cipolletta, S., & Sperotto, A. (2012). <i>From the hospital organisation to the childbirth practice : Italian women ' s experiences</i> . 30(3), 326–336.	Italie Anglais	Modéré
Recherches utilisant une approche quantitative			
6	Baranowska, B., Doroszevska, A., Kubicka-kraszy, U., Pietrusiewicz, J., Adamska-sala, I., Kajdy, A., Sys, D., Tataj-puzyna, U., & Crowther, S. (2019). Is there respectful maternity care in Poland ? Women ' s views about care during labor and birth. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 19(520), 1–9.	Pologne Anglais	Modéré
7	Begley, C., Sedlicka, N., & Daly, D. (2018). Respectful and disrespectful care in the Czech Republic : an online survey. <i>Reproductive Health</i> , 15(198), 1–11.	République Tchèque Anglais	Bas
8	Ravaldi, C., Skoko, E., Battisti, A., Cericco, M., & Vannacci, A. (2018a). Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey. <i>European Journal of Obstetrics and Gynecology and</i>	Italie	Haut

	<i>Reproductive Biology</i> , 224, 208–209. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.03.055	Anglais	
	Ravaldi, C., Skoko, E., Battisti, A., Cerizzo, M., & Vannacci, A. (2018b). Data in Brief Sociodemographic characteristics of women participating to the LOVE-THEM (Listening to Obstetric Violence Experiences THrough Enunciations and Measurement) investigation in Italy. <i>Data in Brief</i> , 19, 226–229. https://doi.org/10.1016/j.dib.2018.04.146		
Littératures recueillant des propos de professionnels			
9	Phan, E., & Evrard, A. (2017). À propos du débat sur les violences obstétricales. Position du CIANE About the debate on gynaecological violences. CIANE thinking. <i>Revue de Médecine Périnatale</i> , 9(4), 201–202. https://doi.org/10.1007/s12611-017-0444-6	France Français	Non attribuable
10	Mulin, B., & Burguet, A. (2017). À propos du débat sur les violences obstétricales. Position de la FFRSP About the debate on gynaecological violences. FFRSP thinking. <i>Revue de Médecine Périnatale</i> , 9(4), 199–200. https://doi.org/10.1007/s12611-017-0443-7	France Français	Non attribuable
11	Hervé, C., & Ville, Y. (2017). Lettre ouverte : « Quelle leçon tirer de la récente controverse française sur l'épisiotomie ? » ou la généralisation d'une véritable éthique des pratiques en clinique humaine. <i>Medicine and Public Health</i> , 3, 397–400. https://doi.org/10.1016/j.jemep.2017.09.008	France Français	Non attribuable
12	Manaouil, C. (2018). La relation sage-femme / patiente peut-elle être violente ? <i>La Revue Sage-Femme</i> . https://doi.org/10.1016/j.sagf.2018.06.002	France Français	Non attribuable
	Rudigoz, R.C., Milliez J., Ville Y., Crepin G. (2018). "De La Bienveillance En Obstétrique . La Réalité Du Fonctionnement Des Maternités ." <i>Bull. Acad. Natle Méd.</i> (7): 1323–40.	France Français	Bas
13	Scambia, G., Viora, E., Chiantera, A., Colacurci, N., & Vicario, M. (2018). "Obstetric violence": Between misunderstanding and mystification. <i>European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology</i> , 228, 331. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.06.012	Italie Anglais	Non attribuable
Littérature grise			
14	Bousquet, D., Couraud, G., & Collet, M. (2018). <i>Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes</i> .	France Français	Non attribuable
15	Assemblée Parlementaire. (2019). <i>Violences obstétricales et gynécologiques - Commission sur l'égalité et la non-discrimination</i> .	Pays membres UE Français	Non attribuable
16	ONU. (2019). <i>Assemblée générale - Adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales</i> .	Pays membres ONU Français	Non attribuable
Contributions des pays européens à l'ONU			
17	Skoko, E., & Battisti, A. (2019). <i>Osservatorio sulla Violenza Ostetrica Italia OBJECT : Submission on Obstetric Violence in Italy</i> (pp.1-17).	Italie Anglais	Modéré
18	Ministry of Foreign Affairs and International Cooperation (2019). <i>Italy's contribution, in view of next study to be submitted before Unga 74, by UN special rapporteur on violence against women, its causes and consequences</i> (pp.1-5).	Italie Anglais	Non attribuable
19	Observatorio Violencia Obstétrica. (2019). <i>Call for submissions: Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth</i> (pp.1-12).	Espagne Espagnol	Non attribuable
20	Mother Hood. (2019). <i>Betreff: Submission Report on Mistreatment and violence against women during childbirth</i> (pp. 1–5).	Allemagne Anglais	Non attribuable
21	AIMS. (2019). <i>Submission to the UN Special Rapporteur</i> . (pp.1–4).	Royaume Uni Anglais	Non attribuable
22	Abortion Rights Campaign (ARC), Disabled Women Ireland (DWI). (2019). <i>Submission to the United Nations Special Rapporteur on Violence against Women on mistreatment and violence against women during reproductive healthcare in Ireland and Northern Ireland</i> . 1–12.	Irlande Anglais	Bas

23	AIMS Ireland. (2014). <i>“What Matters to YOU?” Report on Consent in the Irish Maternity System.</i>	Irlande Anglais	Modéré
24	Irish Maternity Support Network (2019). <i>Report of the Irish Maternity Support Network to the UN Special Rapporteur on Women on Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth</i> (pp. 1–10).	Irlande Anglais	Non attribuable
25	Poradňa pre občianske a ľudské práva. (2019). <i>Submission to the UN Special Rapporteur on violence against women concerning violations of reproductive rights of women belonging to Roma ethnic minority in Slovakia Poradňa pre občianske a ľudské práva (Center for Civil and Human Rights), Slovakia May</i> (pp. 1–5).	Slovaquie Anglais	Non attribuable
26	Government of the Republic of Slovakia . (2019). <i>no title</i> (pp. 1–3).	Slovaquie Anglais	Non attribuable
27	Patakyová, M. (2019). <i>MISTREATMENT AND VIOLENCE AGAINST WOMEN DURING REPRODUCTIVE HEALTH CARE WITH A FOCUS ON CHILDBIRTH - Slovak Republic</i> (pp. 1–2).	Slovaquie Anglais	Non attribuable
28	De Pagter, L. (2019). <i>SUBMISSION: UN WORKING GROUP ON VIOLENCE AGAINST WOMEN</i> (pp. 1–6).	Pays Bas Anglais	Bas
29	Westland, M. (2019). <i>Stichting GeboorteBeweging’ -GB Foundation</i> (pp. 1–29).	Pays Bas Anglais	Non attribuable
30	Fundacja Rodzić po Ludzku. (2019). <i>Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth Poland</i> (pp. 1–9).	Pologne Anglais	Non attribuable
31	Ministry of Foreign Affairs of Poland. (2019). <i>Input of the Republic of Poland to the Special Rapporteur on violence against women questionnaire on the issue of mistreatment and violence against women durign reproductive health care</i> (pp. 1–3).	Pologne Anglais	Non attribuable
32	Guiot, F., Hidalgo, P., Richard, F., & Guiot, F. (2017). <i>Contribution au rapport : « Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth » - Plateforme citoyenne pour une naissance respectée</i> (pp. 1–7).	Belgique Français	Non attribuable
33	Iványi, A. (2019). <i>Submission on the issue of Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth, as the subject of the next thematic report of the United Nations Special Rapporteur on violence against women</i> (pp. 1–16).	Hongrie Anglais	Non attribuable
34	Hungarian NHRI. (2019). <i>Contribution of the Office of the Commissioner for Fundamental Rights in response to the call for submissions by the Special Rapporteur on violence against women</i> (pp. 1–7).	Hongrie Anglais	Non attribuable
35	Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto Portugal. (2019). <i>Submissions on the issue of : « Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth »</i> (pp. 1–5).	Portugal Anglais	Bas
36	Mitchell, A., Immonen, K., Lehtilä, S., & Dykstra, U. (2019). <i>Report on the Mistreatment and violence against women during reproductive health care and childbirth in Finland A response to the call for submissions by the OHCHR-UN</i> (pp.1-19).	Finlande Anglais	Non attribuable
37	Department of Gender Equality, Office of the Government of the Czech Republic. (2019). <i>For the attention of Ms. Dubravka Šimonović Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences</i> (pp. 1–4).	République Tchèque Anglais	Non attribuable
38	Födelsehuset. (2019). <i>Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth : The case of Sweden</i> (pp. 1–15).	Suède Anglais	Non attribuable
39	Pryrodni Prava Ukraina. (2019). <i>Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth : The case of Ukraine</i> (pp. 1–15).	Ukraine Anglais	Modéré
40	Roda – Parents in Action. (2019). <i>Report to the United Nations Special Rapporteur on Violence Against Women in response to her Call for Submissions due 17 May 2019</i> (pp. 1–16).	Croatie Anglais	Non attribuable
41	Département Fédéral des Affaires Etrangères. (2019). <i>Contribution de la Suisse au prochain rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences à la 74ème session de l’Assemblée Générale en septembre 2019</i> (pp. 1–2).	Suisse Français	Non attribuable
42	Initiativ Liewensufank NGO. (2019). <i>Submission: Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth to the United Nations Special Rapporteur on violence against women</i> (pp. 1–2).	Luxembourg Français	Très bas

Tableau 2 : Tableau des zones géographiques couvertes par la littérature retenue

PAYS	LITTÉRATURE RETENUE
Allemagne	[20]
Belgique	[32]
Croatie	[40]
Espagne	[19]
Finlande	[36]
France	[3], [4], [9], [10], [11], [12], [13], [14]
Hongrie	[33], [34]
Irlande	[22], [23], [24]
Italie	[5], [8], [13], [17], [18]
Luxembourg	[42]
Pays Bas	[28], [29]
Pologne	[6], [30], [31]
Portugal	[35]
République Tchèque	[7], [37]
Royaume Uni	[1], [21]
Serbie	[2]
Slovaquie	[25], [26], [27]
Suède	[38]
Suisse	[41]
Ukraine	[39]
Pays membres de l'Union Européenne	[15]
Pays européens membres de l'ONU	[16]

La littérature incluse dans cette *scoping-review* permet d'offrir un champ assez large en termes de couverture géographique.

Les cinq études qualitatives issues des bases de données scientifiques et incluses pour cette recherche couvrent quatre pays : Le Royaume-Uni, La Serbie, la France et l'Italie. Une étude [1] a été menée dans plusieurs pays présentant un niveau économique élevé, dont le Royaume-Uni. L'étude réalisée en Serbie [2] s'est concentrée sur les hôpitaux publics de Belgrade. Deux sources [3] [4] proviennent de

recherches menées en France sans restriction géographique. La dernière enquête qualitative [5] a été réalisée en Italie plus précisément auprès d'un hôpital public du nord de l'Italie, à Vérone.

Trois études quantitatives ont été incluses dans cette recherche. Deux d'entre elles ont été réalisées dans des pays de l'est de l'Europe : La Pologne [6] et la République Tchèque auprès d'hôpitaux et de doulas travaillant à domicile [7]. La population étudiée ne se restreint pas uniquement au personnel se déplaçant à domicile, elle prend aussi en compte le personnel hospitalier, l'étude a donc été prise en compte pour notre *review*. La troisième étude [8] a été menée à un niveau national en Italie.

Nous avons aussi inclus des articles scientifiques reprenant des propos de professionnels. La majorité des documents sont issus de la littérature française [9], [10], [11], [12]. Un des écrits [4] qui fournit des résultats qualitatifs prend aussi part dans cette catégorie en lien avec l'implication professionnelle des auteurs. Des professionnels italiens [13] ont pris la parole sur le sujet sous la forme d'une lettre ouverte.

La littérature grise a également été analysée pour la *scoping review* en respectant les critères de qualité du JBI (14). La zone géographique couverte pour cette dernière est assez large et se décline à plusieurs échelles. Tout d'abord l'ONU, via la rapporteuse Dubraska Simonovic [16], vise à réaliser le premier rapport sur les droits de l'homme consacré à la question des mauvais traitements subis par les femmes dans les soins de santé génésique et l'accouchement. Pour ce faire, un appel à soumissions des différents pays membres a été effectué. Plusieurs pays européens ont répondu à cet appel : L'Italie, l'Espagne, l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Irlande, la Slovaquie, les Pays-Bas, la Pologne, la Belgique, la Hongrie, la République Tchèque, le Portugal, la Suède, la Finlande, l'Ukraine, la Croatie, la Suisse et enfin le Luxembourg. A l'échelle européenne, le Conseil de l'Europe [15] propose des recommandations à l'intention de ses pays membres. Des documents à l'échelle nationale comme celui proposé par le Haut Conseil à l'égalité [14] est un document officiel français. Il est évident que certains pays ne sont pas couverts dans cette revue de la littérature et à l'inverse certaines zones géographiques sont avantagées. Le sujet des violences obstétricales renvoie à une nouveauté, dans le domaine public mais aussi professionnel, impliquant une proportion relativement faible de littérature essentiellement scientifique.

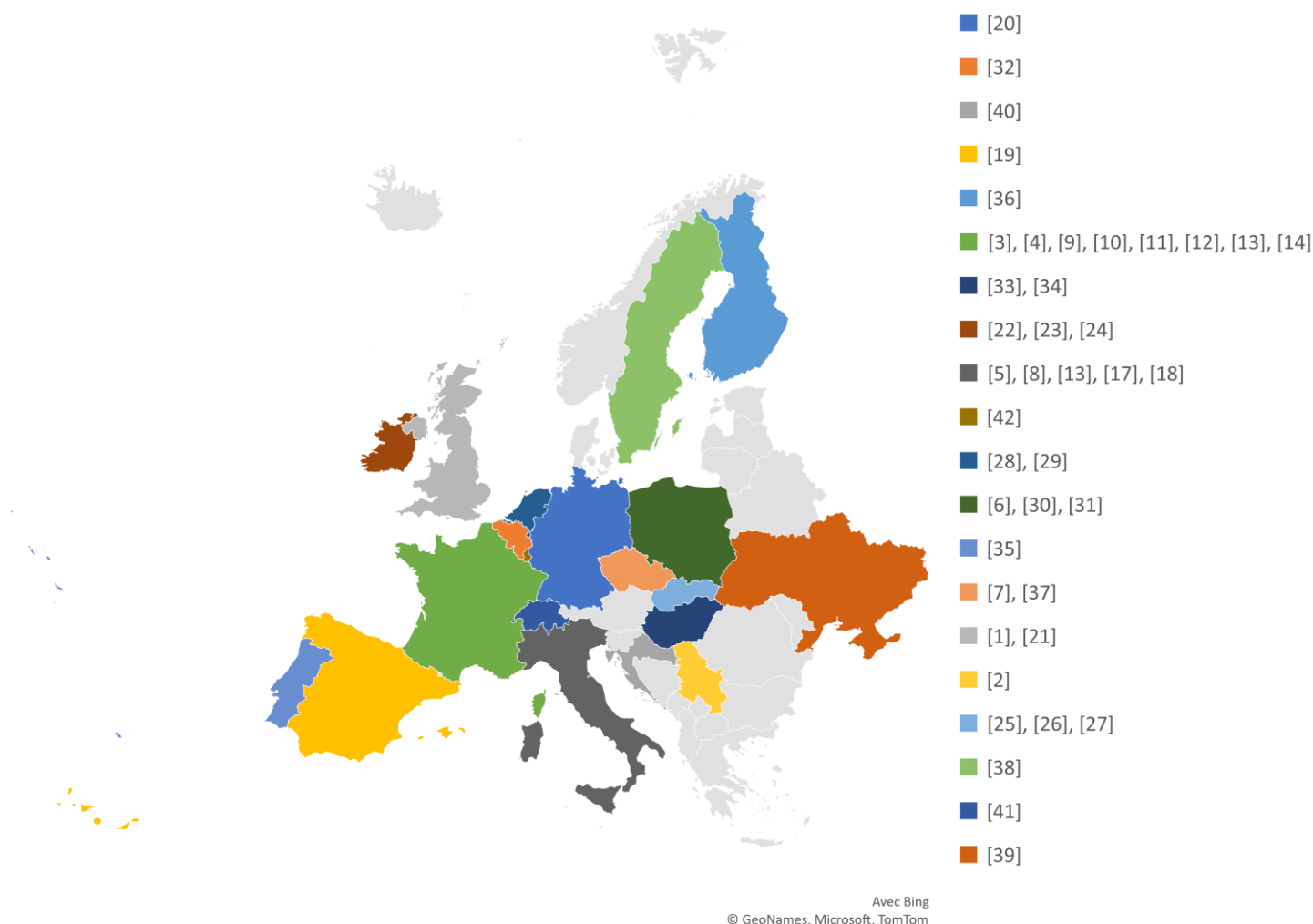


Figure 2 : Carte des zones géographiques couvertes par la littérature retenue

Aucune source ne provient de la littérature russe. Pour en faciliter la lecture, la Russie n'a pas été présentée sur la carte.

