

TEXTE D'ANALYSE
N°12/2024

CÉLINE CHOMÉ

PUBLICATION SUR LE SITE

WEB :
AUTOMNE 2024

AUTRICE :
CÉLINE CHOMÉ
ASSISTANTE ET DOCTORANTE
Université catholique de Louvain
(Institut de Recherche Santé et
Société)

PRÉVENIR LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES : QUELLES PISTES POUR LA FORMATION DES FUTUR·ES SOIGNANT·ES ?

L'autrice analyse les représentations qu'ont les assistantes en gynécologie-obstétrique sur les violences gynécologiques et obstétricales. À partir d'entretiens auprès de ces étudiantes, elle dégage des pistes de réflexions concrètes pour prévenir ces violences en améliorant la formation des soignant·es. Cette analyse montre qu'une multitude de solutions existent et qu'elles n'attendent qu'à être discutées et mises en pratique.

Le terme « violences obstétricales », apparu au Venezuela dans les années 2000, a été inscrit dans la loi vénézuélienne contre les violences faites aux femmes en 2007¹. Quelques années plus tard, en Belgique, ce sont les revendications des femmes puis des soignant·es qui ont fait entrer ce sujet dans les conversations, sur les réseaux sociaux et dans les reportages². Le Sénat belge s'est ensuite intéressé à la question. Pour cadrer les violences obstétricales dans son rapport d'information sur le sujet, le Sénat a retenu les éléments suivants : « *non-respect des droits du patient, inutilité médicale des gestes pratiqués, omission ou abstention de soins, manque de dignité et d'humanité à l'égard de la patiente, non-prise en charge de la douleur, comportements inadéquats dans une relation de soins* »³. Bien qu'à ce jour aucune définition ne fasse consensus, 93 recommandations ont été émises dans ce rapport en début d'année 2024. Ces recommandations couvrent des ajustements à différents niveaux dont les institutions de soins, les établissements d'enseignement, les services juridiques compétents, les décideurs et

décideuses politiques. Elles offrent ainsi une vision très étendue, mais restent théoriques : il est encore nécessaire de définir des actions concrètes pour chaque niveau mentionné.

Dans cette analyse, nous relayons les réflexions d'assistantes sur leur formation de spécialisation en gynécologie-obstétrique⁴. Ces suggestions peuvent nourrir les discussions sur l'amélioration de la formation des soignant·es, en vue d'aider à prévenir les violences dans les soins obstétricaux. À l'instar des recommandations du Sénat, elles requièrent l'engagement de plusieurs parties prenantes : les soignant·es, les patientes, les superviseur·ses (gynécologues-obstétricien·nes aguerri·es qui supervisent les assistant·es en cours de spécialisation), les équipes de soins, les institutions de soins, les institutions académiques et les décideurs et décideuses politiques en matière de santé. Dans les paragraphes qui suivent, nous aborderons uniquement des pistes suggérées par les assistantes rencontrées et applicables à la formation des soignant·es.

Intégrer les violences obstétricales à la formation des soignant·es

D'après nos entretiens, la question des violences obstétricales n'est pas abordée dans leur cursus et il leur est difficile de tracer les contours de ce concept. Elles suggèrent que soient mis en place des ateliers cliniques où des patientes pourraient raconter leur vécu. Ceux-ci permettraient aux futur·es professionnel·les de mieux comprendre l'expérience des femmes et d'ajuster leur manière d'agir, de parler et de les soigner.

Renforcer la formation par des cours théoriques fondés sur des preuves et des simulations

En Belgique, les disciplines de gynécologie et d'obstétrique s'apprennent principalement sur le terrain. Peu de retours à l'université sont prévus durant les 5 années de spécialisation. De ce fait, les assistantes se conforment aux habitudes de leurs superviseur·ses et apprennent les pratiques des services dans lesquels elles travaillent, quand bien même ces pratiques seraient désuètes ou en désaccord avec leurs valeurs. Les assistantes expriment le besoin de suivre des cours, basés sur des preuves scientifiques et des recommandations à jour, en parallèle de leur formation de terrain. Ainsi, elles développeraient leurs connaissances et seraient mieux outillées

pour remettre en question des protocoles obsolètes auxquels elles sont parfois confrontées sur le terrain.

