

FEEDBACK

QUAND LES PATIENTES S'EXPRIMENT...

L'ÉVALUATION PAR LES FEMMES DE LEUR ACCOMPAGNEMENT PAR LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES

Le 21 février 2019, l'Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL) a lancé une grande enquête auprès des femmes ayant été accompagnées par au moins une sage-femme libérale dans leur parcours gynécologique et obstétrical ou une séquence de celui-ci. Un « questionnaire d'évaluation de l'accompagnement gynécologique et obstétrical par les sages-femmes libérales » a été mis en ligne durant deux mois et demi¹ permettant aux femmes de donner leur avis de manière anonyme sur leur prise en charge par une/des sage(s)-femme(s) libérale(s). Après une présentation succincte du contexte et des objectifs de l'enquête, nous révélerons les principaux résultats issus de l'analyse des 1444 questionnaires complétés.

Il importe de resituer cette initiative portée par l'ANSFL dans son contexte, pour en saisir ses objectifs et sa méthode. En effet, ces dernières années les différents professionnel·le·s impliqué·e·s dans la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive des femmes en France ont fait l'objet de vives critiques qui n'ont pas été sans questionner les sages-femmes libérales (SFL) sur leurs propres pratiques professionnelles.

Les violences dans le suivi gynécologique et obstétrical en toile de fond

Le début des années 2010 a été marqué en France par l'émergence d'un phénomène social : celui des « violences obstétricales et maltraitances gynécologiques »². Visibilisées dans les médias et sur internet dès 2011³, les violences vécues par les femmes durant leur suivi gynécologique et obstétrical ont été l'objet d'une attention toute particulière à partir de 2014, du fait de la mise en lumière par la presse de deux pratiques — celle du « point du mari » et celle des touchers vaginaux sur patientes endormies — mais aussi suite aux recueils via internet de témoignages d'expériences négatives de consultations gynécologiques ou d'actes médicaux pratiqués sans le consentement de la patiente. Mais c'est en 2017 que s'est amplifiée la polémique autour de ce type de violences, notamment lorsque Marlène Schiappa, secrétaire d'État chargée à l'égalité entre les femmes et les hommes, annonce au Sénat que 75 % d'épisiotomies seraient pratiquées dans les hôpitaux français, déclaration particulièrement controversée⁴. Elle signifie par ailleurs avoir

demandé au Haut conseil de l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE) de produire un rapport ayant pour objectif de renseigner les différentes violences gynécologiques et obstétricales, document qui fut publié en 2018 sous l'intitulé : *Les actes sexistes dans le suivi gynécologique. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître prévenir et condamner le sexisme* et qui problématise les violences dans le suivi gynécologique et obstétrical comme des actes sexistes⁵. Dans son rapport, le HCE identifie six types d'actes sexistes durant la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive des femmes : « la non-prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation ; les propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant, qui renvoient à des injonctions sexistes ; les injures sexistes ; les actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente ; les actes ou refus d'acte non justifiés médicalement ; les violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol » (HCE, 2018 :4). Ainsi, au-delà des actes intrusifs dénoncés dans les médias (le « point du mari », l'épisiotomie et le toucher vaginal pratiqués sans le consentement de la femme), une pluralité de gestes et de propos sont redéfinis comme sexistes et réinscrits dans un continuum de violences à l'endroit des femmes lors de leur prise en charge médicale. Malgré les 26 recommandations formulées par le HCE, les actes sexistes vécus par les femmes durant leur suivi gynécologique et obstétrical n'ont fait l'objet que de peu de recherches. Lorsque des

enquêtes ont été menées, elles ont eu tendance à focaliser leur attention autour d'une séquence particulière des trajectoires procréatives des femmes : l'accouchement⁶ ou à englober les pratiques des différent-e-s professionnel-le-s impliqué-e-s dans la prise en charge de ce pan de la santé des femmes (Gineste, 2017). Pourtant comme le donnent à voir les nombreux témoignages sur internet et diffusés par les médias, ces expériences négatives voire violentes ont lieu dans les différents temps de l'encadrement médical du « travail procréatif », entendu comme l'ensemble des tâches liées à la procréation allant de la régulation de la fécondité, de l'entretien et de la surveillance sanitaire des sexualités, du suivi gynécologique jusqu'à l'accouchement ou aux « échecs reproductifs » (avortements — interruptions de grossesse — et fausses-couches) (Mathieu et Ruault, 2017) et peuvent avoir lieu lors d'interactions avec des professionnel-le-s de santé, hommes ou femmes, qu'ils et elles soient médecins (généralistes ; gynécologues médicales/ux ; obstétricien-ne-s) ou sages-femmes (Bourrelrier, 2018 : 24).

Renseigner les propos et actes sexistes dans l'accompagnement assuré par un-e/des sage(s)-femme(s)

Bien que les prises de positions (à la radio et dans la presse écrite) des représentant-e-s des différents corps professionnels impliqués dans la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive des femmes aient contribué à une représentation dichotomique et manichéenne, opposant des – voire les – médecins maltraitants aux sages-femmes bienveillantes (au pire complices)⁷, il paraissait indispensable pour l'ANSFL d'initier une analyse réflexive quant aux pratiques de ses propres membres et plus largement des SFL, pour renseigner les différents actes sexistes vécus par les femmes lors de leurs interactions avec ces dernières, dans les différents temps auxquels les femmes peuvent les consulter (pour un suivi de grossesse, lors d'un accouchement, durant un suivi post-partum, au cours d'un suivi gynécologique et/ou pour une IVG par médicaments) tout en tenant compte de leurs parcours de soins singuliers. L'enquête visait donc à évaluer la fréquence et à identifier la nature des actes portés ou des propos tenus par des SFL dans les différents espaces-temps de leur pratique et que les patientes les ayant sollicitées ont mal vécus. Il s'agissait d'offrir un premier état des lieux, de questionner les pratiques des SFL en activité, de manière à pouvoir les ajuster aux besoins et aux ressentis des femmes et d'ouvrir une réflexion quant aux améliorations possibles des formations dispensées aux étudiant-e-s sages-femmes.

De manière à appréhender au mieux ces différents propos et actes sexistes ayant lieu dans les interactions entre SFL et patiente, le titre du questionnaire ne faisait pas mention des expressions en vogue de « violences obstétricales » ou « maltraitances gynécologiques », considérant qu'elles pouvaient avoir un effet dissuasif sur des femmes n'ayant pas identifié par exemple les propos inappropriés d'une sage-femme lors de son suivi gynécologique comme une violence gynécologique ou un acte clairement sexiste. De plus, il

s'agissait de saisir et d'identifier, l'ensemble des discours et des pratiques de SFL, perçus par les femmes comme inappropriés, gênants et/ou violents qui, bien que portés par des femmes (majoritaires dans la profession) constituent une forme de sexisme et ne peuvent être réduits sous un même terme qu'il soit « violences » ou « maltraitances ».