Sélection et type de population étudiée

Toutes les études incluses dans cette recherche ne présentent pas la même méthodologie de sélection de la population. En effet, des études ont sélectionné une population initialement touchée par les violences obstétricales. C'est le cas pour Beck [1] qui, par le biais d'un questionnaire de sélection diffusé sur internet, a intégré à son étude les propos de 40 femmes ayant eu des expériences d'accouchements traumatisants. Ce dernier point était le critère majeur de sélection. Garcia [3] rejoint cette méthodologie et a utilisé initialement le réseau social Facebook. Il a partagé les différents critères rentrant en compte dans l'étude, à savoir « avoir accouché après 2015 » et « avoir eu une expérience

de mauvais traitement pendant l'accouchement ». Vingt femmes ont été sélectionnées par la suite pour cette étude. Rudiguo et ses collègues [4] rendent compte de différents témoignages et signalent que ces derniers sont « *étayés par des observations indiscutables et relayés par les forums de discussion ayant fourni la matière à un certain nombre d'ouvrages très critiques* ». Les autres auteurs élargissent leurs critères. Stankovic [2] a sélectionné la population auprès de différents établissements publics de santé à Belgrade avec les critères suivants : « primiparité », « âgée entre 26 et 49 ans », « ayant récemment accouché ». L'étude des auteurs Cipolletta et Sperotto [5] montre aussi qu'ils ont travaillé avec un hôpital pour sélectionner leur population. Les femmes devaient donc avoir accouché dans cet hôpital à Vérone, être primipares et avoir la nationalité italienne.

Les trois études quantitatives incluses dans cette recherche proposent des échantillons de population beaucoup plus importants. Effectivement, Baranowska *et al.* [6] et Ravaldi *et al.* [8] qui proposent une approche transversale, ont respectivement sélectionné via des questionnaires en ligne, 8378 femmes ayant accouché entre 2017 et 2018 et 424 femmes entre 20 et 60 ans ayant un ou des enfants entre 0 et 14 ans. Ces échantillons sont représentatifs de la population nationale des femmes ayant accouché (Pologne et Italie). En République Tchèque, Begley et ses collègues [7] ont regroupé des données quantitatives par le biais de questionnaires en ligne auprès de 52 sages-femmes et doulas travaillant dans des hôpitaux différents et/ou à domicile. Les auteurs de la littérature reprenant des propos des professionnels n'ont pas envisagé une sélection spécifique de la population, ils rendent davantage compte sur le concept de violences obstétricales ou de mauvais traitements pendant l'accouchement.

Les documents officiels tel que celui du Haut Conseil à l'égalité [14] s'adressent à toutes les femmes susceptibles d'accoucher. Dans les documents qui ont été soumis à la rapporteuse de l'ONU, certains contributeurs ont eux-mêmes organisés des études mais n'ont pas été publiés dans des bases de données scientifiques. C'est le cas de l'Observatoire des violences obstétricales Italien [18] qui a réalisé une étude quantitative par le biais d'un sondage d'opinion communautaire sur un échantillon national représentatif avec 1942 répondantes. C'est le cas aussi pour le AIMS qui a mené une recherche en 2014 appelée "What Matters to YOU ?" [23] chez des femmes ayant accouché en Irlande entre 2010 et 2014. L'association néerlandaise Choice for youth and sexuality [28] est aussi à l'origine d'une enquête sur la discrimination des populations concernées par le HIV et/ou des IST lors de soins de santé génésique ou sexuelle. La fondation polonaise Rodzić po Ludzku [30] (la fondation pour un accouchement digne) a organisé une enquête chez des femmes qui ont accouché en 2017 et 2018 et a pu constituer un échantillon représentatif de 8378 répondantes. En Ukraine, l'association « Pryrodni Prava Ukraina » [39] organise tous les ans des enquêtes sur les expériences des femmes dans les structures hospitalières pendant la grossesse. Enfin, l'association portugaise pour les droits des

femmes pendant la grossesse et l'accouchement (« Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto Portugal ») [35] a réalisé une enquête via un questionnaire en ligne pour recueillir des témoignages de femmes enceintes dans les structures hospitalières au niveau national. Les critères de sélection ne sont pas renseignés.

Tous les échantillons proposés dans les enquêtes incluses dans cette recherche ne sont pas représentatifs de la population nationale des femmes ayant accouché. Il existe aussi un certain biais de sélection lorsque la population étudiée est déjà touchée par les violences obstétricales ou par les mauvais traitements lors de l'accouchement. De plus, ces populations peuvent être très différentes d'une étude à l'autre. Les études à l'initiative d'organisations militantes sont discutables quant à leur niveau de preuve et de l'intérêt porté initialement par l'institution, mais elles prouvent un investissement et offre des résultats de prévalence intéressants.

Termes et définitions utilisés

La figure suivante présente les termes les plus employés au sein des différentes définitions portant sur le sujet.



Figure 3 : Nuage de mots associé aux définitions employées pour décrire le phénomène

Nous avons constaté que la littérature n'est pas unanime vis-à-vis des termes à employer pour décrire ce phénomène mais également sur la définition à utiliser. Certaines sources prennent en considération la définition et les typologies de Bohren (7). L'auteur illustre le concept tel des « mauvais traitements infligés aux femmes lors de l'accouchement ». L'étude de Beck [1], de Baranowska *et al.* [6] et la contribution à l'ONU par l'association allemande Mother Hood [2] utilisent cette définition. Le terme de « violences obstétricales » est aussi employé. On l'observe chez Ravaldi [8] qui y lie la notion d'« *abus et manque de respect dans l'assistance à l'accouchement* ». La définition donnée dans cette étude est la suivante : « *l'appropriation du corps et des processus de reproduction des femmes par le personnel de santé pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum* ». Une majorité de la littérature française reprend le terme violences obstétricales. Le Haut Conseil à l'Égalité [14] parle lui d'actes sexistes durant le suivi obstétrical. Garcia [3] s'est aussi approprié la définition donnée par l'instance, à savoir : « *gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant.e.s — de toutes spécialités — femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant.e.s. Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves* » en l'associant à la notion de VO. Rudiguoz et ses collègues [4] proposent une nouvelle définition au terme de violences obstétricales : « *regroupe tout acte médical, posture, intervention, non approprié ou non consenti. Il recouvre donc, non seulement des actes non conformes aux recommandations pour la pratique clinique (RPC) mais aussi des actes médicalement justifiés réalisés sans information préalable et/ou sans le consentement de la patiente ou avec une apparente brutalité. Enfin, les attitudes, comportements, commentaires ne respectant pas la dignité, la pudeur et l'intimité des femmes sont également cités sous ce terme et rapprochés de la non-prise en compte de la douleur pendant et après l'accouchement* ». L'auteur Manaouil [12], le CIANE [9] et la FFRSP [10] emploient eux aussi ce terme mais n'en donnent pas de définition. La lettre ouverte écrite par Scambia *et al.* [13], ayant une portée italienne, utilise aussi l'expression de violences obstétricales. Enfin, des organisations multinationales, comme le Conseil de l'Europe [15], parlent également en ces termes et utilisent ces mots pour les définir : « *actes non appropriés ou non consentis, tels que des épisiotomies et des touchers vaginaux pratiqués sans consentement, l'utilisation de l'expression abdominale ou la non-utilisation de l'anesthésie pour des interventions douloureuses* ». L'Organisation des Nations Unies [16] intègre plusieurs éléments de définition lors de sa demande de contributions. La rapporteuse de l'ONU, Madame Simonovic use des expressions : violences obstétricales, mauvais traitements ou encore violences faites aux femmes pendant l'accouchement. La définition donnée a été : « *tous actes de*

violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée ». L'Observatoire des violences obstétricales Italien [17] parle lui aussi de violences obstétricales mais y réfère la définition et les différentes typologies proposés par Bowser et Hill (4), aussi repris par l'OMS (8). En Belgique, la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée [32] propose la définition suivante : « *Les interventions médicales non validées scientifiquement et pratiquées sans le consentement éclairé de la patiente pendant la grossesse et l'accouchement doivent être reconnues comme des violences obstétricales* ». En République Tchèque aussi, le Département de l'égalité des genres [37] définit le phénomène comme des « *cas de traitement indigne et préjudiciable aux femmes pendant le travail et le post-partum* »

Enfin le reste de la littérature scientifique fait émerger ses propres catégories en s'inspirant des résultats de leur recherche. C'est le cas pour les écrits de Stankovic [2], de Begley [7] de Cipolletta [5] et enfin il en est de même pour la fondation polonaise Rodzić po Ludzku [30]. La diversité des termes employés et les définitions qui y sont associées ne peuvent que confirmer le manque de consensus présent dans la littérature concernant le phénomène.

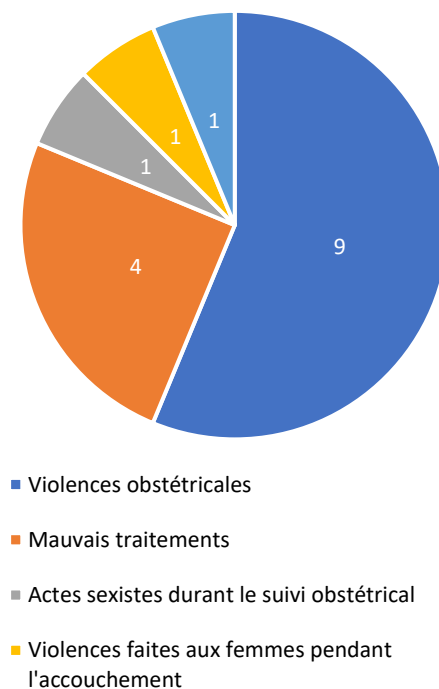


Figure 4 : Termes employés pour décrire le phénomène

D'après les termes recensés dans les différentes littératures, nous pouvons présenter un graphique présentant la diversité des termes employés et leur proportion. Certains textes n'ont pas évoqué de mots-clés particuliers pour définir le phénomène.

Méthodologie employée pour mesurer la prévalence des violences obstétricales

Le même constat sur un manque de consensus est dressé concernant la méthode à utiliser pour évaluer la prévalence du phénomène. Les auteurs des études qualitatives ont davantage opté pour des entretiens semi-dirigés. Stankovic [2] a usé de cette méthode entre deux et trois mois après la naissance, aux domiciles des mères. « *Pouvez-vous me parler de votre expérience d'accouchement ?* » a été la première question posée lors des entretiens. Des aspects sur la gestion du travail à l'hôpital, des procédures respectées, les comportements et des attitudes des médecins, la présence ou non d'autres personnes dans la salle, et sur les ressentis des femmes à ce moment-ci. Après retranscription des entretiens, un codage a été effectué afin de catégoriser les différents éléments significatifs. Notons que les entretiens ont été effectués quelques mois après l'accouchement. Un risque de biais est présent par le fait que les mères, par l'arrivée du nouveau-né dans la famille, peuvent avoir une toute autre perspective concernant leur accouchement, leur ressenti pourra éventuellement évoluer. Proposant une autre période pour réaliser les entretiens semi-dirigés, Cipolletta et ses collègues [5] ont rencontré les mères dans les 48 heures suivant la naissance. Ils ont aussi commencé les entretiens par une large question sur l'expérience de la femme lors de son accouchement puis ont fait évoluer l'échange vers d'autres sujets : les attentes des femmes, les informations reçues pendant les cours prénatals, si la femme a choisi de les suivre, sa gestion de la douleur, la relation avec le personnel hospitalier et le partenaire pendant le travail, en enfin la réputation de l'hôpital. Les femmes sont donc encore au sein de la structure hospitalière où elles ont accouché. Les auteurs prennent bien note du fait que certaines femmes avaient plus de mal à partager leur expérience en considérant le risque que le personnel soignant en prenne connaissance. L'auteur Garcia [3] a lui aussi réalisé des entretiens semi-dirigés avec des femmes ayant subis des expériences de violences obstétricales pendant l'accouchement ou le post-partum. Toutefois, l'auteur ne nous donne pas d'information sur la tenue de l'entretien, sur son moment d'exécution ainsi que sur le lieu de l'échange. Les entretiens ont été analysés avec l'aide d'une grille ayant été préalablement validée par deux psychologues en périnatalité. Une grande majorité de la littérature scientifique incluses ont opté pour des questionnaires en ligne. C'est le cas pour l'étude qualitative de Beck [1]. Les auteurs ont étudié une population ayant déjà subi des violences obstétricales, et proposaient, dans leur questionnaire, des questions basées sur certains aspects des preuves intrapartum et postpartum. Baranowska *et al.*[6], dans leur étude quantitative, ont réalisé un questionnaire en ligne avec certaines questions ouvertes

notamment sur la description de la situation lors de l'accouchement. Les réponses ont été catégorisées, codées puis analysées par une seule personne. Les auteurs ont signalé la difficulté d'identifier pleinement les caractéristiques réelles des sujets au vu de l'anonymat requis pour cette étude. Pour s'adresser aux sages-femmes et aux doulas, Begley et ses collègues [7] ont réalisé un questionnaire en ligne par lequel ils ont pu retirer des informations quantitatives notamment sur leur expérience de travail, les pratiques réalisées dans les institutions, et la demande de consentement. Le nombre de répondants à l'enquête n'a pas permis une réelle représentativité de tous les praticiens mais a permis de rendre compte des soins effectués dans 51 hôpitaux, environ la moitié des hôpitaux de la République Tchèque. En Italie, Ravaldi [8] a aussi utilisé un questionnaire en ligne chez l'échantillon représentatif dans le cadre de son enquête quantitative. Le questionnaire a été révisé selon la définition OMS du manque de respect et de la maltraitance à l'accouchement. Scambia *et al.* [13], qui sont des représentants de la Société Italienne de Gynécologie et d'Obstétrique, de l'Association des Gynécologues Hospitaliers Italiens d'Obstétrique, de l'Association des Gynécologues Universitaires Italiens et de la Fédération Nationale des ordres de Profession de Sage-Femme ont critiqué la méthodologie employée par Ravaldi *et al.*. Effectivement, d'après les auteurs, il est difficile de considérer l'échantillon utilisé (424 répondantes ayant accouché il y a maximum 14 ans) comme représentatif car sur cette même période, il y a eu plus de 7 millions d'accouchements. De plus, les entretiens ont été réalisés par les auteurs eux-mêmes, entraînant alors moins de neutralité. Enfin les professionnels rajoutent que le questionnaire n'a pas été validé par une autorité scientifique.

Pour toutes les études incluses, les questionnaires mis en ligne ou les guides d'entretien n'ont pas été annexés au document publié dans les bases de données. Les biais sont possibles dans ce type d'enquête. Dans un premier temps, nous avons vu que les populations d'étude peuvent être différentes et confrontées à plusieurs facteurs, représentatives de la population nationale des femmes ayant accouché ou non. Ajoutons que les termes et les définitions associés aux études et donc aux questionnaires peuvent accroître les divergences de résultats entre les études.

Revue des résultats probants

Les résultats probants des études de nature qualitative, quantitative, ou des sources provenant de la littérature grise, rejoignent les différentes typologies utilisées par les auteurs de revue de la littérature sur le sujet. L'un des auteurs les plus cités est Bohren (7) et propose sept typologies de mauvais traitements infligés aux femmes lors de l'accouchement : violences physiques, violences verbales, abus sexuels, stigmatisation et discrimination, non-respect des normes professionnelles de soins, mauvaise relation entre les femmes et les prestataires de soins, et conditions et contraintes du système de santé. Bohren et ses collègues se sont basés sur des études réalisées dans 34 pays dont la grande majorité sont des pays avec un faible niveau économique. Cette présentation des résultats de prévalence par le biais de ces typologies démontre que le niveau socio-économique du pays n'épargne pas les femmes des violences obstétricales et des mauvais traitements lors de l'accouchement. Seule une des typologies de Bohren n'apparaît pas dans les littératures sélectionnées : l'abus sexuel.

Le tableau suivant présente les résultats probants issus de la littérature selon les typologies proposées par Bohren.

Tableau 3 : Tableau reprenant les résultats probants issus de la littérature retenue

Violences physiques	<ul style="list-style-type: none">- Abus physiques [1]- Témoignages de violences physiques [3] [17] [20] [29]- Contraintes physiques [21]- Contention physique [25]- Maltraitance pendant l'accouchement [25] [33]- Procédures médicales réalisées avec violence ou douleur [36]- Torture [39]- Coercition [40] [24]
Violences verbales	<ul style="list-style-type: none">- Abus verbal [1]- Témoignages de violences verbales [20]- Humiliation et maltraitance verbale [19] [21] [24] [33] [17]- Sentiment de honte [24]- Comportement agressif et menaçant [24]- Remarques vindicatives [24]- Moqueries, commentaires sur l'apparence physique de l'enfant ou de la mère [32]- Pression psychologique [36] [39]- Insultes et cris [40]- Menaces [3]

Stigmatisation et discrimination	<ul style="list-style-type: none"> - Commentaires inappropriés [6] - Discrimination basée sur la religion [1] - Pratiques de ségrégation [25] - Harcèlement et humiliation raciaux [25] - Stérilisations forcées chez certaines populations [25] [19] - Discrimination basée sur le statut HIV [28] - Traitements discriminatoires [39] - Commentaires liés à la sexualité de la patiente [19]
Non-respect des normes professionnelles de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de processus de consentement éclairé [3] [6] [7] [17] [19] [20] [21] [23] [24] [25] [29] [32] [33] [36] [37] [40] [42] - Actes ou soins inadéquats ne répondant pas à des recommandations de bonnes pratiques [1] [4] : <ul style="list-style-type: none"> → Analgésie imparfaite lors d'une procédure invasive [4] [19] [20] [21] [24] [32] [33] [40] → Position d'accouchement imposée [7] [19][30] [36] [37] → Rasage du périnée [7] → Surveillance continue du rythme cardiaque fœtal pendant le travail normal [7] [20] → Taux d'épisiotomie excessif [7] [19] [20] [32] [35] → Point du mari (Réalisation par le professionnel d'un point de suture supplémentaire pour rendre le vagin plus étroit) [32] → Examens vaginaux répétitifs [20] [21] → Manœuvre de Kristeller (Manœuvre obstétricale déconseillée, consistant à effectuer une pression abdominale sur le fond utérin dans le but d'aider à l'accouchement) [19] [20] [32] [35] [39] [40] → Réalisation excessive de césariennes [19] [35] → Accélération du travail [7] [19] [32] [35] [33] → Interdiction de manger ou de boire pendant le travail [33] [37] - Manque de pudeur et d'intimité [4] [6] [8] [17] [19] [24] [29] [33] [37] [39] - Séparation maman/bébé [4] [19] [33]
Mauvaise relation entre les femmes et les prestataires de soins	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de communication d'information [2] [3] [4] [7] [19] [23] [29] [33] [39] [42] [40] - Manque de soutien : <ul style="list-style-type: none"> → Sentiment d'abandon [2] [3] → Manque d'écoute [4] [6] → Mauvais accompagnement [8] [37] - Problème de communication : <ul style="list-style-type: none"> → Manque de relations bienveillantes [2] [29] → Mensonges [3] → Intimidation [24] - Non prise en compte de la douleur [3] [4] [19] [24] [25] [30] - Négligence [20] [24] - Manque d'autonomie accordée à la parturiente [5] [19] [24] [32] [37] [30] - Pas de liberté dans la présence de la personne accompagnante [33] [39] [40]
Conditions et contraintes du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d'anonymat [6] - Femmes laissées seules [29] [32] - Refus d'admission dans un établissement de santé [17] [32] - Manque de choix dans le lieu d'accouchement [39] - Violation des droits humains fondamentaux [29] [30] - Détention forcée dans les maternités [29] [39] - Coercition à se conformer à des protocoles normalisés et axés sur l'offre [29] [40] - Pas d'accès à un accouchement digne [30] [39] - Présence non consentie d'autres praticiens dans la salle de naissance [19] [33] [37] - Apports supplémentaires financiers nécessaires [39] - Architecture de la salle d'accouchement impersonnelle [19]

Ce tableau permet d'illustrer la situation de l'Europe. Son ensemble ne décrit cependant pas la situation précise d'un pays.

