

Reconnaître et analyser les violences obstétricales, une démarche pertinente d'évaluation et d'amélioration des pratiques

How Recognizing and Analyzing Obstetric Violence a Relevant Approach to Evaluating and Improving Practices

A. Evrard

© Lavoisier SAS 2020

Résumé Les récits des femmes concernant des situations de violences obstétricales ont souvent bouleversé les professionnels, avant que ce thème ne fasse l'objet de communications et d'études. Toutefois, ces témoignages ne sont que très rarement utilisés comme support de réflexion au sein des services d'obstétrique. Nous proposons d'en analyser le contenu afin de comprendre en quoi ils fournissent une matière susceptible d'enrichir l'analyse des pratiques professionnelles. Nous proposons qu'ils puissent faire l'objet d'un travail élaboré, selon une méthodologie inspirée des outils déjà connus (CREX ou RMM), et défendons le développement de « RMM de vécu ».

Mots clés Violences obstétricales · Témoignages · Analyse et évaluation des pratiques professionnelles · Revue de morbidité

Abstract Women's testimonies regarding obstetric violence often have upset professionals, prior to becoming the subject of various studies and communications. However, they are still rarely used to support professional reflections inside obstetrical wards. This article proposes to analyze these testimonies and to illustrate how their content is susceptible to provide an instructive analysis of professional practices. It suggests that their testimonies to be considered following a method inspired by already-existing tools (CREX or RMM) and advocates the development of "perception case RMM".

Keywords Obstetric violence · Testimonies · Analysis and evaluation of professional practices · Morbidity review

La diffusion par les femmes de témoignages de violences obstétricales (nommées aussi « comportements inappropriés »

et « maltraitements ») et d'accouchements traumatiques a été d'abord vécue comme très déstabilisante par bien de professionnels de périnatalité. Depuis, certains réseaux de santé périnatale et les sociétés savantes se sont emparés de cette question dans leurs colloques ou pour initier des études et des groupes de travail en vue de recommandations. Toutefois, dans les services d'obstétrique, il est encore exceptionnel d'utiliser les récits des couples comme support d'analyse et d'amélioration des pratiques. Même lorsque les parents demandent la tenue d'une médiation au sein de l'établissement, les retours vers l'équipe obstétricale sont, dans l'écrasante majorité des cas, très limités. Quelques expériences d'utilisation de ces récits dans une revue de morbidité ont été menées de façon exceptionnelle. Bien souvent, ces accouchements sont considérés comme normaux et sans problématique médicale particulière au regard des critères professionnels. Les équipes voient donc mal l'intérêt de s'approprier les récits et en quoi ils pourraient les éclairer sur des voies d'amélioration. Mais modifions l'angle d'approche et penchons-nous sur les effets iatrogènes, nombreux, de ces accouchements traumatiques. Les conséquences connues de ces situations sur la santé des femmes appellent à une vigilance toute particulière. Puisque la prévention est au cœur des préoccupations en périnatalité, analyser ces récits peut alors être une des voies pour prévenir des situations iatrogènes pour la santé globale d'une mère, d'un couple et de son bébé.

Les professionnels se doivent toutefois d'être correctement informés du champ des violences obstétricales et de leurs conséquences à court et long termes. Aborder ces récits sans a priori, en acceptant les interpellations qui en découlent, dans le souci de saisir le vécu spécifique des parents concernés, est un second préalable indispensable.

Les violences obstétricales, une perturbation de la relation de soin dans sa globalité

La violence ressentie en périnatalité peut concerner l'ensemble du suivi, de l'anténatal au postnatal et être le fait de

A. Evrard (✉)

Coprésidente du Ciane (collectif interassociatif autour de la naissance),
40, rue de Chanzy, F-75011 Paris, France
e-mail : collectif@ciane.net

soignants de toutes spécialités et fonctions. Les histoires que nous recueillons mettent en cause aussi bien des médecins (obstétriciens, anesthésistes) que des sages-femmes ou des auxiliaires de puériculture, sans distinction d'âge et de sexe.