Caractéristiques des femmes ayant répondu à l'appel

En France, on ne possède pas de données précises permettant de caractériser la patientèle des SFL. Il apparaît donc essentiel de renseigner le(s) profil(s) des femmes ayant répondu au questionnaire. Si le sondage par Internet a de nombreux avantages et fournit de précieuses informations, ses résultats sont à utiliser avec précaution puisque différents biais peuvent être induits tant par le mode de recrutement des enquêtées que par les modalités de passation du questionnaire (Frippiat et Marquis, 2010 ; Gingras et Belleau, 2015).

Les femmes ayant répondu au questionnaire en ligne sont des femmes âgées de 18 à 62 ans, mais elles ont une moyenne d'âge de 32 ans et les 28-38 ans représentent la plus grande partie des répondantes (72 %). Ce sont très majoritairement des françaises vivant en France métropolitaine (96,6 %) : les répondantes françaises vivant dans les Drom-Com représentant moins de 1 % des répondantes et les femmes d'origine étrangère vivant en France tout comme les Françaises vivant à l'étranger constituant environ 1 % de la population enquêtée. Elles ont des niveaux d'études variés, mais sont majoritairement très qualifiées et actives : plus des deux tiers d'entre elles (69,5 %) ont un bac+3 ou un niveau d'études supérieur et une activité professionnelle. Cependant, 16 % sont en congé maternité ou parental, 6,7 % d'entre elles sont au chômage ou bénéficiaires d'un revenu de solidarité active, 4,4 % sont étudiantes et 2,1 % mères au foyer au moment de l'enquête. Pour plus d'un tiers d'entre elles, la dernière activité professionnelle est celle d'employée, pour une répondante sur cinq celle de fonctionnaire et pour 26 % celle de cadre supérieure, une profession libérale ou intellectuelle. Si plus de 90 % des répondantes sont en couple hétérosexuel, 7,8 % sont sans partenaire (célibataire, veuve, séparée ou divorcée) et 1,2 % sont en couple homosexuel. La plupart des répondantes ont un enfant au moins (84,3 %). Ces dernières sont généralement mère, de un ou deux enfants, bien qu'un cinquième d'entre elles déclarent en avoir trois ou plus. Signalons ici que la répartition des femmes selon le nombre d'enfants est pratiquement identique à celle en population générale en France métropolitaine pour l'année 2015 (INSEE, 2018). De plus, presque un tiers des répondantes ont eu (ou pensent avoir eu) au moins une fausse-couche et 2 % ont vécu au moins une interruption de grossesse pour motif médical. Enfin, elles sont environ 15 % à déclarer avoir fait une interruption volontaire de grossesse (IVG).

Elles ont généralement consulté une SFL pour un suivi post-natal (79,2 %), pour un suivi de grossesse (77,3 %), deux activités repérées comme majoritaires chez les SFL en exercice (Dougnet et Vilbod, 2016 : 122). Parmi les

répondantes, 64,2 % sont allées voir une SFL pour un suivi gynécologique, ce qui illustre bien l'essor de cette nouvelle activité des SFL suite à l'extension de leur champ de compétences par la loi du 21 juillet 2009 dite loi « HPST ». Enfin, 15 % des répondantes ont eu recours à une SFL pour un accouchement, donnée cohérente avec les activités déclarées des SFL et le dénombrement des accouchements à domicile (AAD). En effet, selon l'enquête menée par Douguet et Vilbod en 2014, bien qu'autorisée depuis la loi du 31 juillet 1991, la réalisation de l'accouchement en plateau technique demeure une pratique peu développée et si la demande d'AAD progresse, ce type d'accouchement demeure marginal (2015 : 131-132 ; Pruvost, 2017). Enfin, seules 1,32 % de l'ensemble des répondantes ont vu une SFL pour une IVG. Deux éléments peuvent expliquer ce faible taux : la récente autorisation pour les SFL de pratiquer des IVG par médicaments (juin 2016) et la faible proportion de femmes ayant déclaré avoir avorté dans le groupe des répondantes. En effet en 2018, seules 2,9 % des sages-femmes en cabinet pratiquaient des IVG (Vilain et Rey-Drees, 2018 : 6) et seules 15 % des répondantes ont eu au moins une IVG, proportion faible au regard de celle en population générale qui est de 32 % (Vilain et Rey-Drees, 2018 : 2).

Des actes et propos sexistes marginaux dans la prise en charge des SFL

Globalement, quelles que soient la/les séquence(s) de leur trajectoire procréative prise(s) en charge par une SFL, les répondantes se déclarent « très satisfaite » (84,9 %) ou « satisfaite » (10,4 %) de l'accompagnement reçu par cette/ces professionnelle(s). Cependant, 4 % se disent « plutôt satisfaite » et moins de 1 % d'entre elles « plutôt insatisfaite », « insatisfaite » ou « très insatisfaite ». De manière à renseigner au mieux les insatisfactions des femmes, il est cependant nécessaire d'analyser les données recueillies quant aux différents temps de la prise en charge des répondantes assurés par une/des SFL. De part son caractère dynamique, le sondage en ligne s'adaptait aux trajectoires procréatives des femmes et à leur recours singulier à une SFL. Les données recueillies permettent donc de prolonger la réflexion amorcée par la médecin, Cécile Manaouil⁸ dans son article « La relation sage-femme/patiente peut-elle être violente ? » (2018), en questionnant les moments où et la manière dont cette interaction peut-elle être violente ou conduire à un malaise chez les patientes.

Si les gestes et les propos des SFL ayant généré un malaise chez les répondantes apparaissent marginaux, ils se concentrent sur les activités majoritaires des SFL : l'accompagnement prénatal et post-natal et le suivi gynécologique, incluant la prise en charge de l'IVG. De plus, si seulement 15 % des répondantes ont été accompagnées par une SFL lors d'un accouchement, il importe de rendre compte de la manière dont elles l'ont vécu, puisqu'il est un épisode de la vie des femmes construit socialement comme un « heureux événement ».

I. Les suivis prénataux faits par les SFL

1117 enquêtées ont été accompagnées par une SFL lors d'un suivi de grossesse. Si les femmes ont opté pour cette professionnelle avant tout pour avoir une prise en charge moins médicalisée (18,8 %), assurée par une seule et même personne (17,1 %), recommandée par leur entourage (14,4 %), un suivi plus individualisé (10,8 %), d'autres questions d'ordre plus pratique entrent en compte dans le choix des femmes : la proximité du cabinet de la SFL de leur lieu de résidence (16,4 %), le fait que la SFL se déplaçait à domicile (9,8 %) et les délais pour obtenir un rendez-vous, plus courts qu'ailleurs (8,7 %). Cependant, 117 femmes (10,5 % d'entre elles) ont répondu avoir choisi une SFL pour un suivi de grossesse du fait d'« une précédente expérience insatisfaisante ».