Préoccupations des professionnels

La littérature étudiée rend compte principalement de résultats probants sur des faits de violences obstétricales évoqués par les victimes. Néanmoins des sources impliquant des propos de professionnels ont aussi été intégrées. La problématique est un sujet qui est sensiblement récent et certains professionnels de la santé obstétricale ont réagi. C'est le cas pour les Français Hervé et Ville [11] qui demandent à ne pas « *incriminer toute la profession* ». Pour les auteurs, user de mots comme « violence » a un impact très négatif sur l'ensemble de la profession et sur la confiance que les patientes ont envers les prestataires de soins. Ils ajoutent qu' : « *alimenter la polémique pour la polémique, sous prétexte de lutter contre le paternalisme, le sexisme et les violences, bien que ces combats soient impératifs dans notre société ; serait contre-productif avec le risque que les femmes en général développent une peur, une suspicion, voire une distance indues avant d'accoucher* ». Hervé et Ville ne démentent pas les cas de mauvais traitements mais utilisent des termes comme « *polémique* ». Ils ne sont pas les seuls à réagir ainsi. La FFRSP [10], qui a pour rôle de favoriser ou de créer des temps de rencontre entre les professionnels de la périnatalité et les usagers, parle aussi de « *polémique* » autour des violences obstétricales. Les auteurs informent sur la perception des professionnels sur le sujet en ajoutant que « *les professionnels de la périnatalité, acteurs d'une indiscutable diminution de la morbi-mortalité maternelle, se sont sentis légitimement blessés sans pour autant mettre en doute la parole des usagers* ». Une lettre [13] des présidents des sociétés scientifiques, de l'AOGOI, de l'AGUI et de la FNPO, destinée aux auteurs d'une étude réalisée sur les violences obstétricales [8] montre aussi la controverse qu'il existe entre les professionnels et les patientes. En effet, ils se questionnent sur les répercussions que peuvent engendrer de telles données sur la profession, également sur l'association des termes « obstétrique » et « violence ». Ils insistent sur les compétences des professionnels dans « *le pouvoir de codécider, d'orienter les choix des femmes, d'agir en urgence, même sans consentement, pour éviter un danger grave pour la vie ou l'intégrité de la personne* ». La pensée des prestataires de soins est aussi connue par le CIANE [9], qui a pour rôle « *d'écouter la parole des femmes et de travailler avec les professionnels de santé sur des actions d'amélioration* ». Effectivement, le collectif parle de « *buzz* » qui a des effets positifs pour les usagères mais aussi négatifs auprès des professionnels qui sont face à un « *désarroi, un découragement ou même à du medical bashing* ». Ces sources semblent montrer que la question autour des violences obstétricales a créé un débat plutôt qu'un dialogue entre les deux populations clés.

Recommandations proposées par la littérature incluse

En 2014, l'OMS publie le rapport intitulé : « La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins » (8). Au niveau mondial, des recommandations sont présentées sous 5 axes :

- Un plus grand soutien des gouvernements et des partenaires du développement envers la recherche et les mesures à prendre concernant le manque de respect et des mauvais traitements
- Initier, soutenir et maintenir des programmes visant à améliorer la qualité des soins de santé maternelle, avec un accent sur un aspect essentiel de la qualité des soins : le respect
- Souligner le droit des femmes à bénéficier de soins dignes et respectueux, pendant la grossesse et l'accouchement
- Générer des données sur les pratiques de soins fondées sur le respect ou non, sur des systèmes d'imputabilité et sur le soutien significatif aux professionnels
- Impliquer tous les acteurs, y compris les femmes, dans les efforts d'amélioration de la qualité des soins et de l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements

A une échelle nationale, des organisations ont pour rôle de mettre en œuvre des recommandations de bonnes pratiques. Les pratiques basées sur les preuves sont donc issues de rapports réalisés par ces institutions. C'est le cas par exemple du KCE (19) en Belgique et de la HAS (20) en France qui proposent tous deux des recommandations pour l'accouchement à bas risque. Les deux rapports insistent sur l'importance de la communication entre les prestataires de soins et les parturientes, en lien avec l'information donnée et le recueil du consentement libre et éclairé. La communication, le respect et la confiance mutuelle permet à la parturiente de pouvoir s'impliquer dans les prises de décision en lien avec son travail et son accouchement. De plus, le respect des choix de la patiente et de son projet de naissance doit être considéré.

Dans leurs écrits, certains auteurs reprennent ces dernières directives, c'est le cas de Beck [1] ou encore du Conseil de l'Europe [15], qui insistent auprès des pays membres sur l'importance de les respecter. D'autres incluent des recommandations en conclusion de leur recherche. La littérature grise a également permis de détailler certaines recommandations. Le tableau suivant présente ces directives.

Tableau 4 : Tableau des recommandations proposées par la littérature incluse

Auteurs, Pays concernés	Recommandations
Stankovic, Serbie [2]	<p>Auprès de décideurs politiques car écart entre politiques existantes et situation réelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normes et procédures de surveillance supplémentaires et étapes pertinentes à planifier pour combler écart - Changements majeurs dans la formation et la socialisation professionnelle des médecins, car dominées par hiérarchies organisationnelles, modèles traditionnels de pratique et modèles problématiques de communication avec les patients.
Rudigoz – Académie Nationale de médecine, France [4]	<p>Auprès des professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la formation initiale et continue des soignants à l'information et au respect de l'autonomie des femmes enceintes. - Respecter la réalisation de l'entretien prénatal précoce au 4e mois, promouvoir l'élaboration d'un projet de naissance et proposer des prises en charge adaptées à la situation médicale et aux attentes de chaque couple. - Inciter les maternités à mettre leurs pratiques en conformité avec les différentes recommandations pour la pratique clinique et en informer les femmes. - Optimiser la prise en charge de la douleur en obstétrique par un engagement et un suivi spécifique figurant dans la charte de l'établissement. - Établir et respecter les normes des effectifs des personnels en salle de naissance. - Évaluer les résultats des maternités en continu et les rendre accessibles au public
Ravaldi, Italie [8]	<p>Réaliser des enquêtes sur la thématique à plus grande échelle et pas uniquement dans les pays à faible revenu</p>
Phan pour le CIANE, France [9]	<ul style="list-style-type: none"> - Recenser les événements, les étudier, puis systématiser leur analyse et permettre aux services et professionnels de santé de s'en saisir pour améliorer les soins - Informer le public via des campagnes d'information rappelant les droits des patient - Indicateurs de pratiques et de satisfaction en maternité construits en partenariat avec des usagers et mis à disposition du public, maternité par maternité - Sensibiliser et former les soignants (assurer, en conditions réelles d'exercice, le respect du droit des patients en matière d'information et de consentement et généraliser l'apprentissage de l'écoute, du relationnel et de l'accompagnement) - Entretien post-natal pour les femmes qui le souhaitent - Soutenir les associations d'accompagnement des victimes - Sensibiliser les professionnels du secteur judiciaire et les experts médicaux - Organisation des soins pensée en fonction des besoins des femmes - Augmentation des ressources humaines en maternité - Diversification de l'offre en matière de lieux et modes d'accouchement
Manaouil, France [12]	<p>Insiste sur l'apport d'information à la patiente et à son intégration dans les soins pour recueillir le consentement libre et éclairé</p>
Haut Conseil à l'égalité, France [14]	<p>Propose 26 recommandations selon 3 grands axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître l'existence et l'ampleur des actes sexistes, dont certains relèvent des violences, dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical <p>(Réaliser la première enquête de santé publique dédiée au suivi gynécologique, mesurer la satisfaction des femmes quant à l'ensemble de leur suivi gynécologique et obstétrical, rendre publiques les données, maternité par maternité, relatives aux actes médicaux pratiqués lors de l'accouchement)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévenir les actes sexistes relatifs au suivi gynécologique et obstétrical <p>Afin de promouvoir un suivi gynécologique et obstétrical médicalement adapté et respectueux des femmes (Renforcer la prévention et la lutte contre le sexisme au sein des études de médecine, renforcer la formation initiale et continue des professions médicales et paramédicales en matière de bientraitance et respect du consentement et de dépistage des violences sexistes et sexuelles, reconnaître dans le code de déontologie médicale l'interdit des actes sexistes, préciser et faire appliquer les recommandations de bonnes pratiques de l'OMS et de la HAS, permettre la mise en œuvre de ces bonnes pratiques par le renforcement des moyens humains et financiers)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer et faciliter les procédures de signalements et condamner les pratiques sanctionnées par la loi (Permettre l'accès de toutes les femmes à l'information concernant leurs droits, renforcer l'implication des ordres professionnels : former les membres des chambres disciplinaires professionnelles aux violences sexistes et sexuelles, renforcer la formation des forces de l'ordre et des magistrat.e.s sur les violences sexistes et sexuelles)
Abortion Rights Campaign, Irlande [22]	<p>Axée sur l'avortement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réviser la politique nationale de consentement afin de garantir aux femmes enceintes le plein droit de choisir et de refuser un traitement médical. - Décriminaliser l'avortement et mettre un terme à l'effet de refroidissement dangereux sur les prestataires de soins de santé qui compromet la qualité des soins des femmes enceintes. - Revoir d'autres domaines problématiques de la nouvelle loi sur l'avortement (tels que l'utilisation d'une terminologie ambiguë, la période d'attente obligatoire, la coupure de 12 semaines et l'accès insuffisant aux informations pour les personnes handicapées)

<p>Poradňa pre občianske a ľudské práva (Center for Civil and Human Rights), Slovaquie [25]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre comportement et attitude négative des médecins à l'égard des femmes en prenant des mesures efficaces à caractère préventif et répressif, incluant une surveillance et une sanction efficaces des violations des droits des femmes roms dans les établissements de soins - Mise en œuvre de programmes efficaces de sensibilisation des praticiens de la santé afin d'éliminer les stéréotypes et les préjugés qui favorisent le traitement discriminatoire des femmes roms. - Importance de garantir communication verbale respectueuse et active des médecins avec les femmes lorsqu'il obtient un consentement éclairé - Pouvoirs exécutif et législatif ne devraient pas s'abstenir de la responsabilité de l'État de fournir un accès à la justice en cas de violation des droits de l'homme - Création d'un organe spécial d'experts intérimaires indépendants qui enquêterait sur la pratique en question de manière complexe et fournirait aux survivants une réparation adéquate grâce à un système d'indemnisation établi
<p>Choice for youth and sexuality, Pays Bas [28]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Appel à un consensus mondial sur la façon dont les cas de mauvais traitements et de violence à l'égard des femmes et des filles qui demandent des soins de santé génésique sont définis, mesurés, documentés et évités. - Explorer les causes de la maltraitance et de la violence contre les femmes et les filles qui recherchent des soins de santé génésique, y compris l'accouchement. - Améliorer les services de santé sexuelle et génésique pour mieux répondre aux besoins spécifiques et uniques des jeunes en termes d'accès, d'informations sur les options de soins de santé génésique, de liberté de choix et de discrimination fondée sur l'âge. - Adopter une législation spéciale pour lutter contre les cas de violence contre les jeunes femmes et les filles qui demandent des soins de santé sexuelle et génésique, y compris l'accouchement, et signaler ces cas.
<p>Plateforme pour une naissance respectée, Belgique [32]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Une information systématique et complète sur l'accouchement. - Une transparence des pratiques hospitalières et extra-hospitalières - Une prévention des interventions médicales non justifiées - Un renforcement des compétences et de la complémentarité des différents-professionnels de la naissance. - Répertoire des témoignages de VO mais aussi lors de consultations gynécologiques (sur la contraception), lors d'IVG, lors de consultations prénatales
<p>Födelsehuset, Suède [38]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Accès gratuit à un suivi par une sage-femme n'importe où où la femme veut accoucher - Garantir aux femmes le droit de choisir parmi les soins obstétricaux sûrs à l'hôpital, les droits des sages-femmes sur ordonnance doivent être étendus pour inclure les médicaments d'urgence en cas de saignements et les analgésiques locaux pour suturer. - L'autorisation des sages-femmes doit être étendue pour inclure un examen approfondi du nouveau-né - Limiter les interventions à la naissance dangereuses, la législation doit garantir une représentation égale des sages-femmes à tous les niveaux régissant les naissances. - Adopter le principe des soins individuels, réduisant ainsi les interventions inutiles, le système de remboursement des salles de travail doit être modifié pour refléter la valeur plus élevée des naissances physiologiquement non perturbées. - Garantir que le droit des femmes enceintes à un consentement éclairé soit mieux respecté, le gouvernement suédois devrait légiférer pour encourager un système de contrôle périodique des dossiers des patients
<p>Pryrodni Prava Ukraina, Ukraine [39]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Créer une disposition légale pour le modèle de soins obstétricaux, y compris l'option de naissance hors de l'hôpital - Ajouter les cas de violence obstétricale au classificateur des appels des médiateurs - Élaborer des politiques d'État sur la prévention et la lutte contre la violence obstétricale dans les établissements médicaux, ainsi que sur l'aide aux victimes de violence obstétricale - Élaborer des politiques du système de santé qui guident les réponses à la violence contre les femmes conformément à la recommandation de l'OMS
<p>Roda – Parents in action, Croatie [40]</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer et intégrer les VO dans la formation de tous les personnels de santé - Exiger des cours de rattrapages réguliers pour tout le personnel de santé en service - Accroître le champ d'exercice et le nombre de sages-femmes dans le système de santé, y compris l'assistance aux accouchements à domicile - Veiller à ce que toutes les interventions pendant la grossesse et l'accouchement soient effectuées uniquement avec le consentement libre, préalable et éclairé d'une femme. - Mettre fin à la surutilisation de procédures médicales et de la pathologisation de la grossesse et de l'accouchement, et à la mise en œuvre de directives fondées sur des preuves - Fournir des services prénatals et d'accouchement aux sages-femmes, en particulier dans les zones difficiles d'accès - Veiller à ce que les femmes puissent choisir d'avoir un compagnon avec elles pendant la durée de leur travail et de leur naissance, sans imposer de restrictions indues (par exemple, paiements, participation à l'atelier). - S'assurer que les femmes se voient systématiquement proposer une anesthésie pendant l'accouchement - Mettre en place un service de santé mentale périnatale dans toutes les régions - Améliorer la collecte de données pour inclure davantage d'indicateurs de qualité des soins - Mettre en œuvre la collecte de données sur la mortalité et la morbidité maternelles de 43 jours à 1 an après l'accouchement - S'adapter aux besoins particuliers des femmes

Législations

Les informations liées à la législation quant aux violences obstétricales sont davantage présentes dans la littérature grise. De manière générale, il n’y a pas de loi de prévention ou de lutte contre ce genre de violences en vigueur en Europe, contrairement à l’Amérique Latine. Cependant, les actes de violences obstétricales prennent part dans l’atteinte de certains droits humains et ont été discutées lors de la rédaction de la Convention d’Istanbul (2011) en lien avec la Convention du Conseil de l’Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l’égard des femmes et de la violence domestique (12). Plus concrètement, seuls les avortements et les stérilisations forcées figurent pleinement dans le texte. Le Conseil de l’Europe encourage tout de même les pays membres à adopter des démarches telles que celles proposées par l’OMS et reconnaît le caractère non prioritaire du combat contre ces violences que délivrent les autorités exécutives compétentes. Pour autant, nous pouvons tout de même observer une évolution. Effectivement, à un niveau plus général, l’ONU, par le biais de la rapporteuse sur la violence contre les femmes Dubravka Šimonović [16] a proposé en 2019 un rapport sur l’adoption d’une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative. Dans la plupart des pays européens, des lois sur les droits des patients existent. Ces lois reprennent l’importance de recevoir le consentement plein, libre et éclairé de la part du patient. Or, dans les actes de violences obstétricales, comme nous pouvons le voir dans les résultats probants (tableau 3, page 24), nous retrouvons principalement le manque de consentement. Des moyens de recours judiciaires existent pour faire appliquer ces lois. La majeure partie des hôpitaux européens possèdent des moyens de recours à différents échelons. Néanmoins, d’après les contributions des pays européens à la rapporteuse de l’ONU, ces parcours de recours sont très peu utilisés, souvent pour des raisons de temps ou de manque de neutralité de la part de l’institution [19], [20], [21], [23], [28], [29], [30], [36], [39], [40], [42].