En plus des cours théoriques, certaines assistantes suggèrent l'instauration de simulations pour apprendre à gérer des urgences obstétricales et à communiquer avec les patientes dans différentes situations. L'une d'elles ajoute que s'exercer en équipe pluridisciplinaire permettrait par ailleurs d'envisager d'autres manières de pratiquer et de mieux comprendre la physiologie de l'accouchement. En effet, elles rapportent avoir tendance à recourir, parfois de manière trop hâtive, à des interventions médicales car elles sont formées à anticiper les complications et se sentent trop peu formées à la physiologie.

Variation des lieux de formation pour éviter la normalisation

Elles demandent aussi à pouvoir apprendre dans différents environnements : en milieu extrahospitalier, à l'étranger, dans d'autres réseaux hospitaliers que celui auquel est rattachée leur université. L'enjeu des cours théoriques et celui du changement régulier de terrain/lieu de formation est le même : encourager la remise en question et éviter la normalisation de certaines pratiques. Ici, le terme pratique se réfère tant aux actes qu'à la manière de considérer et d'aborder les patientes. Une assistante dit : « *On reproduit ce qu'on voit* ». Or, voir systématiquement la même manière de pratiquer induit l'idée que c'est ainsi qu'il « faut » pratiquer. Ça devient la norme. Et à long terme, ces pratiques normalisées paraissent banales pour les soignant·es, bien qu'elles ne soient pas anodines pour les patientes. Varier le lieu de formation pratique permettrait ainsi de confronter les différentes pratiques possibles et de réduire leur banalisation.

Former à la communication

Les assistantes soulignent un manque de formation en communication vis-à-vis des patientes. Elles aimeraient avoir des cours pratiques pour apprendre à communiquer dans un langage clair et compréhensible, à être attentives au non verbal, à faire des annonces de diagnostics difficiles, à recueillir le consentement et à aborder le refus des patientes. Une assistante suggère

la création de séminaires permettant de rencontrer des patientes pour identifier les formulations qui sont adéquates, et celles qui ne le sont pas.

D'après les assistantes, le vécu négatif de certaines situations peut être désamorcé si celles-ci sont comprises⁵. Dans cet ordre d'idée, les débriefings constituent une stratégie utile pour répondre aux questions de la patiente, revenir sur les événements et expliquer les raisons motivant les actes posés. Cependant, uniquement débriefer ne suffit pas. Selon les assistantes, l'information au sujet d'un acte devrait être donnée en temps opportun, de manière complète, neutre, compréhensible pour la patiente, et accompagnée d'une demande de consentement⁶ ; d'où la nécessité de former les soignant·es à communiquer et de leur donner les moyens de prodiguer ces informations dans de bonnes conditions.

Accorder de l'importance aux compétences relationnelles

La discipline d'obstétrique touche à l'intime et requiert, au-delà de compétences communicationnelles, des compétences relationnelles et humaines. L'une des assistantes critique la sélection des candidat·es en gynécologie-obstétrique qui, d'après elle, se base principalement sur des connaissances scientifiques et accorde peu d'importance aux compétences humaines. Elle propose que le processus de sélection soit revu afin de porter une attention à l'intelligence émotionnelle et à la capacité d'empathie des futur·es obstétricien·nes. Effectivement, les assistantes identifient la personnalité des soignant·es comme un facteur clé dans la manière dont les soins et la communication se déroulent. Des assistantes émettent l'idée qu'une attitude respectueuse et sans jugement envers les patientes favorise une relation de confiance, tout comme se mettre à la hauteur et à l'écoute de la femme, accorder de l'importance au non verbal de la patiente et au contrôle de son propre non verbal. Elles préconisent donc le développement de compétences relationnelles. L'une d'elles propose d'aborder « *l'écoute, la communication, voir le patient en tant que personne, dans sa globalité* » dans des cours tandis qu'une autre imagine des *workshops* rassemblant divers·es intervenant·es et dont l'objet est la remise en question de ses propres pratiques et attitudes.