Opter pour une SFL, en raison d'« une précédente expérience insatisfaisante »

Les commentaires laissés par ces femmes renseignent sur certains aspects de la prise en charge des femmes qu'elles ont vécu négativement, commentaires plus ou moins importants en nombre selon les différents groupes de professionnel·les de soins (gynécologues, médecin généralistes, sages-femmes) et selon le sexe des soignant·e·s. Ainsi, sur les 117 commentaires, 60 concernent une expérience négative ou des violences vécues avec un·e/des gynécologue(s) soit 5,37 % de ces 1117 enquêtées (dans 32 cas avec des hommes et dans 18 cas avec des femmes), cinq avec un médecin, dont deux avec un médecin généraliste (3 cas avec des hommes et 2 avec des femmes) et 7 avec une sage-femme. Ces commentaires englobent des violences physiques, des actes brutaux ou douloureux, des propos déplacés, mais aussi un manque de disponibilité, d'écoute, d'information et d'attention des différents professionnels. Ces enquêtées soulignent notamment l'attention portée aux résultats obtenus par différentes techniques au détriment de leur propre parole et le caractère impersonnel de leur prise en charge, comme l'illustrent les commentaires suivants rédigés par des enquêtées :

« En allant voir un gynécologue, on a l'impression d'être qu'une femme parmi d'autres... à la chaîne » (enquêtée de 34 ans, bac+2, employée, mère de 3 enfants).

« Lors de ma première grossesse, le suivi de grossesse a été fait par une gynécologue. Aucune écoute bienveillante, voire une écoute jugeante. Aucune personnalisation du suivi. J'avais l'impression d'avoir loué mon utérus à la médecine, voire d'être tombée dans le domaine public... » (femme de 43 ans, bac+3/4, cheffe d'entreprise en congé parental, 3 enfants ou plus).

« Médecin qui infantilise et déconsidère les ressentis et avis des femmes » (répondante de 26 ans, bac+3/4, employée, un enfant).

Enfin, plusieurs d'entre elles témoignent de malaises suite à une fausse-couche (« banalisée », ou annoncée sans « aucune empathie ») ou dans l'accompagnement d'un deuil périnatal, qui ont motivé leur choix d'une SFL pour leur grossesse suivante.

Des femmes globalement satisfaites, mais...

L'ensemble des enquêtées ayant eu recours à une SFL pour la première fois pour un accompagnement de grossesse en sont majoritairement satisfaites (« extrêmement satisfaite », « très satisfaite » ou « plutôt satisfaite » à 99 %) et qualifient la professionnelle rencontrée alors de « bienveillante » (21 %), « respectueuse » (20 %), « douce » (17,4 %), « encourageante » (16,9 %) « patiente » (13,6 %) et « discrète » (9,7 %). La SFL est qualifiée de « professionnelle mais sans chaleur », « infantilissante », « moralisatrice », « critique », « envahissante » ou « malveillante » dans 1,7 % des cas et un peu moins de 1 % se sont dites « insatisfaite » de ce premier accompagnement de grossesse réalisé par ce type de professionnelle. Les raisons énoncées par ces quelques femmes pour expliquer leur insatisfaction sont plurielles : le non-dépistage d'une dépression ou la non-proposition d'orientation vers une psychologue, un « manque de professionnalisme et de connaissances » ou un « suivi trop rapide » conduisant ces femmes à ressentir un manque d'information et/ou de préparation pour l'accouchement ou à avoir l'impression d'être « trait[ées] comme des numéros ». Parmi les femmes ayant changé de SFL pour leur grossesse suivante, 8 % ont fait ce changement du fait de l'attitude générale de la première SFL et 4,6 % ont opté pour une autre SFL ayant trouvé leur premier accompagnement insatisfaisant.

Durant un/des accompagnement(s) de grossesse, 6 femmes sur 1116 (0,5 %) ont déclaré avoir ressenti un malaise quant à un acte pratiqué par une SFL sur leur corps (plus spécifiquement un toucher vaginal ou un examen gynécologique, actes perçus comme trop fréquents par deux d'entre elles), et ce notamment du fait du caractère intime de la zone examinée et d'une douleur ressentie lors de la réalisation de ce geste. Cependant, il est à signaler qu'une femme mentionne un malaise dû à un effet de surprise – l'acte ne lui ayant pas été expliqué en amont – mais aussi parce qu'elle n'était pas d'accord avec sa pratique. Aujourd'hui âgée de 32 ans, bac+5, mère de 3 enfants, ayant une activité professionnelle de type cadre supérieure, elle était alors âgée de 22 ans, était étudiante et c'était sa première grossesse. Bien que ces situations de malaise soient très peu fréquentes dans les déclarations des enquêtées, aucune de ces femmes n'a pu exprimer son malaise à la professionnelle (trop embarrassée, par manque d'occasion ou du fait d'un sentiment d'une « infantilisation de la part de la professionnelle »), rappelant que la relation soignante/patiente peut-être vécue comme hiérarchisée, et ce d'autant que les patientes sont jeunes et sans expérience préalable de la maternité biologique.

Des sujets sensibles

Si les répondantes sont très peu nombreuses à avoir vécu un malaise quant à un acte posé par une SFL lors d'un accompagnement de grossesse, elles sont un peu plus nombreuses à exprimer ce sentiment suite à un/des propos d'une SFL (2,2 %). Bien que ce nombre soit faible, l'enquête a permis d'appréhender les sujets de ces paroles ayant été mal vécues par les femmes. C'est avant tout sur les choix quant à l'accouchement (ex. : le mode de gestion de la douleur, le choix d'une maternité) que portent ces commentaires dérangeants pour les femmes. Une des répondantes (34 ans, bac+8, de profession de type cadre supérieure, mère de 3 enfants) explique : « *je lui fais part de mon désir d'essayer d'accoucher sans péridurale pour mon 2^e enfant et j'attendais des conseils de sa part dans ma préparation pour gérer la douleur. Je n'ai eu que ..."bof, pour un 2^e si ça va vite, pourquoi pas sans autre accompagnement"* », tandis qu'une autre (étrangère vivant en France de 40 ans, bac+3/4, employée en congé maternité, mère de 3 enfants) déclare : « *La sage-femme m'a bien fait comprendre qu'elle n'aime pas suivre les femmes qui désirent accoucher avec péridurale. Elles les traitaient froidement et sans respect* ». Mais les commentaires gênants pour les femmes portent aussi sur les conditions de survenue de la grossesse (ex. : la contraception alors ou l'absence de contraception) ou sur le poids et l'alimentation des femmes, comme en rend compte le paragraphe rédigé par une enquêtée de 39 ans, bac+5, mère de 2 enfants : « *Oh vous avez pris 3 kg en un mois, faut arrêter de se ruer sur les bonbons, hein. J'AI PAS MANGÉ DE BONBONS BORDEL. Plusieurs remarques aux consultations suivantes sur l'importance de ne pas prendre trop de poids. J'ai pris 12 kg en tout, ça ne me semblait pas si terrible. Je suis un être humain, pas une courbe de poids* ». Enfin, ils peuvent témoigner de la non-inclusion du compagnon de la femme enceinte dans la prise en charge, d'un malaise de la SFL quant à une situation d'homoparentalité, de jugement de valeur quant à leur situation personnelle ou matérielle (ex. logement dans un mobil home), quant à leur manière de vivre la grossesse (« *trop cérébrale* » ou « *trop fleur bleue* ») ou la recommandation de traitement (ex. homéopathie) vis-à-vis duquel des femmes se disent « *dubitative(s)* ». Face à ces propos, les répondantes soulignent majoritairement ne pas avoir exprimé leur malaise à la professionnelle. Si 12 % d'entre elles ont pu ouvrir un échange, un tiers de celles qui l'ont fait, a trouvé cela difficile à faire et la réaction de la SFL n'a pas toujours été perçue positivement par les femmes alors. Ainsi, une répondante (45 ans, bac+5, mère de 2 enfants) qui a exprimé ses doutes quant à l'homéopathie témoigne de la réaction de la sage-femme alors : « *Elle était sur la défensive. Je n'ai pas insisté* ».