Des initiatives émergent. C’est le cas en France où un nouveau label de maternité a vu le jour : le label qualité « bientraitance », où les maternités devront respecter 14 critères dont « afficher leur taux de césarienne, d’épisiotomie, mettre en place un projet de naissance, et former les équipes à la bientraitance » [12]. Des accords entre les gouvernements et les institutions compétentes ont aussi vu le jour dans certains pays. Ces accords (Italie [18], Royaume-Uni [21], Pays-Bas [29], Pologne [31], Ukraine [39]) prennent l’apparence de nouvelles normes ou de nouvelles lignes directrices du parcours de l’accouchement et ayant pour objectifs l’humanisation et le respect de la physiologie de la naissance. Des groupes de travaux sont aussi en cours par exemple en Hongrie [32] ou en République

Tchèque [37] pour offrir des nouvelles recommandations et pour prendre en compte le manque de respect et les mauvais traitements lors de cette période.

Certains ministères des affaires étrangères sont intervenus pour apporter leur contribution à la rapporteuse de l'ONU. Ces instances se sont montrées assez évasives sur le sujet, ne s'impliquant que partiellement dans la lutte contre les violences obstétricales. Le Ministère des affaires étrangères italien [18] met en avant de manière générale le respect des textes de lois concernant la Convention d'Istanbul sur les violences à l'égard des femmes. En Slovaquie, le gouvernement [26] met l'accent sur les droits du patient en insistant sur le consentement libre et éclairé mais ne prend pas en compte les autres aspects liés aux mauvais traitements subis par les femmes au cours de l'accouchement. Il en est de même pour le Ministère des affaires étrangères polonais [31] qui évoque que cette partie de la loi en omettant les violences obstétricales. Cependant, il est important de rappeler que ces contributions ne reflètent pas la prise de conscience sur le sujet de tous les gouvernements européens.

Dans certains pays européens, des mouvements portés par des femmes pour libérer la parole sur les violences obstétricales ont eu lieu. En France et en Italie par exemple, beaucoup de témoignages ont été recensés notamment sur les réseaux sociaux à l'aide de l'hashtag #PayeTonUterus et #Bastatacere. Cette libération de la parole a permis aujourd'hui une avancée considérable dans la prise en compte du phénomène dans le domaine public ou politique. Plus concrètement, des institutions se sont créées en lien direct avec la lutte contre ces violences, c'est le cas de l'observatoire des violences obstétricales en Italie [17] ou en Espagne [19]. En France on peut citer le rapport sur « les actes sexistes pendant le suivi gynécologique et obstétrical » mené par le Haut Conseil à l'Égalité [14], demandé par la Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations.

Discussion

Dans cette étude, 42 sources ont été sélectionnées dans le but de réaliser un examen de la portée des violences obstétricales en milieu hospitalier en Europe. Nos résultats ont indiqué une variété de définitions et de termes employés confortant l'idée qu'il n'existe pas encore de consensus sur le sujet. Un examen de la portée n'a pas encore été réalisé sur le sujet en Europe. En revanche il existe des revues de la littérature qui parviennent à la même conclusion (3), (4), (21). Les méthodologies employées pour mesurer les violences obstétricales ont été multiples selon notre échantillon, dépendant dans un premier temps du type d'étude. Nous avons pu inclure des études utilisant des approches différentes : qualitative, quantitative pour la plupart transversales mais

abordant des méthodologies variées : entretiens à la maternité, plusieurs mois ou années après l'accouchement, par internet entre autres.

Des auteurs comme Savage et ses collègues (4) parlent d'un « *challenge* » pour mesurer le phénomène. Ils appuient aussi la nécessité de réaliser des études représentatives nationales en ne se limitant pas aux populations urbaines. Par ailleurs en analysant la revue de résultats probants (tableau 3, page 24), même si les caractéristiques des différentes typologies ne sont pas couvertes par toutes les recherches, on peut remarquer qu'elles présentent un nombre considérable de variables rappelant les formes diversifiées que peuvent prendre les violences obstétricales. Les typologies les plus couvertes sont le « Non-respect des normes professionnelles de soins » et une « Mauvaise relation entre les femmes et les prestataires de soins ». Le manque de consentement libre et éclairé, le manque de communication, de pudeur ou d'intimité et la prestation d'actes ou soins inadéquats ne répondant pas à des recommandations de bonnes pratiques sont les éléments cités en majorité. Leur respect est pourtant obligatoire et formulé dans divers textes de loi de santé comme les lois concernant les droits des patients cités dans la partie « Législations » ou à plus grande échelle dans la Charte européenne des droits des patients (11). Depuis les prises de paroles des femmes notamment en Amérique Latine dans les années 2000, la littérature scientifique couvrant le sujet s'est intensifiée permettant d'y porter un regard plus objectif grâce à des études représentatives possédant un haut niveau de preuve. Le Conseil de l'Europe a rappelé le caractère non prioritaire du combat contre les violences obstétricales mais il n'empêche que des initiatives ont pu voir le jour ces dernières années. C'est le cas des soins maternels respectueux ou *Respectful Maternity Care* (RMC) en anglais. Cette approche, définie comme « *une approche des soins qui met l'accent sur les droits fondamentaux des femmes, des nouveau-nés et des familles, et qui favorise un accès équitable à des soins fondés sur des données probantes tout en reconnaissant les besoins et les préférences uniques des femmes et des nouveau-nés* » (22), prend part dans les nouvelles stratégies visant à améliorer la qualité et le respect des soins en maternité. Des labels comme le MBFBF ont été récemment implémentés par la FIGO et d'autres partenaires tels que l'Association Pédiatrique Internationale, la Confédération Internationale des Sages-Femmes, la White Ribbon Alliance et l'OMS (23). Les maternités possédant ce label doivent respecter plusieurs éléments : positions d'accouchement libres, possibilité de boire et manger, pas de discrimination (VIH, planification familiale, jeunes), l'intimité, le choix de l'accompagnant, le "*Culturally Competent Care*" (capacité des prestataires et des organisations à fournir efficacement des services de santé qui répondent aux besoins sociaux, culturels et linguistiques des patients) (24), pas de maltraitance physique, verbale, émotionnelle, coûts abordables ou gratuité, pas de pratique de routine, le soulagement de la douleur non-pharmacologique et pharmacologique et enfin favoriser le peau-à-peau et l'allaitement.

Limites de la *scoping review*

A la suite de ce travail nous pouvons évoquer les quelques limites de la *review*. Tout d'abord nous pouvons évoquer le manque de littérature notamment scientifique au niveau européen. Il est vrai qu'évoquer les VO est plutôt d'actualité réduisant alors le champ concernant la littérature disponible. Des revues de la littérature ont été réalisées en se penchant sur des pays présentant un faible niveau économique en Afrique, en Inde ou en Amérique Latine (4) (7). De ce fait, les sources incluses ici ne représentent pas de manière globale la violence obstétricale en Europe mais se limitent à présenter la situation de certains pays. De plus, même si certains pays ont été couverts par la littérature, il est important de noter que le niveau de preuves, la représentativité des échantillons ainsi que la méthodologie utilisée permettent de mettre en avant des faits précis mais ne peuvent rendre de la situation exacte du pays. L'Europe a en son sein des pays avec des contextes économiques, politiques et culturels variés, ayant chacun leur propre histoire notamment concernant la santé et plus précisément de la santé maternelle. La lutte et la prévention des violences obstétricales n'est parfois pas la priorité malgré la reconnaissance des faits par le gouvernement ou le ministère de la santé.

La méthodologie de la *scoping review* est un protocole long et fastidieux à s'approprier. La qualité et le niveau de preuve du travail est totalement tributaire du chercheur. Certaines étapes prennent un temps considérable. Des outils existent pour faciliter la construction de la recherche comme les programmes de *Referencing* (Exemple : Mendeley), les différents protocoles ou encore le Prisma flow. Ces outils nécessitent aussi une appropriation afin de les utiliser adéquatement. Le Prisma Flow met l'accent sur la qualité de cette approche et permet de présenter de manière lisible la méthodologie de recherche. C'est une tâche qui, en l'absence d'outils adéquats performants, demande un travail artisanal important de comptages et de calculs. Néanmoins, cette méthodologie, contrairement à une revue systématique de la littérature permet une certaine flexibilité dans la recherche et surtout une liberté dans la nature des sources à inclure pour tenter d'offrir une vision globale de la thématique. Pour le sujet traité, la technique était adaptée car beaucoup de littératures proviennent de sources profanes de la littérature grise. Inclure de la littérature grise a permis d'élargir les données collectées et de rendre compte de plusieurs avis sur la thématique. Cependant, nous avons été confrontés à un spectre peut être trop large au vu de la place du sujet dans le domaine public et de l'implication de certaines organisations. C'est pour cela que nous avons décidé de garder les contributions à la rapporteuse de l'ONU, permettant de cibler les pays européens avec les données essentielles. Néanmoins en procédant ainsi, il existe un biais. Effectivement les différentes organisations répondantes sont des institutions défendant les droits maternels et actifs dans la lutte et la prévention des violences obstétricales impliquant alors une prise de position. Les réponses à cette demande de

contributions ont aussi été inégales : certaines organisations ont réalisé des études sur le sujet, d'autres mettent en avant les témoignages reçus dans leurs bureaux mais certains contributeurs ont été moins complets dans leur réponse. Nous n'avons pas intégré de revues de la littérature dans ce travail au vu des similitudes dans la méthodologie de recherche avec ce même travail. Pour un futur travail il peut être intéressant de prendre en compte les résultats d'une telle méthode afin d'étoffer les preuves sur la thématique.

Conclusion

L'objectif de cette *scoping review* a été de mettre en avant la littérature européenne sur les violences obstétricales, principalement sur les termes employés pour caractériser le sujet mais également de sa définition propre. Nous avons aussi répertorié les différentes méthodes qui ont été appliquées dans les études pour évaluer les faits de VO et présenter les résultats probants, les recommandations et la législation existantes sur la thématique. Nous avons pu recenser un manque de consensus dans la littérature pour définir le sujet : violences obstétricales, mauvais traitement, actes sexistes durant le suivi obstétrical ou encore violence à l'égard des femmes pendant l'accouchement. Nous avons décidé de présenter les différentes formes de violences rencontrées dans les écrits grâce à six des sept typologies (autre que l'abus sexuel) proposées par Bohren (7). Elles permettent de rendre compte de la diversité des violences que peuvent subir une femme pendant son accouchement (violences physiques, violences verbales, stigmatisation et discrimination, non-respect des normes professionnelles de soins, mauvaise relation entre les femmes et les prestataires de soins, et conditions et contraintes de système de santé) et d'y intégrer les différents sous-thèmes associés à ces typologies. Les méthodes employées pour mesurer la prévalence des VO sont aussi multiples et une étude portant spécifiquement dessus (3) recommande aux auteurs de tenter d'atteindre trois objectifs : « *mesurer les fréquences de maltraitance perçues par les participants et observées par l'investigateur dans les contextes de santé maternelle, évaluer les facteurs de niveau macro et micro qui conduisent aux mauvais traitements et évaluer l'impact des mauvais traitements sur les résultats de santé des femmes et de leurs nouveau-nés* ».

Beaucoup d'efforts sont encore demandés de la part des politiques pour revoir les modèles de soins gynécologiques et obstétricaux afin d'assurer le respect des recommandations mondiales de bonnes pratiques. Des campagnes de lutte et de prévention contre les violences obstétricales seraient aussi une initiative à encourager de la part du monde politique. De plus, il serait intéressant, comme beaucoup de sources l'ont abordé dans la partie « Recommandations », de revoir les études de

médecine en renforçant les notions de communication, de délivrance de l'information aux patients et de la demande essentielle du consentement libre et éclairé. L'autonomie de la patiente et sa place dans la prise de décision sont aussi des éléments cruciaux qui doivent être pris en considération. D'un point de vue épidémiologique, une grande demande de la part des institutions défendant les droits maternels, est de recenser les événements, les étudier, puis systématiser leurs analyses pour permettre aux services et professionnels de santé de s'en saisir pour améliorer les soins. En d'autres termes, le sujet a été pris en considération, la situation évolue et tend à s'améliorer mais il reste encore trop d'efforts à fournir pour que les conditions et les choix proposés aux femmes enceintes soient optimaux.

En outre, certains professionnels, notamment des gynécologues, ont pris la parole pour dénoncer ce qu'on appelle le *medical bashing*, ou le fait d'incriminer une profession médicale. De leur point de vue, associer les termes « violences » et « obstétricales » viendrait à dénigrer la profession tout en réduisant la confiance que peuvent accorder les femmes enceintes au corps médical.

Un manque incontestable de littérature probante existe. Nous encourageons donc les chercheurs, le corps scientifique et médical, à s'attarder sur le sujet pour réaliser des enquêtes nationales représentatives sur le vécu et les expériences d'accouchements et des conséquences de certains actes sur la santé maternelle et infantile, pouvant être considérés comme de la violence obstétricale.

Références

1. Morel M. Histoire de la naissance en France (XVIIe-XXe siècle). *ADSP*. 2008;61(62):22–8.
2. Organisation des Nations Unies. Objectifs du Millénaire pour le développement, Rapport 2015. [Internet]. New York: Way C; 2015 [cited 2020 Mar 1]. Available from : https://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf
3. Savage V, Castro A. Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches Prof. Suellen Miller. *Reprod Health*. 2017;14(1):1–27.
4. Hill K, Bowser D. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth Report of a Landscape Analysis. *Usaid*. 2010;1–57.
5. Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwiga C, Warren CE, et al. Defining disrespect and abuse of women in childbirth : a research , policy and rights agenda. 2014;(March):915–7.
6. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e3069.
7. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Diniz A, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally : A Mixed-Methods Systematic Review. 2015;(1):1–32.
8. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La prévention et l' élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l' accouchement dans des établissements de soins DÉCLARATION DE L'OMS. [Internet]. Genève: Editions de l'OMS; 2014 [cited 2020 Mar 1]. Available from : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf;jsessionid=FAD9994011118B1529F841A7DE601635?sequence=1
9. The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood. Respectful maternity care: The universal rights of childbearing women. [Internet]. Washington DC: White Ribb Alliance Safe Mother; 2011 [cited 2020 Mar 1]. Available from: http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf
10. Nations Unies Assemblée générale. Déclaration Universelles des Droits de l'Homme La Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 217A (III) du 10 décembre 1948. In Paris; 1948.

11. Inglese SA, Moro G, Blaes P, Iglezakis I, Inglese A, McMahon SA, et al. Charte européenne des droits des patients. Bruxelles; 2002.
12. Nations Unies Assemblée générale [Internet]. HCDH Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes; 1993 [cited 2020 Mar 13]. Available from: <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>
13. Organisation Mondiale de la santé (OMS). Recommandations de l'OMS Sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement (résumé). [Internet]. Genève: Editions de l'OMS; 2018 [cited 2020 Mar 3]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
14. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):141–6.
15. Université de Montréal [Internet]. Ouvrages de référence en sciences de la santé. (n.d.) [cited 2020 May 19]. Available from: <https://bib.umontreal.ca/sciences-sante/ouvrages-reference-sciences-sante?tab=999>
16. Cochrane Belgium [Internet]. Premiers secours pour revues systématiques: Archive. (n.d.) [cited 2020 May 19]. Available from: <https://belgium.cochrane.org/fr/node/50#Q24>
17. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169:467–473. doi: 10.7326/M18-0850
18. GRADE CERQual [Internet]. What is the GRADE CERQual Approach; 2018. [cited 2020 May 11]. Available from: <https://www.cerqual.org/>
19. Mambourg F, Gailly J, Wei-Hong Z. Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. *Good Clinical Practice (GCP)*. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2010. KCE Reports 139B. D/2010/10.273/63.
20. Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: Collège de la Haute Autorité de San; 2017.
21. Franeczek MF. Violence obstétricale : essai de définition à partir de la littérature scientifique [Mémoire en ligne]. Marseille: École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée; 2018 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas->

01946490/document

22. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG*. 2018;125(8):932-942.
doi:10.1111/1471-0528.15015
23. Miller S, Lalonde A. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother–baby friendly birthing facilities initiative. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.2015;1(131):S49-S52.
24. Betancourt JR, Green AR, & Carrillo JE. Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches. New York: The Commonwealth Fund. 2002.

i

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau présentant les niveaux de preuve selon CERQual

Level	Definition
High confidence	It is highly likely that the review finding is a reasonable representation of the phenomenon of interest
Moderate confidence	It is likely that the review finding is a reasonable representation of the phenomenon of interest
Low confidence	It is possible that the review finding is a reasonable representation of the phenomenon of interest
Very low confidence	It is not clear whether the review finding is a reasonable representation of the phenomenon of interest

Annexe 2 : Collecte des données

- ETUDES UTILISANT UNE APPROCHE QUALITATIVE

Numéro	1
Référence	Beck, C. T. (2018). I N F OCUS A Secondary Analysis of Mistreatment of Women During Childbirth in Health Care Facilities. <i>Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing</i> , 47(1), 94–104. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.08.015
Pays concerné	Royaume-Uni
Population étudiée	40 Mères ayant eu des expériences d'accouchement traumatisants (dont 3 en RU)
Méthode d'évaluation employée	Recrutement via critères (accouchement traumatisant) Echantillon via internet Aborde les typologies décrites par Bohren et al (2015).
Résultats significatifs	Six des sept catégories de Bohren et al. (2015) typologies des mauvais traitements infligés aux femmes lors de l'accouchement ont été identifiés : Le viol ou les abus sexuels étaient le seul thème non signalé. Non - respect des normes professionnelles de soins, mauvais rapport entre les femmes et fournisseurs de services, violence verbale, violence physique, conditions / contraintes du système de santé et stigmatisation / discrimination