Autres points importants, les actes violents ne sont qu'un versant de ces situations et c'est bien la relation aux soignants dans son ensemble qui est atteinte. C'est d'ailleurs le plus souvent l'absence d'une communication satisfaisante entre les soignants et la femme qui signe l'apparition de ces violences. Ainsi, les premiers éléments rapportés par les parents sont-ils des propos infantilisants, sexistes, humiliants, des dénigrements, voire des menaces et des intimidations.

« Dès le début, la sage-femme se moquait de moi quand je disais que j'avais mal, elle me disait que je faisais ma chochette et elle disait "eh bien, si vous trouvez que ça fait mal maintenant, qu'est-ce que ça sera plus tard !" Tout le temps, elle était sèche. Même quand j'ai voulu me redresser pour accoucher, elle m'a parlé brutalement et elle ne voulait pas. Après, elle me disait que je ne savais pas pousser, que je n'avais rien compris à la technique. Je voulais pousser en expirant, elle disait que non, ce n'était pas efficace. Elle criait "allez, faut y aller, mais vous l'avez faite cette préparation ???". Et puis après "Mais vous ne donnez pas tout là, ce n'est pas possible, parce que là, il ne se passe rien là, mais qu'est-ce qui vous retient ? Vous êtes sûre que vous le voulez ce bébé ?", et ces phrases répétées, et encore répétées plusieurs fois.

Je me suis sentie nulle, humiliée, j'avais envie de pleurer, comme si je ne savais pas ce qu'il fallait faire de bien pour mon bébé. J'ai envie d'oublier cet accouchement, mais tous les soirs, ça revient, plus je veux oublier, plus ça revient. »

À cela s'associent une absence d'information et d'échanges ainsi que peu ou pas de respect des choix des femmes. Le consentement n'est pas recherché, et les refus exprimés n'ont pas d'influence sur le comportement des soignants.

« Ce déclenchement me fait très peur, d'autant que je ne comprends pas leur décision : tous mes dextros sont bons. Mon mari était avec moi, il a râlé en disant qu'on aimerait discuter, qu'on nous explique, moi je pleurais, on nous a dit "on vous a déjà suffisamment écouté, vous devriez voir la psy, manifestement, tout se mélange dans votre tête, et si vous n'êtes pas d'accord, voilà votre dossier, vous pouvez aller ailleurs". Je suis à presque 38 SA, ils veulent que j'aïlle où ? Le déclenchement, je l'ai appris entre deux portes, à la fin de la consultation, on ne m'avait jamais parlé de ça avant. Je croyais trouver du réconfort auprès de la sage-femme, je me suis fait engueuler comme si j'étais une

gamine de cinq ans, elle m'a traitée d'irresponsable, m'a punie en me disant "si vous vous obstinez comme ça, je ne vous ferai pas votre séance d'acupuncture". À mon mari, l'obstétricienne a dit "s'il arrive quelque chose au bébé, faudra pas venir pleurer." Plus ça va, plus j'ai peur, je n'ai plus confiance, je ne veux pas y aller, je voudrais juste qu'on écoute ce que j'ai à dire. »

« La sage-femme arrive et dit qu'on va mettre plus d'ocytocine, les contractions s'intensifient et ma douleur avec. J'ai besoin qu'on m'aide, la sage-femme revient avec une étudiante et lui dit qu'elle sait quoi faire. Comme je la vois prendre un médicament sans rien me dire, je lui demande ce que c'est, pour savoir si ça va m'aider. Elle me rétorque sèchement "et ça va vous dire quoi ? vous êtes trop dans le mental, faut lâcher prise et faire confiance. Et puis là, il va falloir augmenter votre seuil de résistance à la douleur !". J'en ai les larmes aux yeux, je voudrais juste qu'elle m'explique, que je sache où je vais, mais depuis le début, elle n'a jamais une attitude humaine, elle ne m'explique pas, toujours des mots durs et culpabilisants. »

« Je ne veux plus de touchers vaginaux, je n'en peux plus, j'en ai tout le temps alors que j'avais dit que j'en voulais le moins possible, l'interne, l'obstétricienne, l'étudiant sage-femme qui doit apprendre. Je le dis "arrêtez, s'il vous plaît arrêtez". Mais un coup le médecin, après l'interne, ils discutent de la situation, et ils proposent à l'étudiant d'en faire un. Je dis non, mais on me dit "il faut bien que les étudiants apprennent". L'étudiant a toujours été gentil avec moi, alors je ne dis plus rien, mais c'est horrible pour moi, encore un de plus que je ne voulais pas. »

Une prise en charge insuffisante ou inadaptée de la douleur, voire le déni de la souffrance exprimée sont très régulièrement au cœur de ces récits. Quand cela s'accompagne de commentaires désobligeants ou d'une attitude distante ou agressive, les conséquences sont d'autant plus graves.