À propos de l'écoute en consultation

Au-delà des actes et des propos, les résultats de l'enquête soulignent que 2 % des répondantes ayant été accompagnées par une SFL durant leur grossesse ont eu le sentiment de ne pas être prise au sérieux par cette dernière que ce soit quant au vécu physique (fatigue, nausée - hyperémèse

gravidique) ou psychologique de leur grossesse, quant au choix exprimé concernant l'accouchement (physiologique ou à domicile) voire dans le partage d'information médicale comme l'illustre le commentaire d'une répondante (33 ans, bac+2, en congé maternité-employée, mère de 2 enfants) : « Elle savait. Pas moi visiblement. Réponses évasives, jugements, pas de transparence sur le côté médical ». Cela n'est pas sans questionner le poids du capital culturel des patientes dans leur possibilité d'énoncer leur ressenti à la SFL, tout comme dans leur vécu des interactions avec une/des SFL.

Enfin, elles sont 3,2 % à avoir eu le sentiment que la SFL minimisait des symptômes, notamment des angoisses (17 %), du mal-être (15 %), des douleurs (13 %), des problèmes de sommeil ou des nausées (9,4 % pour chaque). Parmi les autres symptômes minimisés par la SFL, mentionnés par les femmes s'ajoutent des contractions, de l'anémie, des bouffées de chaleur, des essoufflements, une hyperémèse gravidique, des nausées, des reflux, une paralysie faciale, des métrorragies, une impossibilité de marcher et un œdème.

II. Quand les SFL accompagnent les femmes lors de leur suivi post-natal

Les répondantes ayant été accompagnées par une SFL lors d'un ou de plusieurs suivi(s) post-accouchement sont encore là globalement satisfaites de cette prise en charge. 98,7 % d'entre elles sont « plutôt satisfaite », « très satisfaite » ou « extrêmement satisfaite ». Les quelques femmes se déclarant « insatisfaite » ou « très insatisfaite » soulignent principalement le manque de soutien psychologique, de conseils quant à l'allaitement, de disponibilité voire des désistements de rendez-vous, et surtout un investissement insuffisant dans la rééducation périnéale comme l'illustrent les propos d'une enquêtée de 33 ans, bac+8, mère de 2 enfants : « Séance de rééducation branchée à un ordi pendant que la sage-femme pouponne... pas l'impression que ça ait une efficacité... ».

Aussi, si la majorité des femmes définissent l'attitude de la SFL durant cette séquence de leur trajectoire procréative positivement (98,7 % des adjectifs choisis par les femmes ont une valeur positive), une minorité la définissent comme « professionnelle mais sans chaleur humaine », « moralisatrice », « infantilisante », « critique », « envahissante », « humiliante » ou « envahissante ».

Malaises autour de la rééducation périnéale

Dix femmes sur 1142 déclarent avoir été mal à l'aise suite à un acte porté sur leur corps par la sage-femme alors. C'est encore sur la rééducation périnéale que se concentrent les commentaires des femmes mécontentes. Certaines expriment leur malaise quant à l'usage d'une machine : « Pour ma première grossesse, la rééducation était faite par sonde, sans chaleur humaine, livrée un peu à moi-même pour les exercices de rééducation avec la sonde, exercice désagréable un peu douloureux. Pour autant, les deux autres expériences

de rééducation pour ma deuxième et troisième grossesse je n'ai pas ressenti de malaise, la rééducation était manuelle, plus personnalisée et plus adaptée à mes attentes en terme d'exercice et d'efficacité. Je conseille vivement la technique manuelle de rééducation » (mère de 3 enfants de 35 ans, bac +8). D'autres soulignent au contraire le malaise pour elles « d'avoir une main d'inconnue à cet endroit » (femme de 32 ans, bac+3/4, mère de 2 enfants) ou d'avoir « une main dedans sans que je ne comprenne rien aux exercices, sans qu'on ne cherche à me les expliquer » (enquêtée de 38 ans, bac+3/4, fonctionnaire en congé parental, mère de 2 enfants). Dans l'ensemble de ces cas, c'est bien le caractère intime de la zone concernée qui est la raison du malaise, bien que la douleur ressentie en soit quelques fois l'origine.

Mais dans plus de 80 % des cas, les femmes n'ont pas exprimé leur malaise à la professionnelle. L'enquêtée citée précédemment ne comprenant pas les exercices de rééducation souligne alors avoir « beaucoup pleuré. La sage-femme a [alors] proposé d'arrêter la rééducation ».

Ces mots qui blessent

Parmi le groupe de répondantes accompagnées par une SFL après un accouchement, 1,9 % déclarent avoir ressenti un malaise suite à un/des propos de la professionnelle. Dans 24 % des cas, ils portent sur le type d'allaitement pratiqué. Par exemple, une mère de deux enfants de 33 ans, bac+5 : « quand j'étais en difficulté sur le démarrage de l'allaitement, elle a dit à mon mari d'acheter une boîte de lait au cas où, pour me rassurer. Sauf que c[e] n'était pas du tout ce que je voulais. Je ne me suis pas sentie entendue dans mon inquiétude ». Dans les autres cas, il concerne la situation personnelle des femmes, leur sexualité, leur poids, leur contraception, le choix fait d'un AAD et d'un attrait pour les services des doulas, l'évocation de la mort subite du nourrisson par la SFL, la gestion de leur enfant (poids, pleurs, sommeil) ou encore leur investissement dans les exercices de rééducation périnéale. Cependant, les femmes ont plus souvent exprimé leur malaise à la SFL (dans 22,7 % des cas) face à un propos vécu comme dérangeant durant le suivi post-natal, que durant l'accompagnement de la grossesse. Toutefois, il est des situations où les femmes n'ont pu s'exprimer, comme c'est le cas d'une d'entre elles, âgée de 33 ans, mère de 2 enfants, bac +2, employée en congé parental. Elle raconte sa situation alors : « J'étais en difficulté dans mon post-partum, et aussi dans la rééducation après une épisio qui avait lâché puis [avait] été reprise. [J'avais] très peu de sensations, c'était dur, j'étais en souffrance émotionnelle. Mais je me donnais à fond dans la rééducation, mais n'obtenais pas de super résultats. Un jour, lors du rdv, LE (un homme sage-femme) m'a dit : "Enfin moi, c'est pas mon problème. Mon périnée à moi, il va très bien" ». Elle dit alors n'avoir pu exprimer son malaise, « scotchée » et ajoute : « Ça a confirmé mon idée que je n'étais pas en accord avec un homme en tant que sage-femme pour mon suivi ». Ainsi, l'événement participe à la reconnaissance d'un autre type de malaise chez elle, plus latent, lié à l'appartenance de la classe de sexe masculin du professionnel de soin.