Numéro	2
Référence	Stankovic, B. (2017). Women's Experiences of Childbirth in Serbian Public Healthcare Institutions: a Qualitative Study. 803–814. https://doi.org/10.1007/s12529-017-9672-1
Pays concerné	Serbie
Population étudiée	15 femmes primipares âgées de 26 à 49 ans ayant récemment accouché dans différents établissements publics de santé à Belgrade (pas représentatif de la population nationale des femmes ayant accouché)
Méthode d'évaluation employée	Etude qualitative exploratoire à l'aide d'entretiens semi-structurés
Résultats significatifs	Quatre thèmes : sentiment d'isolement et d'abandon (pas de possibilité d'être accompagnée, ne pas pouvoir partager sa peur et son anxiété), manque de communication, manque de relations bienveillantes (instrumentalisation, relation peu soutenue entre les acteurs..) et manque de contrôle et de libre arbitre (manque d'autonomie et de pouvoir dans les décisions). Les aspects de l'environnement institutionnel considérés comme pénibles dus aux relations distantes et froides avec les prestataires de soins de santé. +Recommandations

Numéro	3
Référence	Garcia, A. (2020). Violences obstétricales ,. Sages-Femmes, 1, 33–36. https://doi.org/10.1016/j.sagf.2020.01.020
Pays concerné	France
Population étudiée	20 femmes ayant subies des VO et ayant accouché à pd 2015 + sélection via « candidature » sur Facebook
Méthode d'évaluation employée	Etude axée sur 3 axes : le type et les conséquences des violences, la judiciarisation des faits et le soutien après les événements Entretiens semi-directifs
Résultats significatifs	VO (définition du HCE) : Témoignages de manque de soutien ou de communication, déficit d'information, consentement non-demandé, en contact avec des personnes désagréables : remarques déplacées Douleur non prise en compte, violences physiques / menaces/mensonges, sentiment d'abandon Conséquences : Tristesse, angoisse, dépression, symptômes physiques (d+ abdo, périnéales ou dyspareunies), appréhension à l'idée d'une future grossesse, perte confiance et méfiance envers le système médical, troubles relations avec l'enfant et tensions dans le couple Judiciarisation : Certaines (13/20) ont demandé à voir leur dossier médical les autres ne savaient pas que cela était possible (pas de connaissance des droits en la matière) ou ont été découragées par les soignants 3 courriers ont été envoyés à l'hôpital dont 2 sans réponses 1 femme a porté plainte à l'ordre des médecins // découragement, dissuasion de la part du personnel soignant

Numéro	4
Référence	Rudigoz, R.C., Milliez J., Ville Y., Crepin G. (2018). "De La Bienveillance En Obstétrique . La Réalité Du Fonctionnement Des Maternités ." Bull. Acad. Natle Méd. (7): 1323–40.
Pays concerné	France
Population étudiée	Témoignages de mauvaises expériences
Méthode d'évaluation employée	Témoignages étayés par des observations indiscutables et relayés par les forums de discussion ayant fourni la matière à un certain nombre d'ouvrages très critiques
Résultats significatifs	Pas de statistiques précises mais remarques provenant de leur recherches et de leur auditions – Pour les maternités de toutes tailles -Manque d'information -Non-respect de l'autonomie -Caractère parfois imparfait d'une analgésie lors d'une pratique invasive (épisiotomies, extractions instrumentales, révisions utérines, césariennes) -Manque d'écoute et de prise en charge vis-à-vis de la douleur -Analgésie inadaptée -Actes ou soins inadéquates et ne répondant pas à des RPC -Non-respect de la pudeur et de l'intimité -Impossibilité de recourir au peau à peau faute de personnel disponible

Numéro	5
Référence	Cipolletta, S., & Sperotto, A. (2012). <i>From the hospital organisation to the childbirth practice : Italian women ' s experiences.</i> 30(3), 326–336.
Pays concerné	Italie
Population étudiée	20 primipares italiennes (pas de femmes d'autres nationalités pour éviter les problèmes de barrière linguistique) ayant accouché dans un grand hôpital public du nord de l'Italie (Vérone)
Méthode d'évaluation employée	Entretiens semi-structurés pendant les 3 jours suivant la naissance de leur enfant.
Résultats significatifs	Modèle organisationnel de l'hôpital centré sur humanisation des soins et des services centrés sur le patient, ces directives ne correspondent pas aux expériences réelles des femmes (beaucoup d'induction à l'ocytocine, peu de péridurale car met plus l'accent sur l'accompagnement émotionnel) Leurs expériences réelles se sont caractérisées par leur confiance envers le personnel hospitalier et leur volonté de renoncer au contrôle interne (peur et douleur) pour accepter des interventions médicales. Ces facteurs étaient liés au contrôle externe (se mettre entre les mains du personnel médical notamment pour la gestion de la douleur) que les femmes acceptaient afin de préserver leur enfant et leur propre sécurité. Hypothèse que le facteur discriminant pour déterminer la satisfaction est la perception du contrôle et la participation au processus décisionnel. Les femmes ont également perçu négativement le contexte du travail, ce qui a affecté leur sentiment de peur. Une partie a maintenu une opinion positive et exprimé une satisfaction globale à l'égard de l'hôpital, même s'ils ont rencontré des difficultés pendant le travail.

• ETUDES UTILISANT UNE APPROCHE QUANTITATIVE

Numéro	6
Référence	Baranowska, B., Doroszewska, A., Kubicka-kraszny, U., Pietrusiewicz, J., Adamska-sala, I., Kajdy, A., Sys, D., Tataj-puzyna, U., & Crowther, S. (2019). Is there respectful maternity care in Poland ? Women ' s views about care during labor and birth. <i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> , 19(520), 1–9.
Pays concerné	Pologne
Population étudiée	8378 Femmes ayant accouché entre 2017 et 2018
Méthode d'évaluation employée	Enquête transversale avec questionnaire en ligne
Résultats significatifs	Utilise la définition de Bohren et al. (2015) L'étude montre que pendant les soins périnataux polonais, les femmes subissent des soins irrespectueux et abusifs. La plupart des abus et du manque de respect impliquaient une violation du droit à la vie privée, du droit à l'information, du droit à un traitement égal et du droit de ne pas subir de violence Malgré l'ampleur des abus et de la violence subis par les femmes dans cette étude, que 15,5% ont reconnu que pendant leur hospitalisation leurs droits avaient été violés. Faible sensibilisation aux abus et aux plaintes signalés dans l'étude peut résulter de l'ignorance des femmes concernant les lois pertinentes relatives aux droits de l'homme.

Numéro	7
Référence	Begley, C., Sedlicka, N., & Daly, D. (2018). Respectful and disrespectful care in the Czech Republic : an online survey. <i>Reproductive Health</i> , 15(198), 1–11.
Pays concerné	République Tchèque
Population étudiée	52 Sages-femmes et doulas travaillant dans des hôpitaux différents et/ou à domicile
Méthode d'évaluation employée	Enquête en ligne par questionnaire visant à connaître les niveaux de soins de maternité respectueux Etude quantitative via questionnaires qualitatifs
Résultats significatifs	-Surveillance fœtale électronique pendant le travail normal (n = 40, 91%) -Le rasage du périnée (n = 10, 29%) -Positions semi-allongées pour l'accouchement (n = 31, 65%) ou allongées à plat (n = 15, 31%) à l'hôpital et debout à la maison (n = 27, 100%) -Taux moyen d'épisiotomie et d'induction de travail estimées à 40 et 26%, plus élevées que les normes acceptées -46% ont déclaré que les raisons des examens vaginaux n'avaient pas été expliquées aux femmes dans les hôpitaux et 21 (51%) ont déclaré que le consentement n'était «jamais» demandé -À la maison, 25 (89%) ont dit que les raisons avaient été expliquées et la permission «toujours» demandée (n = 22, 81%) Treize (32%) ont déclaré que les cliniciens hospitaliers expliquaient pourquoi la rupture artificielle des membranes était nécessaire, mais seulement dix (25%) ont dit qu'ils avaient «toujours» demandé la permission. La majorité a déclaré que les cliniciens hospitaliers «n'ont jamais» / «presque jamais» expliqué les raisons pour effectuer une épisiotomie (13 = 34%), obtenu la permission (n = 20, 54%) ou donné une anesthésie locale (n = 19, 51%). - 17 (100%) ont déclaré que les sages-femmes à domicile expliquaient les raisons de l'épisiotomie et demandaient la permission. Lorsque les cliniciens étaient en désaccord avec les décisions des femmes, 13 (35%) des répondants ont déclaré que les femmes pourraient être dites de «faire face aux conséquences», six (16%) ont déclaré que la `` pression psychologique `` ressentie avait amené les femmes à `` abandonner et donner leur permission `` , et quatre (11%) ont déclaré que l'intervention serait effectuée «contre sa volonté»

Numéro	8
Référence	Ravaldi, C., Skoko, E., Battisti, A., Cerizzo, M., & Vannacci, A. (2018a). Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey. <i>European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology</i> , 224, 208–209. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.03.055 Ravaldi, C., Skoko, E., Battisti, A., Cerizzo, M., & Vannacci, A. (2018b). Data in Brief Sociodemographic characteristics of women participating to the LOVE-THEM (Listening to Obstetric Violence Experiences THrough Enunciations and Measurement) investigation in Italy. <i>Data in Brief</i> , 19, 226–229. https://doi.org/10.1016/j.dib.2018.04.146
Pays concerné	Italie
Population étudiée	424 femmes entre 20 et 60 ans ayant un ou des enfants entre 0 et 14 ans Echantillon représentatif de la population nationale des femmes ayant accouché
Méthode d'évaluation employée	Questionnaires en ligne

Résultats significatifs	21.2% déclarent avoir subies des VO 33% se sont senties mal accompagnées 34.5% non-respect de l'intimité et de la pudeur 14.5% ne veulent plus retourner dans le même hôpital 5.9% ne veulent plus d'autres enfants à cause des VO subies + Recommandations
-------------------------	--

• LITTERATURE RECUEILLANT DES PROPOS DE PROFESSIONNELS

Numéro	9
Référence	Phan, E., & Evrard, A. (2017). À propos du débat sur les violences obstétricales. Position du CIANE About the debate on gynaecological violence. <i>CIANE thinking. Revue de Médecine Périnatale</i> , 9(4), 201–202. https://doi.org/10.1007/s12611-017-0444-6
Pays concerné	France
Type de document	Lettre ouverte
Résultats significatifs	Aborde le phénomène #payetonuterus tel un buzz avec des effets positifs (libération de la parole, prise en compte du sujet) et effets négatifs (de la part des professionnels car expression d'un désarroi, d'un découragement, medical bashing) +Recommandations

Numéro	10
Référence	Mulin, B., & Burguet, A. (2017). À propos du débat sur les violences obstétricales. Position de la FFRSP About the debate on gynaecological violence. <i>FFRSP thinking. Revue de Médecine Périnatale</i> , 9(4), 199–200. https://doi.org/10.1007/s12611-017-0443-7
Pays concerné	France
Type de document	Lettre ouverte
Résultats significatifs	Polémique autour des VO : « Les professionnels de la périnatalité, acteurs d'une indiscutable diminution de la morbidimortalité maternelle, se sont sentis légitimement blessés sans pour autant mettre en doute la parole des usagers » Lien entre les usagers et les professionnels de la périnatalité qu'offrent les réseaux de santé en périnatalité + Les moyens d'action des RSP sont multiples et permettent de balayer les champs des sécurités physique et émotionnelle C'est la publication des indicateurs de santé périnatale et notamment celui du taux d'épisiotomie en France qui a amené à l'apparition du concept de violences obstétricales dans les medias → Réflexion sur les indicateurs chiffrés

Numéro	11
Référence	Hervé, C., & Ville, Y. (2017). Lettre ouverte : « Quelle leçon tirer de la récente controverse française sur l'épisiotomie ? » ou la généralisation d'une véritable éthique des pratiques en clinique humaine. <i>Medicine and Public Health</i> , 3, 397–400. https://doi.org/10.1016/j.jemep.2017.09.008
Pays concerné	France
Type de document	Lettre ouverte
Résultats significatifs	Insiste sur le côté éthique Dénonce les maltraitances + met en garde l'expression facile d'une telle réprobation par les média (VO), laquelle concerne toute une discipline, y compris les équipes qui ne pratiquent l'épisiotomie que dans 5 % des cas, a contrario de celles qui les pratiquent excessivement en dehors d'une utile et juste mesure ! Ne pas incriminer toute la profession : « Des mots et des expressions employés récemment comme « le tabou des violences obstétricales » effectuées par les professionnels, attisent un sentiment d'injustice et en même temps élaboussent, par leur caractère infamant, tous les praticiens » De leur part, conséquence d'une absence d'une autoévaluation par les professionnels dans leurs pratiques en ce qui concerne la légitimité de l'acte, ses conséquences et leurs acceptations par les personnes, ainsi considérées comme acteurs de la relation

Numéro	12
Référence	Manaouil, C. (2018). La relation sage-femme / patiente peut-elle être violente ? <i>La Revue Sage-Femme</i> . https://doi.org/10.1016/j.sagf.2018.06.002
Pays concerné	France
Type de document	Article scientifique

Résultats significatifs	Reprend des éléments sur les VO mais aussi sur les suivis gynécologiques + en pratique sur des gestes professionnels à éviter et des cas réels qui se sont déroulés. Recommandations envers les professionnels Critères des hôpitaux MBFBF (Mother–baby friendly birthing facilities)
-------------------------	---

Numéro	4
Référence	Rudigoz, R.C., Milliez J., Ville Y., Crepin G. (2018). "De La Bienveillance En Obstétrique . La Réalité Du Fonctionnement Des Maternités ." Bull. Acad. Natle Méd. (7): 1323–40.
Pays concerné	France
Type de document	Lettre ouvert
Résultats significatifs	Académie Nationale de Médecine Définition des VO Initiatives à encourager Recommandations directement orientées pour les professionnels (médecins)

Numéro	13
Référence	Scambia, G., Viora, E., Chiantera, A., Colacurci, N., & Vicario, M. (2018). "Obstetric violence": Between misunderstanding and mystification. <i>European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology</i> , 228, 331. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.06.012
Pays concerné	Italie
Type de document	Lettre ouverte
Résultats significatifs	Lettre des Présidents des sociétés scientifiques SIGO (Société italienne de gynécologie et d'obstétrique), AOGOI (Association des gynécologues hospitaliers italiens d'obstétrique), AGUI (Association des gynécologues universitaires italiens) et FNPO (Fédération nationale des ordres de profession de sage-femme) en référence au doc "Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: a community-based survey" de Ravaldi Critique l'étude sur sa représentativité, sur la méthodologie employée, et sur le sujet lui-même

- LITTÉRATURE GRISE

Numéro	14
Référence	Bousquet, D., Couraud, G., & Collet, M. (2018). <i>Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes.</i>
Pays concerné	France
Type de document	Document officiel Français
Résultats significatifs	#Payetonutérus + définition (!! prend aussi en compte les suivis gynécologiques) : Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant.e.s — de toutes spécialités — femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant.e.s. Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves + 6 catégories + 26 recommandations

Numéro	15
Référence	Assemblée Parlementaire. (2019). <i>Violences obstétricales et gynécologiques - Commission sur l'égalité et la non-discrimination.</i>
Pays concerné	Pays membres de l'Union Européenne
Type de document	Document officiel
Résultats significatifs	En lien avec la convention d'Istanbul sur la prévention des violences faites aux femmes. Définition : actes non appropriés ou non consentis, tels que des épisiotomies et des touchers vaginaux pratiqués sans consentement, l'utilisation de l'expression abdominale ou la non-utilisation de l'anesthésie pour des interventions douloureuses. Des comportements sexistes ont aussi été recensés lors de consultations médicales + manque d'effectif, surcharge de travail → pas la priorité pour le moment (attend des pays membres qu'ils respectent les recommandations de l'OMS) La violence à l'égard des femmes, comprise en tant que violation des droits de la personne et forme de discrimination contre les femmes, est interdite par la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul)

Numéro	16
Référence	ONU. (2019). <i>Assemblée générale - Adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales.</i>
Pays concerné	Pays membres des Nations Unies
Type de document	Document officiel
Résultats significatifs	<p>VO analysées comme s'inscrivant dans le prolongement des violations commises plus largement du fait des inégalités structurelles, de la discrimination et du patriarcat, et qui sont aussi la conséquence d'une sensibilisation et d'une formation insuffisantes et du non-respect de l'égalité de statut des femmes et de leurs droits</p> <p>La définition de la violence à l'égard des femmes inscrite à l'article premier de la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, s'applique à toutes les formes de mauvais traitements et de violence infligés aux femmes dans les services de santé sexuelle et lors de l'accouchement : « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » même si définition VO pas de consensus</p> <p>« violences obstétricales » tout acte de violence subi par les femmes lorsqu'elles accouchent en établissement de soins.</p> <p>Emploi également du terme « violences faites aux femmes pendant l'accouchement »</p> <p>La Rapporteuse spéciale a choisi de ne retenir que les termes « mauvais traitements » et « violences faites aux femmes » dans le présent rapport.</p>

- CONTRIBUTIONS DES PAYS EUROPEENS A L'ONU

Numéro	17
Référence	Skoko, E., & Battisti, A. (2019). <i>Osservatorio sulla Violenza Ostetrica Italia OBJECT : Submission on Obstetric Violence in Italy</i> (pp.1-17).
Pays concerné	Italie
Institution contributaire et rôle	Observatoire des violences obstétricales Initiative de la société civile pour recueillir témoignages, données et recherches sur question de la violence obstétricale et promouvoir des soins respectueux de la mère et du bébé pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum et l'allaitement, dans le cadre des Droits de l'homme.
Définition utilisée	Définition et typologies de l'OMS (Bowser & Hill, 2010)
Etendue des VO	1942 répondantes : 55,5% (1294) déclarent avoir subi des abus et un manque de respect lors de l'accouchement, 11,2% ne savent pas. 35% (453) déclarent explicitement l'absence de véritable consentement éclairé.
Consentement plein et éclairé ?	La Cour suprême déclare que le consentement éclairé est lié au droit à l'autodétermination dans le choix d'un traitement médical et c'est l'acte qui légitime l'intervention médicale. Mais en pratique « zone grise »
Initiatives	Etude quantitative réalisée par l'observatoire, sondage d'opinion communautaire sur un échantillon national représentatif après #Bastacere
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Pas de mécanisme spécifique en place dans les établissements de santé pour garantir réparation aux victimes de mauvais traitements et de violence lors de l'accouchement Les lignes directrices de l'OMS et l'appel à l'action contre les abus et le manque de respect lors de l'accouchement ne sont pas pris en considération.