« Il arrive et ne se présente pas, j'ai mal depuis des heures, c'est vraiment dur parce que la péridurale ne marche pas, je vois qu'il sort des instruments. D'un coup, il enfonce les forceps, je suis sidérée, je n'arrive plus à respirer, il continue, je suis sous le choc de la douleur, c'était une souffrance indescriptible. J'ai cru mourir, mais la sage-femme m'a gardé en vie, elle m'a dit de la regarder dans les yeux, je fixais ses yeux, tout était noir, j'étais au fond d'un puit mais je voyais ses yeux. Après, il a mis sa main pour le placenta et il m'a recousu direct, je sens tout, j'essaie de lui parler, mais rien, un mur de béton, comme si je n'existais pas, il ne m'a jamais regardé, jamais considérée, je n'étais pas une personne. Juste une phrase quand je disais que

c'était très dur "oh vous, ça va, il y en a qui hurlent". J'ai cru mourir ou finir à l'asile. »

« La sage-femme installe mes jambes sur les étriers, me dit d'attendre et de ne pas pousser, et elle s'en va ! Je ne peux pas m'empêcher de pousser ! Cette position ne me convient pas, c'est terrible. L'étudiante, qui m'assiste, m'aide à changer de position. Ça me soulage, mais quand la sage-femme revient, elle me demande sévèrement pourquoi ce changement, et elle critique l'étudiante, qui, pourtant, a été la seule à m'avoir un peu aidée. Par contre, elle, elle m'a fait attendre pour appeler le gynécologue, cela dans les pires souffrances. Et elle m'installe à nouveau comme elle veut, sans ménagement et alors que bouger m'est très douloureux. C'est trop dur comme ça, je demande à rechanger de position, au moins essayer. Elle me dit non, que c'est la seule position acceptée par les gynécologues. Pourtant, quand j'avais visité la maternité, on m'en avait montré d'autres ! Mais je n'ai plus la force de répliquer. Elle insère ses mains plusieurs fois en moi sans explication, sans rien me demander, même pendant les contractions les plus fortes. Je souffre et elle me fait souffrir encore plus. »

« Moi, je suis arrivée vraiment en confiance, on était détendu, heureux.

Mais après, l'anesthésiste ne s'est même pas présentée, elle était énervée, a dit à mon mari "bon, alors, il sort ?" alors qu'on m'avait bien dit qu'il serait là tout le temps. Elle me parlait brutalement "allez-y faites le dos rond, et tenez-le hein !". Je faisais tout ce que je pouvais, mais c'était difficile, et là, elle se met à me crier dessus "mais vous êtes nulle, vous ne tenez rien, encore une qui n'a pas fait de prépa, tenez-vous je vous dis".

Elle me prend les épaules, elle me secoue fort, je ne la voyais pas dans mon dos, elle me faisait peur. Alors j'essaie de lui parler calmement, parce que j'avais peur qu'elle s'énerve encore plus, je lui ai dit "expliquez-moi, je vais faire preuve de bonne volonté". Et elle se moque : "de la bonne volonté ? Mais j'espère bien, c'est la moindre des choses". Mais ça n'allait jamais "ah non, elle est nulle, c'est pas possible".

Et personne ne disait rien, on me regardait, la sage-femme me tenait la main, me chuchotait que c'était bientôt fini, mais on ne lui disait rien, elle m'injurait, me secouait fort, me criait dessus, et personne n'intervenait.