De plus, 2,29 % des enquêtées ayant été accompagnées après un accouchement par une SFL signalent ne pas avoir eu le sentiment d'être prises au sérieux par cette dernière durant cette période, notamment quand elles exprimaient leur état émotionnel (inquiétudes, mal-être, suspicion de baby-blues, sentiment de solitude), des difficultés d'allaitement ou le désir d'être stérilisée. Ainsi, une femme de 32 ans, mère de deux enfants de 4 et 12 ans, en couple hétérosexuel, bac +3/4, explique : « *J'ai parlé de mon souhait d'être stérilisée, elle m'a répondu que j'étais trop jeune, que je ne devrais pas faire ça, et que la grossesse était épanouissante pour toutes les femmes* ». Enfin, ce sentiment est vécu par les femmes quant à l'expression de signes physiques gênants (des douleurs en lien avec l'épisiotomie vécue, une descente d'organes, de la fatigue) comme le confirment les réponses des femmes quant aux conséquences de la grossesse et de l'accouchement minimisées par la SFL. En effet, les 37 femmes ayant eu le sentiment que certaines de ces conséquences étaient minimisées (qui représentent 3,2 % enquêtées prises en charge par une SFL dans un suivi post-natal), les douleurs physiques représentent 22,6 % des signes minimisés, avant le mal-être (21 %), un sentiment de solitude et de la fatigue (chacun 14,5 %), des angoisses (11,3 %), une dépression (6,5 %), un problème de sommeil (4,8 %), l'importance de la rééducation du périnée (3,2 %).

III. Les suivis gynécologiques assurés par les SFL

Si la possibilité des femmes de consulter une SFL pour un suivi gynécologique est relativement récente, nombreuses sont les enquêtées à avoir opté pour ce type de professionnelle à un moment de leur parcours et elles en sont généralement satisfaites. En effet, 99,4 % d'entre elles se disent « plutôt satisfaite », « très satisfaite » ou « extrêmement satisfaite » de leur prise en charge.

Quand les femmes expriment leur douleur et leur désaccord

Les 6 femmes (sur 927) ayant déclaré une insatisfaction soulignent des frottis ou des poses de stérilet douloureux voire un échec de pose, un manque d'empathie et des réflexions inappropriées sur une poitrine. Mais c'est moins de 1 % des femmes ayant consulté une SFL pour un suivi gynécologique qui mentionne un adjectif négatif pour qualifier l'attitude de la SFL alors.

1,9 % d'entre elles déclarent avoir vécu un malaise quant à un acte porté par une SFL lors d'un suivi gynécologique. Il s'agit principalement des examens gynécologiques dans 50 % des cas, de la pose et du retrait d'un stérilet dans 33,3 % des situations déclarées ou d'une manipulation des seins pour 16,7 % des femmes. Dans cette séquence de la prise en charge des femmes, c'est la douleur ressentie qui est principalement évoquée comme source du malaise (dans 56,5 % des cas), bien avant le caractère intime de la zone examinée (26 %) et un effet de surprise — l'acte n'ayant pas fait l'objet d'explication en amont —. Dans 50 % des cas de malaise lié à un acte lors d'un suivi gynécologique, les femmes se sont

exprimées et la réaction a été majoritairement positive bien que deux femmes déclarent un manque d'adaptation de part de la SFL. Ainsi, l'une d'entre elles, médecin, âgée de 27 ans et sans enfant au moment de la passation du questionnaire, raconte : « *Étant moi-même médecin, je cherchais un soignant inconnu pour mon suivi gynéco. Frottis fait avec brutalité par rapport à tous mes précédents et réflexion inadaptée sur ma poitrine (qui aurait pu avoir un retentissement psy catastrophique si je n'étais pas moi-même soignante)* ». Elle exprime alors son malaise à la professionnelle, bien que cela soit difficile à faire pour elle. C'est ainsi qu'elle décrit la réaction de la SFL : « *Pas d'excuses ni d'adaptation à ma douleur. J'ai géré par moi-même en respirant calmement pour calmer ma douleur et me décontracter* », elle n'a « *pas [fait] de commentaire quand je lui ai expliqué que ma forme de sein avait beau être différente, elle était parfaitement compatible avec un allaitement malgré ses affirmations* », signalant l'importance d'un certain capital culturel dans la verbalisation du malaise par les patientes et le vécu de remarques déplacées.

Des sages-femmes, relais des normes sociales dominantes ?

Enfin, si les femmes déclarent moins souvent des propos gênants durant le suivi gynécologique (0,6 %) que durant les précédentes séquences détaillées, ces derniers portent pour plus d'un tiers sur la situation personnelle des femmes (37,5 %), leur apparence physique, leur poids et leur contraception (chacune dans 12,5 % des cas). Enfin, deux femmes mentionnent des propos dérangeants portant sur des sujets non-mentionnés dans les choix de réponses proposés : l'une, évoque une question sur des abus sexuels et l'autre, une incitation à faire une mammographie considérée par la femme comme non-nécessaire, après qu'elle ait exprimé son désir de vouloir avoir un enfant avec un potentiel risque génétique de cancer. Si la moitié des femmes gênées par des propos de la professionnelle lors de cette séquence n'ont pu exprimer leur malaise à la SFL, dans la dernière situation évoquée la femme de 33 ans (bac+8, un enfant) l'exprime ouvertement et la SFL fait preuve de « *compréhension et [se] rem[et] en question a posteriori* ».

L'IVG, une pratique particulière dans le suivi gynécologique des femmes ?