Numéro	18
Référence	Ministry of Foreign Affairs and International Cooperation (2019). <i>Italy's contribution, in view of next study to be submitted before Unga 74, by UN special rapporteur on violence against women, its causes and consequences</i> (pp.1-5).
Pays concerné	Italie
Institution contributaire et rôle	Ministère des affaires étrangères Italien
Définition utilisée	Pas de définition utilisée
Etendue des VO	Déclare que le pays respecte les droits (convention d'Istanbul, équité, non-discrimination, respect des Droits de l'Homme Interventions + dans les domaines des violences faites aux femmes avec stratégies + politiques + recommandations

	Ne présente pas de chiffres sur VO
Consentement plein et éclairé ?	Non abordé
Initiatives	2010 : accord entre gouvernement et régions d'un plan d'humanisation des soins dans le parcours de naissance (garantir intimité, dignité, information adéquate, la présence d'une personne de choix, la physiologie de l'accouchement, une assistance adéquate)
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Non abordé

Numéro 19

Référence	Observatorio Violencia Obstétrica. (2019). <i>Call for submissions: Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth</i> (pp.1-12).
Pays concerné	Espagne
Institution contributaire et rôle	Observatoire des violences obstétricales Organe multidisciplinaire de l'association El Parto es Nuestro créé en 2014 pour dénoncer l'incidence des pratiques de violences obstétricales
Définition utilisée	Violences liées à -Des commentaires blessants -Au fait d'empêcher les femmes de s'exprimer tout au long du processus -Des commentaires liés à la sexualité des femmes ou qui ridiculisent, infantilisent ou minimisent leur expérience ou leur douleur -Un manque d'information -Au fait d'effectuer des procédures médicales sur une base régulière, même lorsqu'elles ne sont pas nécessaires pour faciliter le processus ou accélérer les temps (comme l'abus d'ocytociques pour accélérer le travail) -Au fait d'ignorer les souhaits et les opinions des femmes et de leurs familles -Au défaut de fournir des soins médicaux adéquats et en temps opportun -Au fait de forcer les femmes pour choisir l'une ou l'autre méthode de contraception -Des stérilisations forcées.
Etendue des VO	La liberté de mouvement des femmes pendant le travail est souvent limitée et elles sont soumises à l'épisiotomie, à la rupture artificielle de la poche des eaux, à l'administration d'ocytocine synthétique. Les déclenchements électifs sont courants et le nombre élevé de césariennes Travail dans environnement peu accueillant et intime, dans lequel la femme en travail est soumise à des pratiques médico-chirurgicales à propos desquelles elle n'est pas consultée et reçoit constamment des ordres sur ce qu'elle doit ou ne doit pas faire. Pas de choix dans la position d'accouchement Humiliation, ignorance Pas d'intimité Plusieurs personnes en salle Manœuvres de Kristeller Séparation mère enfant Manque d'information Architecture des salles d'accouchement dépersonnalisée Pas de pouvoir dans la prise de décision Césarienne sans anesthésie
Consentement plein et éclairé ?	Cf précédemment
Initiatives	La section espagnole de l'organisation Médicos del Mundo a étudié le nombre de césariennes et d'épisiotomies (>Recommandations OMS), dénonce que «les césariennes et l'épisiotomie, ce sont des procédures que les femmes peuvent difficilement refuser, surtout si l'argument médical est qu'elles sont nécessaires pour préserver la santé et la vie de la mère et de son bébé ». + : "Il n'y a pas de données sur les autres formes de violence obstétricale, seuls les témoignages de femmes que différentes associations, plates-formes et femmes, individuellement ou en groupe, collectent. 2000 : Wagner (responsable santé maternelle et infantile OMS) : 89% épisiotomie puis diminution à 42% national Ministère de la santé : Stratégie de soin lors du travail normal dans le système de santé national : Politiques + programmes de formation mis en œuvre, subventions accordées aux communautés autonomes pour «adapter et systématiser les indications de césariennes urgentes et programmées afin de réduire leur variabilité injustifiée et ainsi améliorer l'efficacité et la sécurité de cette intervention dans l'ensemble du système national de santé » ; et «réorienter les soins actuels vers ceux qui nécessitent moins d'intervention et de médicalisation [...] et de participation des femmes enceintes [...], davantage axés sur les besoins de chaque femme » Ministère de la Santé : «Ligne directrice de pratique clinique sur les soins pour un accouchement normal» :recueil des meilleures preuves scientifiques des soins à l'accouchement. D'autres guides ont suivi,

	comme le « Document sur les normes et recommandations pour la maternité hospitalière », dont la conformité et l'efficacité ont été, à la lumière des chiffres et des études cités, très médiocres.
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Il existe des mécanismes officiels de plainte et de recours, mais ne sont pas efficaces. Le pouvoir judiciaire, le parquet et les opérateurs juridiques en général ont tendance à exclure, consciemment ou inconsciemment, les femmes enceintes des lois protégeant les droits humains contre les applications de la médecine. L'argument implicite - et faux - est que soumettre les femmes enceintes à l'autorité médicale protège leurs enfants.

Numéro	20
Référence	Mother Hood. (2019). <i>Betreff: Submission Report on Mistreatment and violence against women during childbirth</i> (pp. 1–5).
Pays concerné	Allemagne
Institution contributaire et rôle	Mother Hood Organisation caritative nationale fondée en 2015 pour protéger les mères et les bébés pendant la grossesse, l'accouchement et la première année
Définition utilisée	Compare aux typologies de Bohren (2015)
Etendue des VO	Depuis 2013, possibilité de publier histoires tous les 25 novembre sur page Facebook de « Roses Revolution Deutschland » : mouvement populaire contre la violence obstétricale. Depuis 5 ans : 396 récits de violences obstétricales publiés
Consentement plein et éclairé ?	Selon loi allemande sur les patients, un consentement plein et éclairé est nécessaire pour tout type de soins et de traitement. Signalements par femmes que loi pas respectée
Initiatives	Non abordé
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	En théorie, les femmes disposent de mécanismes de recours. Mais en pratique : réduits au silence: « on leur dit d'être reconnaissants et heureux d'avoir un bébé en bonne santé »

Numéro	21
Référence	AIMS. (2019). <i>Submission to the UN Special Rapporteur</i> . (pp.1–4).
Pays concerné	Royaume Uni
Institution contributaire et rôle	AIMS (Association for Improvements in the Maternity Services) Principal défenseur des améliorations des soins de maternité au Royaume-Uni
Définition utilisée	Pas de définition générale proposée pour les VO
Etendue des VO	Pas de chiffres ou de références à des études sur les VO mais témoignages : sutures sans anesthésie, contraintes physiques, examens vaginaux sans consentement éclairé, humiliées et maltraitées verbalement. Mots des femmes pour décrire accouchement : « brutal », « barbare », « torture », « comme le viol » et « déshumanisé »
Consentement plein et éclairé ?	D'après AIMS < témoignages femmes : consentement éclairé pas toujours appliqué
Initiatives	Efforts déployés le NHS (National Health Services) pour assurer naissances plus physiologiques, améliorer les environnements hospitaliers, création de centres de naissance et prestation de services de naissance à domicile → d'après expérience de l'AIMS, ces services ne sont pas proposés en routine
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Existence de mécanismes de responsabilisation adéquats pour accorder réparation aux femmes qui ont subi des mauvais traitements et des violences obstétricales. La réalité est cependant très différente : « les notes des professionnels dans les dossiers médicaux sont présentées comme des preuves plus importantes que les dires des femmes » (+pas d'indépendance, seulement 1 an pour porter plainte)

Numéro	22
Référence	Abortion Rights Campaign (ARC), Disabled Women Ireland (DWI). (2019). <i>Submission to the United Nations Special Rapporteur on Violence against Women on mistreatment and violence against women during reproductive healthcare in Ireland and Northern Ireland</i> . 1–12.
Pays concerné	Irlande
Institution contributaire et rôle	The Abortion Rights Campaign (ARC) : Réalisation de soins d'avortement gratuits, sûrs et légaux partout en Irlande, pour tous ceux qui le souhaitent ou en ont besoin.

	Disabled Women Ireland (DWI) : Voix nationale pour les besoins et les droits des femmes, des personnes trans et non-binaires, handicapées
Définition utilisée	Pas de définition générale proposée pour les VO
Etendue des VO	Informations essentiellement sur l'avortement
Consentement plein et éclairé ?	Consentement libre et éclairé dans les textes loi liés aux droits du patient mais quand il s'agit des femmes enceintes : Le consentement d'une femme enceinte est requis pour toutes les interventions sanitaires et sociales. Cependant, en raison des dispositions constitutionnelles sur le droit à la vie des «enfants à naître», il existe une incertitude juridique importante quant à l'étendue du droit d'une femme enceinte de refuser un traitement dans des circonstances où le refus mettrait la vie d'un fœtus viable en danger.
Initiatives	Recommandations -Réviser la politique nationale de consentement afin de garantir aux femmes enceintes le plein droit de choisir et de refuser un traitement médical. -Décriminaliser l'avortement et mettre un terme à l'effet de refroidissement dangereux sur les prestataires de soins de santé qui compromet la qualité des soins des femmes enceintes. -Revoir d'autres domaines problématiques de la nouvelle loi sur l'avortement (tels que l'utilisation d'une terminologie ambiguë, la période d'attente obligatoire, la coupure de 12 semaines et l'accès insuffisant aux informations pour les personnes handicapées)
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Non abordé

Numéro	23
Référence	AIMS Ireland. (2014). <i>"What Matters to YOU?" Report on Consent in the Irish Maternity System.</i>
Pays concerné	Irlande
Institution contributaire et rôle	AIMSI (Association for improvements of Maternity Services Ireland) Soutient les droits humains d'une femme et ses choix en matière d'accouchement, les pratiques de naissance fondées sur des preuves, et fournit un soutien et des informations aux femmes accédant aux services de maternité en Irlande
Définition utilisée	Pas de définition générale proposée pour les VO
Etendue des VO	Recherches menées en 2014 ("What Matters to YOU?" 2014 Report on Consent in the Irish Maternity System) : 2 836 femmes qui ont accouché en Irlande entre 2010 et 2014, 50% ont déclaré ne pas avoir eu la possibilité de refuser un test, une procédure ou un traitement pendant le travail
Consentement plein et éclairé ?	Consentement libre et éclairé dans les textes loi liés aux droits du patient mais quand il s'agit des femmes enceintes : Le consentement d'une femme enceinte est requis pour toutes les interventions sanitaires et sociales. Cependant, en raison des dispositions constitutionnelles sur le droit à la vie des «enfants à naître», il existe une incertitude juridique importante quant à l'étendue du droit d'une femme enceinte de refuser un traitement dans des circonstances où le refus mettrait la vie d'un fœtus viable en danger.
Initiatives	Non abordé
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Non abordé

Numéro	24
Référence	Irish Maternity Support Network (2019). <i>Report of the Irish Maternity Support Network to the UN Special Rapporteur on Women on Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth</i> (pp. 1–10).
Pays concerné	Irlande
Institution contributaire et rôle	Irish Maternity Support Network Organisme qui a pour but d'aider tous les usagers des services de maternité, y compris les personnes qui y travaillent, particulièrement les sages-femmes
Définition utilisée	Pas de définition générale proposée pour les VO
Etendue des VO	04/2019 :émission de radio nationale consacre 2 semaines de programmation aux femmes pour décrire expériences dans les maternités irlandaises : cas de maltraitance : violence verbale, humiliation, honte, négligence, coercition, manque de consentement, l'intimidation, comportement agressif et menaçant, refus de prendre des analgésiques, pratique de procédures dangereuses, obsolètes et non fondées sur des preuves + remarques vindicatives et abus, traitées avec manque de dignité et de respect, exposée en public, ne pas être informée de ce qui se passait et ne pas être interrogée ou consultée sur les décisions importants

Consentement plein et éclairé ?	Consentement libre et éclairé dans les textes loi liés aux droits du patient mais quand il s'agit des femmes enceintes : Le consentement d'une femme enceinte est requis pour toutes les interventions sanitaires et sociales. Cependant, en raison des dispositions constitutionnelles sur le droit à la vie des «enfants à naître», il existe une incertitude juridique importante quant à l'étendue du droit d'une femme enceinte de refuser un traitement dans des circonstances où le refus mettrait la vie d'un fœtus viable en danger.
Initiatives	Les expériences et les témoignages de ces femmes sont désormais enregistrés mais doivent encore être documentés et analysés
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Les systèmes de responsabilisation au sein des établissements de santé et du National Health Service Executive sont jugés inadéquats pour traiter les plaintes de ceux qui subissent des mauvais traitements sous quelque forme que ce soit. Hôpitaux ont procédure de plainte, mais aucun mécanisme n'est en place pour garantir les garanties de non-répétition. + Réunion dans le but d'empêcher le plaignant de poursuivre en justice Possibilité de se plaindre auprès de l'exécutif des services de santé mais pas de mécanisme permettant de prendre des mesures supplémentaires pour appliquer les changements La seule possibilité de recours ou de compensation financière est le système judiciaire

Numéro 25

Référence	Poradňa pre občianske a ľudské práva. (2019). <i>Submission to the UN Special Rapporteur on violence against women concerning violations of reproductive rights of women belonging to Roma ethnic minority in Slovakia Poradňa pre občianske a ľudské práva (Center for Civil and Human Rights), Slovakia May</i> (pp. 1–5).
Pays concerné	Slovaquie
Institution contributaire et rôle	Poradňa pre občianske a ľudské práva (Center for Civil and Human Rights), ONG slovaque axée sur la protection des droits des minorités ethniques et la protection contre la discrimination
Définition utilisée	Pas de définition générale proposée pour les VO
Etendue des VO	Roms victimes de pratiques de ségrégation dans les maternités, harcèlement et humiliation raciaux, négligence, contention physique et maltraitance pendant l'accouchement et échecs liés au consentement éclairé et à la prise de décision concernant le traitement médical + stérilisations forcées
Consentement plein et éclairé ?	Législation slovaque interdit la discrimination et un large éventail d'autres violations des droits génésiques des femmes, y compris leurs droits dans les établissements de santé 2004 : nouvelle législation a été adoptée en Slovaquie introduisant des procédures de consentement éclairé mais « dans la pratique, la manière dont le personnel médical obtient un consentement éclairé reste souvent formelle et insuffisante »
Initiatives	Recommandations : L'État doit lutter contre le comportement et l'attitude négative des médecins à l'égard des femmes en prenant des mesures efficaces à caractère préventif et répressif en incluant une surveillance et une sanction efficaces des violations des droits des femmes dans les établissements de soins et la mise en œuvre de programmes efficaces de sensibilisation des praticiens de la santé afin d'éliminer les stéréotypes et les préjugés qui favorisent le traitement discriminatoire des femmes roms. + l'importance de garantir communication verbale respectueuse et active des médecins avec les femmes lorsqu'il obtient un consentement éclairé. + Pouvoirs exécutif et législatif ne devraient pas s'abstenir de la responsabilité de l'État de fournir un accès à la justice en cas de violation des droits de l'homme, par ex. la création d'un organe spécial d'experts intérimaires indépendants qui enquêterait sur la pratique en question de manière complexe et fournirait aux survivants une réparation adéquate grâce à un système d'indemnisation établi
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Non abordé

Numéro 26

Référence	Government of the Republic of Slovakia . (2019). <i>no title</i> (pp. 1–3).
Pays concerné	Slovaquie
Institution contributaire et rôle	Gouvernement Slovaque
Définition utilisée	Ne mentionne pas les VO
Etendue des VO	Evoque les stérilisations forcées
Consentement plein et éclairé ?	Existence d'une loi sur le consentement éclairé (2004)

Initiatives	2003 : demande d'étude par groupe d'experts sur stérilisation non consenties et illégales → mesures + soumission du rapport au Comité des droits de l'homme et des minorités nationales du Conseil national de la République slovaque, depuis 2004 → plus de cas reportés de stérilisation non-consentie
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Bonne prestation des services de santé est supervisée par la Health Care Surveillance Authority Comité d'éthique du Ministère de la santé de la République slovaque (expert indépendant et un organe consultatif du Ministère chargé d'évaluer les questions éthiques soulevées par la prestation des soins de santé, y compris la recherche biomédicale) « Mécanisme efficace de protection des droits de l'homme, par le biais d'un système judiciaire indépendant, pour traiter les cas de violation des droits et libertés fondamentaux de l'homme »

Numéro 27

Référence	Patakýová, M. (2019). <i>MISTREATMENT AND VIOLENCE AGAINST WOMEN DURING REPRODUCTIVE HEALTH CARE WITH A FOCUS ON CHILDBIRTH - Slovak Republic</i> (pp. 1–2).
Pays concerné	Slovaquie
Institution contributaire et rôle	The Public Defender of Rights of the Slovak, Mrs. Mária Patakýová Le Défenseur Public des Droits des Slovaques
Définition utilisée	Pas de définition générale proposée pour les VO
Etendue des VO	A reçu des informations provenant d'ONG sur des femmes ayant subies des violations du droit à la vie privée, du droit à la dignité humaine, du droit de bénéficier du progrès scientifique, du droit à l'information et au consentement éclairé et du droit de ne pas être torturé ou traité de manière inhumaine ou dégradante, utilisation systématique et routinière d'épisiotomies ou des sutures sans anesthésie adéquate, stérilisation illégales et non-consenties des roms
Consentement plein et éclairé ?	Loi de consentement de 2004 mais en pratique juste un formulaire qui doit être signé mais pas forcément d'informations sur les procédures médicales que les femmes vont subir
Initiatives	Non abordé
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Existe quelques mécanismes de plainte en place : un patient peut s'adresser à l'établissement de santé lui-même, à l'autorité publique compétente (une région autonome et le ministère de la Santé) ou à la Health Care Surveillance Authority. Possibilité d'indemnité financière dans le cas d'une procédure judiciaire.