Apprendre à former et mieux encadrer les futur·es soignant·es

Lors du cursus commun en médecine, les médecins stagiaires accompagnent les spécialistes, assistent aux consultations, voient diverses manières de communiquer et de prendre soin des personnes et apprennent beaucoup de ces observations. Lors de la formation de spécialisation, ce n'est plus le cas. Les consultations se font à porte fermée et il devient rare de pouvoir observer ce qu'il se passe chez les collègues. D'ailleurs, plusieurs assistantes regrettent avoir été livrées à elles-mêmes dès le premier jour d'assistantat. Elles appellent donc les superviseur·ses à « compagnonner » les assistant·es de 1^{ère} et 2^e année, au moins durant la première semaine. Certes, les superviseur·ses sont présent·es lorsqu'il y a un acte technique difficile à poser, mais surchargé·es de travail, leur temps accordé à former les assistant·es est compté. Ceci se ressent dans l'appel d'une assistante à avoir des *feedbacks* sur sa manière de pratiquer et savoir ce qu'elle fait bien, ou non, et comment s'améliorer. Pour cela, travailler en binôme serait bénéfique.

Ajoutons que pour un meilleur encadrement, deux éléments sont essentiels : former à former et donner le temps d'apprendre.

Le premier prend sens car les superviseur·ses sont des gynécologues-obstétricien·nes travaillant sur le terrain, et tou·tes ne possèdent pas nécessairement de compétences pédagogiques. Il serait donc utile de former les professionnel·les qui supervisent les assistant·es. En addition, la formation continue permettrait d'ajuster, voire d'harmoniser les pratiques des soignant·es de diverses générations et d'éviter que des actes soient posés par habitude plutôt que pour des raisons médicales.

Le second renvoie au manque de temps qui se fait cruellement sentir dans tout le secteur des soins de santé. Dans beaucoup d'institutions de soins, l'organisation est telle que les consultations durent environ 20 minutes. Ce temps limité ne permet pas d'écouter toutes les patientes, de répondre à leurs questions, de leur prodiguer une information claire et complète, de les intégrer dans les prises de décision, de prendre en charge leur douleur ni de répondre à leurs besoins et désirs. Le temps fait d'autant plus défaut aux soignant·es en formation, qui apprennent progressivement leur métier. Les assistantes suggèrent d'à la fois augmenter les plages de consultation, et de favoriser la pluridisciplinarité en développant des « *routes parallèles d'information/de communication* » avec d'autres soignant·es, comme les sages-

femmes. Ainsi, si les soignant·es sont préalablement formé·es à communiquer et ont le temps pour prendre soin des femmes, ces dernières pourraient recevoir des soins plus personnalisés et les explications nécessaires à la compréhension des situations de soins.

Prendre soin des soignant·es

Les assistantes disent pouvoir, elles aussi, vivre difficilement certaines situations. Confrontées quotidiennement à la douleur de leurs patientes et à des circonstances humainement difficiles, il leur serait utile de partager ce qu'elles vivent. L'une d'elles dit qu'il est nécessaire d'avoir des séminaires, une autre réclame des entretiens dans le cadre d'un suivi psychologique et une troisième propose que les universités instaurent des groupes de parole avec des pairs, pour débriefer des situations difficiles vécues.

De plus, la cadence de travail en obstétrique étant intense, les assistantes disent pouvoir être fatiguées, moins avenantes, se couper de leurs émotions et de celles des patientes, car elles n'ont ni le temps ni l'énergie d'ouvrir la porte aux émotions. Ceci démontre que des ajustements au seul niveau de la formation serait insuffisant pour prévenir les violences obstétricales. Il est aussi nécessaire d'agir sur le système de soins de santé, actuellement axés sur la rentabilité, pour qu'il réponde véritablement aux besoins des personnes.

En résumé...

Nous avons vu dans les paragraphes précédents que des actions, tout au long de la formation des soignant·es, peuvent contribuer à la prévention des violences obstétricales. Dans les sollicitations qui reviennent souvent dans le discours des assistantes, nous retrouvons les rencontres entre futur·es professionnel·les et assistant·es, au travers d'ateliers et de séminaires. Une réelle demande des assistantes consiste à se mettre à l'écoute de leurs patientes pour mieux comprendre ce qu'elles vivent et adapter leur pratique en fonction de leurs besoins. Une autre requête consiste à réaménager leur formation pour que d'une part des moments de « compagnonnage » soient institués (davantage de stages dans le cursus initial de médecine, travail en binôme au début de l'assistantat) et que d'autre part des retours à l'université soient prévus pour bénéficier de cours théoriques et de simulations pratiques.