Enfin, si la prise en charge de l'IVG a été appréhendée comme une séquence distincte du suivi gynécologique, nous avons opté pour l'intégrer dans cette sous-partie, puisqu'elle est un pan du contrôle des naissances. Si seulement 21 femmes parmi les enquêtées se sont dirigées vers une SFL pour une IVG, certains résultats doivent être soulignés. Sur ce sous-groupe, 22 % n'ont pu être prises en charge par une SFL alors, puisqu'aucune SFL ou la SFL consultée ne les pratiquait alors. Enfin, pour les 17 femmes ayant consulté une SFL pour une IVG, une enquêtée signale avoir été « très insatisfaite ». Cette dernière est âgée de 44 ans, elle est détentrice d'un bac et fonctionnaire et n'a pas d'enfant au moment de l'enquête. Elle décrit ainsi l'attitude de la SFL et la situation lorsqu'elle la consulte pour une IVG :

« Méchante et au lieu de me soutenir [dans ma décision, elle me dit que c'est] une décision que je ne voulais pas. Elle était encore plus odieuse ». Aussi, si deux femmes se déclarent « plutôt satisfaite » de leur prise en charge par une SFL lors d'une IVG, l'une d'entre elles (35 ans, bac+5, fonctionnaire alors en congé maternité, française vivant dans les Drom-Com) ajoute cependant un commentaire pour expliquer cette satisfaction mitigée : « Regards moralisateurs, jugements négatifs ». Ainsi, si l'évaluation de l'attitude des SFL rencontrées lors d'une IVG est globalement positive (elle est qualifiée dans 77 % des cas par un adjectif positif), elle est considérée « moralisatrice », « malveillante », « humiliante », « professionnelle mais sans chaleur » (23 % des adjectifs cochés par les enquêtées). Une seule enquêtée (celle précédemment citée ayant fait état de jugements négatifs) a ressenti un malaise durant un acte porté sur son corps durant ce suivi IVG. Il s'agissait d'une vérification d'utérus durant laquelle elle a eu mal. Lorsqu'elle a exprimé son malaise, la SFL « elle m'a encore plus mal parlé » écrit-elle, soulignant le caractère particulier de l'IVG dans la pratique de certaines SFL.

IV. Les accouchements réalisés par les SFL

Parmi les répondantes au questionnaire, 216 femmes ont été accompagnées par une SFL lors d'un ou de plusieurs accouchements. C'est notamment pour leur deuxième accouchement qu'elles ont été accompagnées par une SFL (dans 40 % des cas), 36 femmes ayant opté pour ce type d'accompagnement seulement à partir de leur deuxième grossesse et pour toutes les suivantes (soit 16,7 % des femmes accompagnées par une SFL lors d'un accouchement). La plupart des répondantes (70 %) ont opté pour l'accompagnement de l'accouchement par une SFL dès leur première grossesse et ont refait ce choix pour les suivantes quelque soit le nombre d'enfants qu'elles ont. Elles sont très majoritairement « satisfaite » ou « très satisfaite » de cet accompagnement (99,1 %). Seule une femme s'est déclarée « plutôt satisfaite ».

Le choix d'être accompagnée par une SFL est pour elles motivé par différentes raisons : la volonté d'avoir un/des accouchements personnalisés et moins médicalisés (20,6 % pour chacune de ces raisons), car la SFL les avait accompagnées durant leur grossesse (20,2 %) mais aussi la volonté d'un accouchement à domicile (AAD) (17,9 %) et une expérience précédente en hôpital/clinique insatisfaisante (8 %). Les autres motifs évoqués pour justifier ce choix étaient que la SFL avait été recommandée par une personne de leur entourage (5,2 %) et que les femmes souhaitaient un accouchement en plateau technique (4,4 %).

Des patientes aux expériences passées négatives ou violentes

Il importe de souligner ici que parmi les raisons qui ont motivé les femmes à solliciter l'accompagnement d'une SFL pour un/des accouchement(s), 112 femmes sur 216 (soit 52 %) déclarent avoir eu une précédente expérience en hôpital/clinique insatisfaisante et parmi elle 20,5 % déclarent des

avoir vécu des violences obstétricales. Ainsi, une interprète de 39 ans, mère de 2 enfants raconte : « Expérience traumatisante physiquement et psychologiquement avec [une] sage-femme de garde qui m'a fait accoucher. Elle ne faisait preuve d'aucune empathie. Je ne me suis pas sentie prise en charge. Aucune écoute et violences gynécologiques traumatisantes et humiliantes (rupture de la poche des eaux sans prévenir, sans mon accord et de façon brutale, paroles méchantes jusqu'à que j'accepte de poser la péri, refus de mettre mon bébé au sein en salle de travail car elle était trop fatiguée...) ». Une autre enquêtée, employée en congé parental de 32 ans, mère de 2 enfants, rend compte ainsi de cet accouchement qu'elle a mal vécu : « Accouchement en clinique, l'obstétricien vient pour accoucher une patiente à 3 h du matin donc tant qu'à faire, autant accoucher l'autre patiente (moi). 5 min de poussée, il demande la ventouse alors qu'il n'y a aucune détresse ni autre raison. Aucun respect de la femme et aucune réflexion sur les conditions favorables à la mise au monde. Monsieur n'était là que pour facturer son acte. Comme si on avait expressément besoin de lui pour accoucher ! ». Plus globalement, les femmes ayant vécu une précédente expérience d'accouchement insatisfaisante en clinique ou en hôpital soulignent le manque de chaleur humaine et le caractère impersonnel de cette prise en charge passée.

Vers des pratiques de bientraitance

Durant la prise en charge d'un accouchement par une SFL, seule une femme (0,5 %) déclare que la professionnelle ne s'est pas assurée de son bien-être physique et quatre enquêtées (1,87 %) mentionnent qu'elle ne s'est pas assurée de leur bien-être émotionnel. Une enquêtée de 32 ans, bac+5, mère d'un enfant, écrit par exemple que la SFL qui l'accompagnait alors : « Elle était préoccupée par la grippe de sa fille », donnant à voir notamment la difficile articulation pour les SFL de leur travail salarié et de la charge mentale qu'implique leur propre maternité.

96,3 % des femmes ont été accompagnées par la personne de leur choix lors de cet/ces accouchement(s) (en grande majorité leur conjoint-e, à 92,7 %) et l'attitude de la SFL est très majoritairement qualifiée alors par des adjectifs positifs (98,4 %). Cependant, dans 2,3 % des cas, les enquêtées déclarent ne pas avoir l'impression d'avoir eu les explications nécessaires avant chaque acte posé sur leur corps (expression abdominale, épisiotomie, décollement de membrane).

Malgré les commentaires mentionnés, les femmes disent s'être senties « respectée » (20,9 %), « soutenue » (20,3 %), « en sécurité » (19,1 %), « libre » (19,5 %), « écoutée » (19,1 %) lors de cet accompagnement. Les adjectifs « infantilisée » ou « limitée dans vos mouvements » n'ont été cochés qu'une seule fois, alors qu'elles étaient 214 à être invitées à qualifier leur accompagnement par une SFL lors de leur accouchement.

3,7 % des enquêtées concernées considèrent que la prise en charge de leur douleur lors de cet/ces accouchement(s) était

insuffisante. Si les principales méthodes proposées par les SFL pour les soulager sont le changement de position (30 %), des massages (20,8 %) et des exercices de respiration (20 %), les enquêtées mentionnent aussi le chant ou la production de son (12,5 %), l'écoute de musique et de sons (7,2 %) et une diversité de pratiques telles que le bain, la piscine, l'application de tissus chauds, l'acupuncture, l'acupression, la réflexologie plantaire, l'haptonomie, le ballon, la suspension, l'auto-hypnose, la visualisation, l'homéopathie, l'aromathérapie, les huiles essentielles, les fleurs de Bachs.