Numéro 28

Référence	De Pagter, L. (2019). <i>SUBMISSION: UN WORKING GROUP ON VIOLENCE AGAINST WOMEN</i> (pp. 1–6).
Pays concerné	Pays Bas
Institution contributaire et rôle	Choice for youth and sexuality Propose des activités d'EVRS, de soins préventif HIV et IST Implication sur santé sexuelle jeune population, avec stigma et discrimination (hiv), sur avortement et sur personne intersexe
Définition utilisée	Pas de définition générale proposée pour les VO
Etendue des VO	D'après une étude conduite par l'association : 12% de la population concernée par HIV et IST est victime de discrimination et de stigmatisation lors des soins de santé ce qui l'empêcherait d'avoir accès à une santé reproductive et sexuelle suffisante
Consentement plein et éclairé ?	Plannings familiaux : impact sur consentement lorsqu'implication des parents dans la planification familiale et des médecins car figure d'autorité et possibilité de refus de pratiquer une IVG
Initiatives	Recommandations : -Appel à un consensus mondial sur la façon dont les cas de mauvais traitements et de violence à l'égard des femmes et des filles qui demandent des soins de santé génésique sont définis, mesurés, documentés et évités. -Explorer les causes de la maltraitance et de la violence contre les femmes et les filles qui recherchent des soins de santé génésique, y compris l'accouchement. -Améliorer les services de santé sexuelle et génésique pour mieux répondre aux besoins spécifiques et uniques des jeunes en termes d'accès, d'informations sur les options de soins de santé génésique, de liberté de choix et de discrimination fondée sur l'âge. -Adopter une législation spéciale pour lutter contre les cas de violence contre les jeunes femmes et les filles qui demandent des soins de santé sexuelle et génésique, y compris l'accouchement, et signaler ces cas.
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Tous les centres de santé aux Pays-Bas sont liés par une loi qui traite de la qualité, des plaintes et des litiges en matière de soins de santé (2016) + la violence sous toutes ses formes entre un prestataire de soins de santé et un patient doit être signalée à l'inspection néerlandaise de la santé et de la jeunesse mais problème de visibilité de la loi surtout pour les jeunes qui ne lancent que très rarement des procédures judiciaires

Numéro	29
Référence	Westland, M. (2019). <i>Stichting GeboorteBeweging' -GB Foundation</i> (pp. 1–29).
Pays concerné	Pays Bas
Institution contributaire et rôle	«Stichting GeboorteBeweging» -GB Foundation Fondation qui vise à garantir les droits humains des femmes dans les soins de maternité aux Pays-Bas pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum
Définition utilisée	Pas de définition des VO car terme flou aux Pays-Bas : pas de traduction néerlandaise précise
Etendue des VO	Depuis 2010 : récits de violence obstétricale : violations des droits humains fondamentaux, femmes laissées seules, mal informées ou manquées de respect, les femmes contraintes ou même forcées de se conformer aux protocoles dans un système fortement normalisé et axé sur l'offre + violence physique, soins non consentis (épisiotomies non-nécessaires et/ou non consenties), soins non confidentiels, soins non dignes, discrimination, abandon et détention. + Campagne « Break the silence » sur les réseaux sociaux : 600 témoignages Les récits sans chiffres n'ont pas eu de poids politique (aucune mesure politique) Pas encore de recherches ou d'études sur le sujet
Consentement plein et éclairé ?	Le choix éclairé, impliquant à la fois le consentement et le refus, est un droit existant que tous les praticiens de la santé souscrivent pleinement. Mais en pratique, il existe de nombreuses violations. Depuis 2015, l'intégration est mise en œuvre grâce au financement conjoint de la coopération obstétricale, ce qui rend de plus en plus difficile pour les prestataires de soins de travailler de manière indépendante ou de s'écarter des normes médicales et des protocoles locaux
Initiatives	Une ligne directrice sur les «soins de maternité hors ligne directrice» a été rédigée et mise en œuvre. Il explique comment fournir des soins axés sur la demande, même lorsque les femmes refusent des soins standard ou demandent des soins différents de ceux décrits dans les protocoles mais parfois mal utilisé par les soignants qui en connaissent l'existence.
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Possibilité de se plaindre directement à l'institution de soins en remplissant un formulaire. Les hôpitaux sont affiliés à un organisme indépendant de règlement des litiges. Peuvent aussi signaler toutes les formes de violence à l'Inspection des soins de santé. Bien qu'il s'agisse d'une amélioration significative de la position des femmes, il s'agit principalement d'une mesure sur papier jusqu'à présent, car à notre connaissance, aucune violence obstétricale n'a encore été signalée par les professionnels de la santé.

Numéro	30
Référence	Fundacja Rodzić po Ludzku. (2019). <i>Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth Poland</i> (pp. 1–9).
Pays concerné	Pologne
Institution contributaire et rôle	Fundacja Rodzić po Ludzku (eng :Childbirth with Dignity Foundation) Surveille les droits fondamentaux dans les soins prénataux
Définition utilisée	Typologies : -Violence physique : utilisation de la force, coercition physique -Violence verbale : Humiliation en criant ou en critiquant -Discrimination et stigmatisation : fondée sur des facteurs sociaux ou économiques -Traitement non-consentis : Absence d'un consentement clair et libre pour des tests médicaux et d'autres actions - Soins médicaux obéissant au droit au secret/confidentialité : Manque ou absence d'intimité -Pas d'accès à l'aide d'un professionnel : Procédures et examens, omissions -Relation inappropriée entre personnel soignant et patiente : Communication non efficace, manque de soutien, perte d'autonomie, détention dans les unités de soins de santé
Etendue des VO	Enquête <fondation sur expériences des femmes qui ont accouché en 2017 et 2018 : 8378 répondantes a montré que depuis normes soins périnataux et postnataux (2012) : médicalisation d'une naissance sans complications est encore très élevée Dans de nombreux endroits, pas accès à un accouchement digne: pas décider de leur position, de la manière de gérer la douleur, pas décider des traitements médicaux et des actions qui les concernent directement - par exemple l'épisiotomie 54,3 % des femmes ont été victimes d'abus liés à la conduite du personnel ou n'ont pas rempli toutes les procédures + 15,5 % des personnes examinées ont déclaré que, pendant leur séjour à l'hôpital, au moins un de leurs droits de patient n'était pas respecté
Consentement plein et éclairé ?	Non abordé

Initiatives	Normes introduites pas ministère de la santé en 2012 (progrès considérable) sur base des recommandations de l'OMS dont liberté de mouvement, liberté d'être accompagnée par la personne de son choix, maintien présence maman-bébé Mais elles ne sont pas traitées de cette façon par la plupart des établissements obstétricaux. D'après la surveillance menée au cours des dernières années, il est clair que la plupart des hôpitaux ne font même aucune tentative pour les mettre en œuvre
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Non abordé

Numéro 31

Référence	Ministry of Foreign Affairs of Poland. (2019). <i>Input of the Republic of Poland to the Special Rapporteur on violence against women questionnaire on the issue of mistreatment and violence against women during reproductive health care</i> (pp. 1–3).
Pays concerné	Pologne
Institution contributaire et rôle	Ministère des affaires étrangères Polonais
Définition utilisée	Pas d'évocation des VO
Etendue des VO	Pas d'évocation des VO
Consentement plein et éclairé ?	La question du consentement du patient pour un service de santé est clairement réglementée en Pologne via les dispositions de la loi du 5 décembre 1996 relatives aux professions d'un médecin
Initiatives	Nouvelle norme dans domaine des soins périnataux (2019) en plus de celle de 2012 → Règles sur l'organisation de l'éducation prénatale, le soutien à l'allaitement maternel, la réduction de la douleur à la naissance, ainsi que les règles de travail du personnel dans les cas particulièrement difficiles pour les femmes et leurs familles, telles que les fausses couches, la naissance d'un mort ou gravement malade enfant, avoir une place spéciale dans la norme + coopération entre personnel soignant et parents + présence de la mère pendant les soins au bébé
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Non abordé

Numéro 32

Référence	Guiot, F., Hidalgo, P., Richard, F., & Guiot, F. (2017). <i>Contribution au rapport : « Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth » - Plateforme citoyenne pour une naissance respectée</i> (pp. 1–7).
Pays concerné	Belgique
Institution contributaire et rôle	Plateforme citoyenne pour une naissance respectée Rassemble des citoyens · ne · s, usagères, parents, professionnel·e·s de la santé, associations, féministes, représentant·e·s de la société civile, rappelle le droit des femmes à choisir les circonstances de leur accouchement dans l'intérêt des nouveau-nés, des mères et de leur partenaire
Définition utilisée	« Les interventions médicales non validées scientifiquement et pratiquées sans le consentement éclairé de la patiente pendant la grossesse et l'accouchement doivent être reconnues comme des violences obstétricales »
Etendue des VO	Pendant le travail et l'accouchement : expression abdominale, qui est une pratique proscrite par les experts - point du mari - suture des épisiotomies ou des déchirures sans anesthésie - césarienne sans anesthésie - une femme qui accouche sans assistance au sein de l'hôpital (le personnel n'a pas cru qu'elle était vraiment en travail) - plus rarement, révision utérine sans anesthésie - épisiotomies sans consentement - épisiotomies pratiquées malgré le refus de la patiente - moqueries, commentaires sur l'apparence physique de l'enfant ou de la mère (lorsque les soignant.e.s demandent que la patiente ne comprend pas ou est endormie) - non-respect du projet de naissance - injection de médicament dans la perfusion sans information ou consentement - optimisation du travail par le décollement des membranes, la rupture de la poche des eaux ou l'injection d'ocytocine de synthèse pour accélérer le travail alors que le déconseille l'OMS
Consentement plein et éclairé ?	Loi des droits aux patients de 2002 : demande de consentement libre et éclairé

Initiatives	Il n'existe pas des budgets structurels pour assurer un suivi de l'évolution de la satisfaction des usagers de ces services Recommandations -Une information systématique et complète sur l'accouchement. -Une transparence des pratiques hospitalières et extrahospitalières -Une prévention des interventions médicales non justifiées -Un renforcement des compétences et de la complémentarité des différents-professionnels de la naissance. A répertorié des témoignages de VO mais aussi lors de consultations gynéco (sur la contraception), lors d'IVG, lors de consultations prénatales
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Non abordé

Numéro	33
Référence	Iványi, A. (2019). <i>Submission on the issue of Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth, as the subject of the next thematic report of the United Nations Special Rapporteur on violence against women</i> (pp. 1–16).
Pays concerné	Hongrie
Institution contributaire et rôle	Association of independent midwives Association des sages-femmes indépendantes Hongroises
Définition utilisée	Pas de définition générale proposée pour les VO
Etendue des VO	Pas de collecte de données uniforme et centralisée en place: données peu disponibles et transparentes car l'accessibilité des données publiques a changé en 2015 ☒ Disponibilité et transparence limitées des données L'Euro Health Consumer Index désigne spécifiquement la Hongrie comme un pays avec une mauvaise position sur les droits des patients, l'information, l'accessibilité et les résultats. Maltraitance, communication irrespectueuse et humiliante pendant les soins prénatales, le travail, l'accouchement et la période post-partum - contrainte aux interventions, trop souvent, régulièrement sans indication médicale appropriée, sans fournir d'informations et / ou de consentement. Les interventions réalisées sans consentement éclairé comprennent entre autres la dilatation manuelle du col de l'utérus ou le balayage agressif des membranes ou la mise en place de cytotec ou de prostaglandine lors d'un examen cervical manuel à court terme (à partir de la semaine 39, sans signe de travail), dans le but de provoquer la naissance, sans préalable informations fournies à la femme. Les membranes sont brisées et / ou l'ocytocine est souvent administrée sans informer la femme que sa naissance est induite ou augmentée. + Manque d'intimité + Présence non-consenti d'autres praticiens en salle (étudiants méd ou autres) + pas de liberté dans la présence du papa ou d'une sage-femme doula + Pas de possibilité de manger ou de boire + Effectuer des procédures chirurgicales et d'autres interventions invasives sans anesthésie appropriée + Être soumis à des interventions invasives et douloureuses sans information ou consentement préalable, ou malgré le refus explicite et la protestation active de la mère + Violence physique + Séparation maman/bébé
Consentement plein et éclairé ?	Habituellement, tous les formulaires de consentement doivent être signés par la mère à son arrivée à l'hôpital en travail actif (pas le meilleur moment pour recevoir des infos), sans avoir la possibilité de demander des éclaircissements
Initiatives	En 2019, avec la coordination du ministère des Ressources humaines, un groupe de travail a été mis en place pour élaborer des «directives pratiques sur les services de maternité adaptés aux familles» mais étapes de prise de décision passées sous silence
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	En vertu de la loi sur les services de santé, les patients ont le droit de déposer une plainte concernant leurs soins de santé directement à la gestion de l'hôpital ou d'un autre établissement de santé, à l'organisme ou l'institution qui gère financièrement l'hôpital, à l'autorité de santé publique, aux autorités délivrant le permis d'exploitation et qui supervise le fonctionnement de l'institution, À la Chambre médicale hongroise ou au Comité d'éthique de la Chambre des professionnels de la santé

Numéro	34
Référence	Hungarian NHRI. (2019). <i>Contribution of the Office of the Commissioner for Fundamental Rights in response to the call for submissions by the Special Rapporteur on violence against women</i> (pp. 1–7).
Pays concerné	Hongrie
Institution contributaire et rôle	Commissariat aux droits fondamentaux (NHRI Hongrois)
Définition utilisée	Non abordé
Etendue des VO	Parle de cas plutôt spécifique mais n'élargit pas aux VO et ne répond pas aux questions posées par la rapporteuse
Consentement plein et éclairé ?	Non abordé

Initiatives	Le commissaire a demandé au ministre des Capacités humaines de remédier aux irrégularités découvertes (peu d'offres d'accouchement à domicile) et revoir les règlements du décret en vigueur et suggère que le ministre envisage de faire de la naissance à domicile une véritable alternative. Le ministère concerné n'a pas accepté l'initiative du commissaire.
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Non abordé

Numéro	35
Référence	Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto Portugal. (2019). <i>Submissions on the issue of : « Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth »</i> (pp. 1–5).
Pays concerné	Portugal
Institution contributaire et rôle	Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto Portugal Association portugaise pour les droits des femmes pendant la grossesse et l'accouchement
Définition utilisée	Juridiquement parlant, la "violence obstétricale" est un phénomène inexistant au Portugal
Etendue des VO	Graves lacunes pour garantir que les femmes donnent leur consentement plein et éclairé aux interventions médicales pendant l'accouchement et contiennent des informations faisant état de traitements irrespectueux et abusifs fréquents de femmes par des professionnels de la santé Enquête menée par organisation : un grand nombre de femmes ont été soumises à des procédures qui ne sont pas toujours étayées par des preuves scientifiques (manœuvre de Kristeller, l'utilisation extensive d'épisiotomie, les inductions, un nombre excessif de césariennes, la rupture artificielle des membranes, le balayage des membranes pour l'induction du travail, les forceps et la ventouse) Taux le plus important d'épisiotomies en Europe (73%)
Consentement plein et éclairé ?	Plupart des hôpitaux : formulaires pré-signés présentés aux femmes comme moyen de « pré-approuver » toutes interventions médicales qui leur seront faites au cours du travail + accouchement mais peu de possibilités de poser des questions, d'y réfléchir, de la ramener à la maison, de traduction pour les non-portugais ne parlant pas la langue Enquête organisation : 43% des femmes répondantes estiment qu'elles n'ont pas été questionnées pour un consentement libre et éclairé avant tout soin ou intervention.
Initiatives	Les droits sexuels et reproductifs des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum sont protégés au Portugal par la loi 15/2014, qui accordent, en particulier, le droit à un partenaire de naissance, le droit de choisir ou de décider, le droit à soins opportuns et appropriés, droit à une naissance humaine et respectée, droit à l'information et au consentement éclairé, droit à la vie privée et à la confidentialité, et droit à la responsabilité mais manque de sensibilisation sur le sujet.
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Le Portugal ne dispose pas de lois ou de mécanismes spécifiques pour faire face à ce type de situation car le phénomène n'y est pas reconnu, de sorte que les femmes doivent recourir aux règles générales de responsabilité pour être financièrement indemnisées. Il existe des procédures de plainte en place dans chaque établissement, ainsi que pour tous les médecins et infirmières mais procédures lentes et la plainte doit être déposée dans les 6 mois après l'évènement.