Notons que les pistes de prévention parcourues brièvement dans cet article viennent du discours situé de candidates spécialistes et se concentrent principalement sur la formation. En effet, les assistantes rencontrées ont leur propre définition des violences obstétricales. Certes, proposer des recommandations comme le fait le Sénat ou des pistes de prévention comme dans cette analyse, constituent un premier pas. Cependant, il est essentiel que les diverses parties prenantes partagent une vision cohérente et unissent leurs actions dans la lutte contre ces violences.

Effectivement, prévenir les violences obstétricales nécessite d’agir simultanément à différents niveaux. Nous pouvons brièvement citer quelques leviers à actionner et barrières à lever : la mise en application de la loi relative aux droits du patient, la révision de la responsabilité civile et pénale dans les soins de santé, la remise en question tant du paradigme médical paternaliste que de la protocolisation et standardisation des soins obstétricaux, l’évolution des mentalités concernant la place de la femme dans les processus décisionnels en santé, l’organisation des institutions de soins et comme déjà mentionné, les politiques de soins de santé basées sur un système de rentabilité.

Pour conclure, la prévention des violences obstétricales passe par plusieurs étapes dont la formation des futur-es soignant-es et la formation continue des actuels prestataires de soins. En intégrant des formations spécifiques sur les violences obstétricales, en réfléchissant aux soins à partir des besoins des femmes, en sensibilisant les futur-es soignant-es aux bonnes pratiques, en leur permettant de développer des compétences relationnelles, humaines et communicationnelles, nous pourrons espérer un changement durable des pratiques et améliorer l’expérience des femmes dans leur parcours de soins périnataux.

Notes

¹ R. Pérez D'Gregorio, « Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. International Journal of Gynaecology and Obstetrics », *The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 111, n°3, 2010, p. 201-202.

² M. Bourguignon et C. Collin, « #Investigation : Quelles solutions pour mettre fin aux violences obstétricales vécues lors des accouchements ? », RTBF, 2022.

³ « Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales », Sénat de Belgique, dossier n°7-245, 2024, p. 49.

⁴ C. Chomé, « Représentations du phénomène de "violences gynécologiques et obstétricales" par les assistantes en spécialisation de gynécologie-obstétrique », Université Catholique de Louvain, 2023.

⁵ C. Chomé, « Exploring obstetrics and gynaecology residents' representations of obstetric and gynaecological violence », manuscrit soumis en vue de publication, 2024. Le reste de cette partie repose également sur des données issues du manuscrit.

⁶ À ce sujet on peut consulter A.-I. Thuysbaert, « Le consentement éclairé en obstétrique, un droit théorique ? », *L'Université des femmes*, 2024.

Bibliographie

- BOURGUIGNON, Marie et COLLIN, Charlotte, « #Investigation : Quelles solutions pour mettre fin aux violences obstétricales vécues lors des accouchements ? », RTBF, 2022, disponible ici : <https://www.rtbf.be/article/investigation-queelles-solutions-pour-mettre-fin-aux-violences-obstetricales-vecues-lors-des-accouchements-10986030>.
- CHOMÉ, Céline, « Représentations du phénomène de "violences gynécologiques et obstétricales" par les assistantes en spécialisation de gynécologie-obstétrique », Université Catholique de Louvain, 2023.
- CHOMÉ, Céline, « Exploring obstetrics and gynaecology residents' representations of obstetric and gynaecological violence », manuscrit soumis en vue d'une publication, 2024.
- PÉREZ D'GREGORIO, Rogelio, « *Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. International Journal of Gynaecology and Obstetrics* », *The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 111, n°3, 2010, p. 201-202, disponible ici : <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>.
- « Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales », Sénat de Belgique, dossier n°7-245, 2024.
- THUYSBAERT, Anne-Isabelle, « Le consentement éclairé en obstétrique, un droit théorique ? », *L'Université des femmes*, 2024.