Durant leur accouchement, 61,2 % déclarent avoir eu soif. Dans 65,9 % les femmes se sont vues proposer à boire par la SFL qui les accompagnait alors. Mais 4,2 % n'ont pu avoir à boire, lorsqu'elles l'ont demandé : si deux femmes n'ont pas eu d'explication quant au refus qui leur était indiqué, une d'entre elles, signale qu'il a été argumenté par un « *risque de vomissements* » et deux, une éventuelle opération nécessaire. De plus, si 25,7 % des enquêtées ont eu faim alors, 5,6 % n'ont pu manger lorsqu'elles avaient faim, le plus souvent car elles ne l'ont pas demandé et que l'on ne leur a pas proposé.

Enfin, si 21,5 % des femmes n'ont pas eu alors de touchers vaginaux, elles sont 76,2 % à déclarer en avoir eu de 1 à 6. Quatre femmes ont par ailleurs mentionné en avoir eu de 7 à 12 et une femme signale en avoir eu entre 13 à 25. Cependant, les femmes ayant eu 7 touchers vaginaux ou plus n'ont pas ressenti alors de gêne. C'est parmi celles ayant eu entre 1 et 6 touchers vaginaux, que certains malaises s'expriment. En effet, dans ce groupe, elles sont 13,5 % à avoir vécu ces gestes « avec un peu de gêne malgré les précautions de la

sage-femme », 2,9 % à avoir trouvé cela « douloureux » et 1,2 % à l'avoir vécu « comme un/des acte(s) très intrusif(s) ».

Conclusion : les dimensions sociales des interactions SFL/patientes en question

Si les résultats de l'enquête rendent compte du caractère marginal des actes et propos de SFL vécus comme gênants par les femmes durant les différents temps de la prise en charge de leur trajectoire procréative, ils révèlent la fréquence des actes et les propos sexistes pour ces femmes dans leur suivi gynécologique et obstétrical assuré par d'autres professionnel-le-s de santé tout comme de leur insatisfaction dans leurs interactions avec ces dernier-e-s. Aussi, si ces gestes et paroles gênants pour les femmes sont peu fréquents dans le suivi assuré par les SFL, les données recueillies se doivent d'être restituées. En effet, elles amènent à questionner les caractéristiques des femmes les ayant déclaré et la distance sociale qui les séparent des SFL (différences de capitaux culturels, économiques, différences d'âge, de sexe, de sexualité, d'origine). Dans quelle mesure les positions sociales des patientes renforceraient ou amenuiseraient la relation experte/patiente déjà hiérarchisée? De plus, les quelques informations recueillies sur l'IVG invitent à penser la manière dont le motif de la consultation peut influencer la prise en charge des femmes.

Un rapport présentant les résultats détaillés de l'enquête sera accessible sur le site de l'ANSFL au printemps prochain.

— Marie Mathieu

¹ Le questionnaire a par ailleurs fait l'objet d'une campagne de communication concomitante à sa mise en ligne, combinant deux types de diffusion de l'information : un affichage de poster dans les salles d'attente des sages-femmes de l'association et un partage d'annonce via les réseaux sociaux.

² Pour une chronologie détaillée des événements ayant conduit à la reconnaissance des violences obstétricales comme problème public en France, voir Audibert, 2016 et Bourrellet, 2018. Soulignons que si les expressions « violences obstétricales » et « maltraitements gynécologiques » ont bien souvent été employées comme équivalentes, selon Camille Bourrellet, le terme « violence » plus souvent associé au domaine de l'obstétrique, exprime l'utilisation de la force physique ou du pouvoir contre un groupe, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès. Le mot « maltraitance » plus fréquemment articulé avec la spécialité gynécologique implique quant à lui, une durabilité et une chronicité. « Il appuie sur l'importance de la remise en question des pratiques au long cours et fait écho au concept de "bientraitance" nécessaire dans la pratique de soin » (2018 : 44-45).

³ En effet, comme le rappelle Natassia Audibert : « Une des premières initiatives militantes françaises menées appelant à des témoignages d'usagers de santé remonte à avril 2011, et concernait le vécu des IVG » (2016 : 15).

⁴ L'Enquête Périnatale réalisée en mars 2016 en France et dont le rapport a été publié après les déclarations de la Secrétaire d'État indique que 20 % des femmes ont eu une épisiotomie lors de leur accouchement durant l'année étudiée (Inserm, Dress, 2017 : 113). Pour plus de détails sur la controverse, voir : Bourrellet, 2018 : 34.

⁵ Les actes sexistes sont l'ensemble des comportements se basant sur une différenciation et hiérarchisation des groupes sociaux de sexe. Ils recouvrent les attitudes, gestes et paroles discriminants à l'égard des femmes.

⁶ Comme l'enquête menée par le Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane) par questionnaire en ligne, réalisée en continu et ayant conduit à la publication de différents dossiers thématiques, ou les enquêtes menées par l'observatoire des violences obstétricales ou l'Institut de recherche et d'actions pour la santé des femmes (Irasf) initiées en 2015 et en 2019. Cette focalisation des recherches sur les violences gynécologiques et obstétricales sur la grossesse et l'accouchement est d'ailleurs perceptible dans les programmes des ateliers ou journées d'études universitaires dédiées à ce type de violences, tels que l'atelier « Violences obstétricales » organisé dans le cadre du 2^e Congrès du GIS Institut du genre (2018), ou la conférence internationale : « Violences obstétricales. Enjeux épistémologiques et controverses » qui aura lieu le 6 décembre prochain à l'Ined.

⁷ Comme le souligne Camille Bourrellet, dès la médiatisation de l'affaire du « point mari » se donne à voir dans la presse, « une opposition manichéenne et sans nuance des deux corps de métiers impliqués dans cette polémique » : les gynécologues (principaux mis en cause, qui « rejettent en bloc » les accusations portées) et les sages-femmes (en milieu hospitalier) : les « blouses roses » (qui sont témoins ou dénonciatrices des actes dévoilés publiquement) (2018 : 22). Cette opposition sera pérennisée tout au long des différentes « affaires », notamment du fait des déclarations publiques largement médiatisées des présidents successifs du Syndicat national des gynécologues obstétriciens (Syngof) et de ceux du Collège national des gynécologues obstétriciens (Cngof), tout comme de l'intervention du Collège national des sages-femmes de France (Cnsf) selon lequel les sages-femmes seraient « contraintes de devenir complices des violences obstétricales faites aux femmes » (2015). Cette opposition sera d'ailleurs exacerbée au moment de l'annonce de la rédaction du rapport par le HCE : tandis que le Conseil national de l'ordre des sages-femmes accueille cette nouvelle favorablement (Cnosf, 2017), le président du Cngof refuse d'y collaborer, considérant que ce rapport ne devrait pas être sous la responsabilité du secrétariat à l'égalité entre les femmes et les hommes (Ovidie, 2019).