Numéro	36
Référence	Mitchell, A., Immonen, K., Lehtilä, S., & Dykstra, U. (2019). <i>Report on the Mistreatment and violence against women during reproductive health care and childbirth in Finland A response to the call for submissions by the OHCHR-UN</i> (pp.1-19).
Pays concerné	Finlande
Institution contributaire et rôle	The Minä Myös Synnyttäjänä campaign in collaboration with the NGO Aktiivinen Synnytys Ry Organisme qui défend l'accouchement actif
Définition utilisée	Pas de définition générale proposée pour les VO
Etendue des VO	Basé sur des récits personnels (150) partagés par des femmes finlandaises en mai 2019 lors de la campagne Minä Myös Synnyttäjänä - Me Too pendant l'accouchement : procédures médicales pratiquées avec violence ou douleur (épisiotomie, touchers vaginaux), les procédures effectuées en secret ou sans consentement + incluent des cas récurrents de violence psychologique et verbale (restaient seules, avec peu ou pas d'infos, position d'accouchement imposée) Pas de données officielles collectées sur la violence ou les mauvais traitements infligés aux femmes pendant la grossesse et l'accouchement en Finlande, et le sujet est pour la plupart complètement ignoré dans les déclarations officielles
Consentement plein et éclairé ?	Le consentement éclairé n'est pas explicitement mentionné en ce qui concerne les soins de santé génésique, les soins périnataux ou les soins à la naissance, mais il est stipulé qu'une personne enceinte ou qui accouche devrait être autorisée à participer à la prise de décisions concernant ses soins
Initiatives	Les responsables des soins de santé ont exprimé à plusieurs reprises, qu'il est souvent nécessaire et acceptable que les médecins traversent le droit de l'accoucheur à l'autodétermination, malgré le fait que la

	loi finlandaise le définit comme un droit absolument inconditionnel. Les autorités politiques n'ont pas commenté la question. Le droit à l'autodétermination a également été légiféré dans la loi sur le statut et les droits des patients (785/1992), plus connue sous le nom de loi sur les patients
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	L'Autorité nationale de surveillance du bien-être et de la santé (Valvira) recommande si souhait plainte auprès établissement de santé : tenter d'abord de résoudre le problème avec la personne en charge des soins ou leur superviseur. Sinon faire rappel écrit au directeur en charge des soins de santé dans l'unité où le patient a été soigné. Possibilité de déposer une plainte auprès de l'Agence administrative régionale de l'État ou de l'Autorité nationale de surveillance du bien-être et de la santé endéans les 2 ans. Mais: (récit témoignages) Le fait de déposer des plaintes ou de faire des rappels officiels n'entraîne pas la validation de leurs expériences de violence, même en cas de violation grave de la loi sur le droit à l'autodétermination ou de violence grave où un préjudice a été causé à la femme qui accouche + difficulté de porter plainte car pas le moment

Numéro	37
Référence	Department of Gender Equality, Office of the Government of the Czech Republic. (2019). <i>For the attention of Ms. Dubravka Šimonović Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences</i> (pp. 1–4).
Pays concerné	République Tchèque
Institution contributaire et rôle	Department of Gender Equality Département de l'égalité des sexes
Définition utilisée	Cas de traitement indigne et préjudiciable aux femmes pendant le travail et le post partum
Etendue des VO	Manque d'intimité, trop de personnes dans la salle, soins non-consentis, pas de respect du projet de naissance, restriction dans le travail : pas de possibilité de bouger, de manger ou de boire, position d'accouchement imposée liés à liées à une fréquence élevée d'intervention pendant le travail, à un soutien insuffisant des liens entre la mère et son enfant et à une approche respectueuse de la femme en travail
Consentement plein et éclairé ?	Selon la loi sur les services de santé, la fourniture de soins médicaux, y compris les soins à la naissance, n'est possible qu'avec un consentement libre et éclairé. Néanmoins, certaines études et commentaires des bénéficiaires de soins démontrent que certains établissements médicaux ne respectent pas toujours pleinement la législation (les femmes signent les papiers sans avoir eu d'explication)
Initiatives	Les groupes de travail sur l'obstétrique et la profession de sage-femme examinent la situation de l'obstétrique : recommandations pas été adoptées par le gouvernement mais le gouvernement a pris des mesures pour créer des centres de sages-femmes en coopération avec le ministère de la santé (projet pilote de centre en 02/2019). Exemple de bonne pratique, reflétant la demande à long terme de soins respectueux : fourniront une plus grande variabilité des soins offerts à l'avenir
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Conformément à la loi sur les services de santé, possible de déposer une plainte contre les méthodes du prestataire de soins concernant la prestation de soins ou contre les activités liées aux services de santé : Si la plainte du patient n'aboutit pas devant le professionnel de la santé, le patient peut déposer sa plainte auprès du bureau qui a délivré la certification du professionnel de la santé

Numéro	38
Référence	Födelsehuset. (2019). <i>Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth : The case of Sweden</i> (pp. 1–15).
Pays concerné	Suède
Institution contributaire et rôle	Födelsehuset ONG préoccupée par les droits et les choix des femmes et des familles concernant la grossesse et l'accouchement
Définition utilisée	Pas de définition générale proposée pour les VO
Etendue des VO	Les femmes manquent de choix quant à leur lieu de naissance. Les soins à la naissance en Suède sont centralisés dans les unités hospitalières à haut risque et il n'y a pratiquement aucune alternative à cela: l'accouchement à domicile est marginal (14/052019 politiciens du Conseil du comté de Stockholm ont pris la décision de mettre fin au système d'accouchement à domicile existant dans toute la région de Stockholm) Pas de maison de naissance
Consentement plein et éclairé ?	Consentement éclairé au traitement (depuis janvier 2015) mais n'ont pas encore été assimilés à la culture médicale paternaliste qui imprègne l'obstétrique
Initiatives	Recommandations sur accouchement à domicile : -Accès gratuit à un suivi par une sage-femme n'importe où ou la femme veut accoucher

	<ul style="list-style-type: none"> -Garantir aux femmes le droit de choisir parmi les soins obstétricaux sûrs à l'hôpital, les droits des sages-femmes sur ordonnance doivent être étendus pour inclure les médicaments d'urgence en cas de saignement et les analgésiques locaux pour suturer. -L'autorisation des sages-femmes doit être étendue pour inclure un examen approfondi du nouveau-né -Pour limiter les interventions à la naissance dangereuses, la législation doit garantir une représentation égale des sages-femmes à tous les niveaux régissant les naissances. - Pour adopter le principe des soins individuels, réduisant ainsi les interventions inutiles, le système de remboursement des salles de travail doit être modifié pour refléter la valeur plus élevée des naissances physiologiquement non perturbées - Pour garantir que le droit des femmes enceintes à un consentement éclairé soit mieux respecté, le gouvernement suédois devrait légiférer pour encourager un système de contrôle périodique des dossiers des patients
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	<p>Responsabilité d'enquêter, d'analyser et de trier les mauvais traitements et les actes répréhensibles infligés à un patient incombe dans un 1^{er} temps au dispensateur de soins dans le service responsable + ou contacter le conseil des patients qui peut soutenir et aider les patients dans ce domaine, guide vers la bonne instance et travaille comme diplomate entre le patient et le soignant</p> <p>Ou possible de signaler des irrégularités ou de déposer une plainte auprès de l'Inspection de la santé et des soins sociaux, organisme gouvernemental chargé de superviser les soins de santé et les services sociaux</p>

Numéro	39
Référence	Pryrodni Prava Ukraina. (2019). <i>Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth : The case of Ukraine</i> (pp. 1–15).
Pays concerné	Ukraine
Institution contributaire et rôle	The civil society organization "Pryrodni Prava Ukraina" Organisme qui promeut les droits des femmes pendant la période périnatale
Définition utilisée	En Ukraine, la violence obstétricale n'est pas observée pour le moment. Ni les médecins, ni le gouvernement ne reconnaissent l'existence du problème Dans le système de soins de santé en Ukraine, il n'y a pas de guideline correspondant à la lutte contre les violences faites aux femmes semblables à celle de l'OMS
Etendue des VO	<p>L'enquête de 2015 auprès de plus de 3500 femmes sur leur expérience dans les structures médicales pendant la grossesse et l'accouchement, la hashtag Facebook de 2015 sur la violence obstétricale, l'enquête de Lviv 2018 et les enquêtes 2019 de femmes dans cinq régions menées par «Pryrodni Prava Ukraina» démontrent que le problème de la violence obstétricale est urgent mais tabou en Ukraine</p> <ul style="list-style-type: none"> -Violation de l'intégrité personnelle (droit au consentement libre et éclairé) -Accès restreint aux informations -Mauvaise qualité des services de santé . Interventions trop médicamenteuses, risquées ou même interdites, qui contredisent les sages-femmes fondées sur des preuves (28% de Kristeller sur la pop sondée dans l'enquête de 2015) -Manque d'intimité (idem que les autres pays + parfois portes transparentes dans certains hôpitaux) -Rétention forcée dans les maternités -Traitement irrespectueux / abusif (Enquête 2015 : 11% des 3526 répondants ont mentionné la brutalité et le manque de respect envers le personnel médical à la naissance. Un quart des répondants (23%) ont subi une pression psychologique pendant l'accouchement) -Restrictions sur les partenaires de naissance -Traitement discriminatoire (<35 ans, avec maladies chroniques, lesbiennes, roms, avec statut socio-éco bas) -Torture (la dilatation manuelle d'un col de l'utérus; CTG de plusieurs heures sans possibilité pour une femme de changer sa position corporelle en effectuant une épisiotomie sans prévenir une femme, massage d'expression du lait extrêmement douloureux et traumatisant, suture périnéale sans soulagement de la douleur, examen douloureux inutile après la naissance ou séparation d'un bébé ou d'un partenaire.) -Mauvais traitements financiers (Normalement gratuit mais certaines femmes payent pour des soins, notamment des pourboires au personnel médical, demande d'argent pour quitter la maternité, ramener les médocs et le matériel sur place, frais d'analyse) -Option d'accouchement à domicile non fournie
Consentement plein et éclairé ?	La législation ukrainienne présuppose un consentement et un refus informés conformément aux normes internationales. Les médecins sont tenus d'obtenir le consentement éclairé des femmes avant toute forme d'intervention médicale pendant le diagnostic ou le traitement pendant la grossesse et l'accouchement. Est entrée en vigueur en 2006 mais la plupart des médecins n'ont pas changé leur façon de faire. (Enquête 2015 : 20% soins sans consentement et 41% n'ont pas eu assez le temps de demande d'avantage d'informations) + Parfois pas de consentement demandé pour rupture de la poche des eaux et épisiotomies + cas de stérilisation non-consenties pendant césariennes
Initiatives	<p>L'Ukraine a officiellement adopté des protocoles internationaux à jour, les pratiques dépassées de facto sont plus répandues.</p> <p>Recommandations : Créer une disposition légale pour le modèle de soins obstétricaux, y compris l'option de naissance hors de l'hôpital</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ajouter les cas de violence obstétricale au classificateur des appels des médiateurs -Élaborer des politiques d'État sur la prévention et la lutte contre la violence obstétricale dans les établissements médicaux, ainsi que sur l'aide aux victimes de violence obstétricale

	-Élaborer des politiques du système de santé qui guident les réponses à la violence contre les femmes conformément à la recommandation de l'OMS
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	<p>Il est possible de déposer plainte dans un premier temps au</p> <ul style="list-style-type: none"> -Directeur médical de l'établissement -Service de santé municipal ou régional -Gouvernement local -Gouvernement national <p>Deuxièmement, il est possible de demander à subir une expertise par un comité d'experts médicaux des départements régionaux de la santé, des services de santé de la ville de Kiev et de Sébastopol, ainsi que du ministère de la Santé d'Ukraine</p> <p>Le troisième mécanisme est la réparation judiciaire (compliqué, nécessite des ressources + système judiciaire perçu comme corrompu)</p> <p>« Cependant, l'expérience des femmes interrogées à l'aide de ces mécanismes montre leur inefficacité. L'hôpital veille à ce que le respect des médecins respecte le consentement formel. Les médecins-chefs s'occupent du papier signé, et non du besoin des femmes »</p>

Numéro	40
Référence	Roda – Parents in Action. (2019). <i>Report to the United Nations Special Rapporteur on Violence Against Women in response to her Call for Submissions due 17 May 2019</i> (pp. 1–16).
Pays concerné	Croatie
Institution contributaire et rôle	Roda – Parents in Action Acteur important dans les domaines du respect et de l'accès aux soins de santé génésique, spécialisé dans les soins de maternité. Organisation pro-choix qui préconise des changements dans deux domaines principaux dans le domaine des droits reproductifs : la procréation médicalement assistée et les soins de maternité respectueux
Définition utilisée	La violence que les femmes subissent dans les soins de santé génésique, en particulier la grossesse et l'accouchement, est souvent perpétuée par des décisions judiciaires ou administratives qui souvent ne reconnaissent pas ce type de violence
Etendue des VO	Procédures douloureuses effectuées sans anesthésie, prestataires de soins de santé insultants et criant contre les femmes, des femmes ignorant les médicaments qui leur sont administrés, des médecins et des sages-femmes poussant le ventre des femmes "pour accélérer les choses", peu d'accès à un accouchement voie basse après une césarienne. Manque d'informations et de consentement éclairé, la coercition utilisée régulièrement et parfois brutalement, et les femmes ne connaissant pas les médicaments qui leur étaient donnés Pas de possibilité de se faire accompagner par son compagnon
Consentement plein et éclairé ?	De nombreuses femmes ont déclaré qu'on leur avait demandé de signer des formulaires de consentement éclairé à leur arrivée dans les maternités sans avoir été informées de ce qu'elles signaient et des procédures couvertes par les formulaires
Initiatives	<p>Campagne sur réseaux sociaux où femmes invitées à soumettre des histoires manuscrites d'irrespect et d'abus dans les services de maternité, qui seraient ensuite partagées sur les réseaux sociaux sous l'hashtag #PrekinimoŠutnju</p> <p>Roda a écrit au ministre de la Santé qui a répondu en envoyant des équipes d'inspection dans toutes les maternités de Croatie : Trois ans plus tard, après les pressions du public lors de la deuxième campagne PrekinimoŠutnju (2018-19), un bref résumé de deux pages a été publié qui ne répondait pas aux préoccupations soulevées lors de la campagne 2014-15.</p> <p>Depuis 2016, la Médiatrice pour l'égalité des sexes a une section dans son rapport annuel sur le droit à des soins respectueux dans les hôpitaux de maternité. Dans ses rapports depuis cette année, elle a mentionné des problèmes d'irrespect, d'abus et de violence dans les soins de maternité ; Dans son rapport de 2018, elle a également mentionné spécifiquement les problèmes avec un nombre insuffisant de prestataires de soins de santé dans les hôpitaux, mais le gouvernement n'a pris aucune mesure concrète pour résoudre le problème.</p> <p>+Recommandations</p>
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Les femmes décident rarement de traduire les coupables en justice en raison de la nature coûteuse et lente des procédures et parce qu'elles savent que leurs chances d'obtenir une satisfaction juridique sont faibles

Numéro	41
Référence	Département Fédéral des Affaires Etrangères. (2019). <i>Contribution de la Suisse au prochain rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences à la 74ème session de l'Assemblée Générale en septembre 2019</i> (pp. 1–2).
Pays concerné	Suisse
Institution contributaire et rôle	Département Fédéral des Affaires Etrangères

Définition utilisée	Non abordé
Etendue des VO	Pas de statistiques ni d'études sur les mauvais traitements et la violence à l'égard des femmes lors d'un accouchement. Chaque 25 novembre, des femmes ayant subi des formes de violence, déposent des roses à l'extérieur des maternités où elles en ont été victimes.
Consentement plein et éclairé ?	Des protocoles d'information de la SSGO (Société Suisse de gynécologie et d'obstétrique) doivent être signés par les patientes avant un traitement
Initiatives	Non abordé
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	En Suisse, toute personne qui a subi, du fait d'une infraction, une atteinte directe à son intégrité corporelle, psychique ou sexuelle bénéficie d'une aide au sens de la loi sur l'aide aux victimes d'infractions

Numéro	42
Référence	Initiativ Liewensufank NGO. (2019). <i>Submission: Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth to the United Nations Special Rapporteur on violence against women</i> (pp. 1–2).
Pays concerné	Luxembourg
Institution contributaire et rôle	Initiativ Liewensufank NGO ASBL ayant pour but d'améliorer les conditions autour de la naissance et de la parentalité et d'accompagner les jeunes parents avec des informations et consultations
Définition utilisée	Non abordé
Etendue des VO	Roses déposées à l'extérieur des maternités et 8 récits partagés à l'ONG et de témoignages oraux de mauvais traitements 1/3 des femmes au Luxembourg s'est trouvé mal informé sur les bénéfices et les risques des interventions proposés lors de leur accouchement. 43% des femmes avaient l'impression qu'il n'y avait pas eu assez de temps pour les explications
Consentement plein et éclairé ?	Loi nationale sur les droits des patients, mais pas mise en pratique dans ces cas
Initiatives	Non abordé
Mécanismes de responsabilisation des établissements de santé	Les femmes qui se plaignent ne sont pas prises au sérieux et les plaintes écrites à l'hôpital restent sans réponse ou n'obtiennent qu'une réponse standard

Annexe 3 : Justification du nombre de pages

Le nombre de pages proposé dans cette recherche dépasse celui informé dans les consignes « Guide mémoire de fin d'études » de l'ULB. En effet, des figures et des tableaux sont proposés dans la rédaction pouvant aussi être présentés dans les annexes. Pour une meilleure visibilité et compréhension du sujet nous avons décidé de les conserver dans le texte. De plus, la méthodologie employée est autre que celle d'une revue systématique de la littérature. Elle s'inscrit davantage dans la thématique et offre la possibilité de poser plusieurs questions de recherche et de prendre en compte un champ plus large concernant la littérature à inclure dans la *review*.