⁸ Cécile Manaouil est professeure en médecine légale et en droit de la santé à l'UFR de médecine de l'Université de Picardie Jules Verne, praticienne hospitalière au CHU d'Amiens. Affiliée au CEPRISSA (Centre de droit privé et de sciences criminelles d'Amiens), elle fait ses recherches sur le secret médical, les expertises médicales, la responsabilité médicale, les droits des patient-e-s, et les soins aux détenus.

MARIE MATHIEU

Marie Mathieu est docteure en sociologie. Lauréate 2018 du prix de la bourse de Paris en études de genre, elle mène actuellement deux enquêtes portant respectivement sur les femmes voyageant hors de France pour avorter et la prise en charge de l'avortement médicamenteux en France. Ces recherches s'inscrivent dans le prolongement de sa thèse sur la construction sociale de l'expérience contemporaine d'avortement à Paris et à Montréal, dont sont issus un article dans *Nouvelles Questions Féministes* : « Le Centre de Santé des femmes de Montréal d'hier à aujourd'hui. Des pratiques en mouvement » (2018, 37/1) et un texte intitulé « Une poignée de sel sur les braises de la lutte pour la libération de l'avortement et de la contraception » (*Mouvements*, 99/3, 2019). Coordinatrice de l'atelier Genre, Normes procréatives et Parentalité de 2012 à 2019, elle a aussi coordonné avec Lucile Ruault le dossier « Le travail procréatif. Contrôle de la fécondité, engendrement et parentalité » pour *Recherches sociologiques et anthropologiques* (2017, 48/2). Elle s'intéresse par ailleurs au travail esthétique qu'impliquent certains métiers de service, autre pan invisible du travail exigé notamment des femmes, comme elle l'illustre dans une récente publication : « La fabrication du corps des "hôtesse de table". Comment l'uniforme produit les classes de sexe dans la restauration » (*Nouvelles Questions Féministes*, 2019, 38/2).

— Cresppa-CSU,
59-61 Rue Pouchet, 75849 Paris Cedex 17, France
marie.mathieu@cnsr.fr

BIBLIOGRAPHIE

- Audibert Nastassia, « *Violence obstétricale* », *Émergence d'un problème public en France*, Mémoire de master, International Development, sous la direction de Jean-Noël Jouzel, PSIA, Sciences Po, 2016
- Bourrelier Camille, « *Violences obstétricales* ». *Histoire de l'émergence d'une nouvelle préoccupation sociale*, Mémoire, École régionale de Sages-Femmes, sous la direction de Coline Cardi et Maï Le Du, Tours, 2018
- CIANE, « Enquête sur les accouchements », Paris, CIANE, 2012-2015. Dossiers issus de l'enquête [En ligne] Consultés le 23 octobre 2019 sur : ansfl.org/122/acc1
- CNOSF (Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes), « Rapport sur les violences obstétricales : une nécessité », 2017 [En ligne] Consulté le 3 novembre 2019 sur : ansfl.org/122/acc2
- CNSF (Collège national des sages-femmes de France), « Recours à la péridurale : choix ou contrainte pour les femmes ? », Communiqué du CNSF, 24 août 2015 [En ligne] Consulté le 3 novembre 2019 sur : ansfl.org/122/acc3
- Douguet Florence et Alain Vilbrod, « Le métier de sage-femme libérale », in *Les sages-femmes. Une profession en mutation*, Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), p. 121-147
- Fripiat Didier et Nicolas Marquis, « Les enquêtes par Internet en sciences sociales : un état des lieux », *Population*, vol. 65, n° 2, 2010, p. 309-338
- Gineste Coline, *L'impact du sexisme sur la qualité des soins en gynécologie*, Mémoire de master éthique du soin et recherche, sous la direction de Flora Bastiani, Universités de Toulouse, 2017 [En ligne] Consulté le 20 octobre 2019 sur : ansfl.org/122/acc4
- Gingras Marie-Eve et Hélène Belleau, « Avantages et désavantages du sondage en ligne comme méthode de collecte de données : une revue de la littérature », *Working paper*, n° 2, Institut national de la recherche scientifique Centre - Urbanisation Culture Société Montréal, 2015
- HCE (Haut Conseil de l'Égalité entre les femmes et les hommes), *Les actes sexistes dans le suivi gynécologique. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître prévenir et condamner le sexisme*, 2018 [En ligne] Consulté le 3 novembre 2019 sur : ansfl.org/122/acc5
- INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), « Familles selon le nombre d'enfants » in *Ménages et familles. Recensement de la population. INSEE Résultats*, 2018 [En ligne] Consulté le 3 novembre 2019 sur : ansfl.org/122/acc6
- INSERM, DRESS, *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010* [En ligne] Consulté le 3 novembre 2019 sur : ansfl.org/122/acc7
- IRASF (Institut de recherche et d'actions pour la santé des femmes), « Enquête sur l'accouchement en France », France, 2019. Présentation de l'enquête [En ligne] Consultée le 2 novembre 2019 sur : ansfl.org/122/acc8
- Manaouil Cécile, « La relation sage-femme/patiente peut-elle être violente ? », *La Revue Sage-Femme*, vol. 17, n° 6, 2018, p. 261-271
- Mathieu Marie et Lucile Ruault, « Une incursion collective sur un terrain éclaté pour une approche matérialiste des activités liées à la production des êtres humains », présentation du dossier « Le travail procréatif. Contrôle de la fécondité, engendrement et parentalité », *Recherches sociologiques et anthropologiques* [En ligne], vol. 48, n° 2, 2017, [En ligne] Consulté le 20 octobre 2019 sur : ansfl.org/122/acc9
- Ovidie, « Tu enfanteras dans la douleur », Film documentaire, Magnéto Presse, ARTE France, France, 59 min, 2019
- Ovo France (Observatoire des violences obstétricales), « Questionnaire d'évaluation des violences obstétricales », France, 2015. Présentation de l'enquête [En ligne] Consultée le 2 novembre 2019 sur : ansfl.org/122/acc10
- Pruvost Geneviève, « Qui accouche qui ? Étude de 134 récits d'accouchement à domicile », *Genre, sexualité & société*, n° 16 [En ligne] Consulté le 10 novembre 2019 sur : ansfl.org/122/acc11 ; DOI : 10.4000/gss.3849
- Vilain Annick et Sylvie Rey – Drees, « 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 », *Études et Résultats*, n° 1081, Drees, 2018

Atelier et conférence

- « Violences obstétricales », atelier lors du 2^e Congrès du Gis Institut du genre (IDG), Université d'Angers, 28-29 août 2019
- « Violences obstétricales. Enjeux épistémologiques et controverses », Conférence internationale, Institut national d'études démographiques (INED), 6 décembre 2019. Programme [En ligne] Consulté le 3 novembre 2019 sur : ansfl.org/122/acc12