Quand elle est partie, j'ai fait une crise de panique, je n'avais plus confiance en personne, je posais toujours les mêmes questions, 3-4 fois, j'ai eu peur tout du long, jamais tranquille. Et quand on est parti en césarienne, je me suis dit « voilà, tu avais raison d'avoir

peur, parce que maintenant, on va mourir tous les deux. »

« En partant au bloc, j'insiste parce que je peux bouger mes jambes, que je sens bien les contractions, j'ai l'impression que personne n'en tient compte, je le répète aussi à ceux qui sont au bloc, l'anesthésiste m'injecte quelque chose et me dit que je n'ai pas de douleurs, seulement des sensations. Mais dès que l'obstétricien incise, je sens tout, je hurle, c'est la fin du monde, une torture sans nom : je vais mourir et on me crie "arrêtez de crier comme ça, arrêtez de crier, vous faites une crise de panique", on me présente le bébé alors que je hurle toujours à cause de la suture. Le premier contact de mon bébé avec moi, je hurlais. »

Les récits peuvent aussi souligner le manque de respect de l'intimité et de la pudeur, l'absence de bienveillance ou de soutien ainsi que des gestes et des comportements brutaux, d'autant plus mal vécus que la femme se sent vulnérable et douloureuse. Notons que l'on ne peut négliger, même s'ils sont plus rares, la présence d'actes médicaux inappropriés et d'une obstétrique dégradée, sans respect des recommandations de bonnes pratiques. La pratique de l'expression abdominale reste par exemple, dans ces accouchements traumatiques, encore régulièrement rapportée. Toutefois, il ne faudrait pas en déduire que la survenue de ces accouchements traumatiques ne concernerait que des équipes défaillantes : tous les types de maternité et d'exercice y sont représentés.

Ces témoignages peuvent insister sur un soignant considéré comme le plus délétère. Toutefois, ils démontrent combien ces situations, de façon très majoritaire, cumulent un enchaînement de manquements qui interrogent aussi sur ce qu'une équipe tolère. Les situations de maltraitance ne sont pas l'irruption de la violence dans un contexte serein, mais bien plus une chaîne de comportements inappropriés, qui les uns après les autres creusent le lit du traumatisme final.

Un socle commun de dysfonctionnements et de conséquences

Les témoignages ont en commun d'être très descriptifs et précis. Ils décrivent chronologiquement une consultation, un accouchement, un entretien en suite de couches et mettent en parallèle les faits vécus et les émotions qu'ils ont engendrées chez la femme et son conjoint. S'ils ne sont bien entendu pas à comparer à un compte-rendu médical, ils fournissent une matière riche pour comprendre l'analyse par les parents des événements et l'impact des postures et des attitudes des soignants sur leur vécu immédiat et à plus long terme. C'est d'autant plus intéressant que nombre de ces comportements ne sont pas relevés par les soignants eux-mêmes et qu'ils échappent donc à leur évaluation. Ainsi

n'est-il pas excessif d'affirmer que ces témoignages fournissent une part manquante aux soignants dans l'analyse de leurs pratiques.

Tous ces récits présentent des séquences semblables et témoignent de points communs récurrents, quel que soit le contexte décrit. On y retrouvera ainsi :

- la rupture du contact et du dialogue avec les soignants ;
- la perte par la femme de sa place d'interlocutrice, d'actrice centrale des événements ;
- une perte de confiance dans l'équipe et une grande solitude ;
- un sentiment de dévalorisation, d'humiliation et de ridicule, d'infantilisation ;
- la non-prise en compte des ressentis spécifiques, la négation de sa capacité à poser des choix légitimes et considérés comme essentiels ;
- un sentiment de dépossession de son rôle, de son corps, de son bébé ou, à l'inverse, d'être réduite à n'être qu'un corps ;
- un vécu d'isolement et d'abandon et dans l'urgence, l'absence d'une personne dédiée à l'explication ou même à un simple contact ;
- l'émergence de la peur et du risque de mort sans qu'ils puissent être ouvertement exprimés.

Il est notable de signaler que les femmes remarquent dans ces moments de tsunamis émotionnels violents celui ou celle qui lui porte une attention jugée sincère et empathique. C'est alors non seulement un soutien déterminant sur le moment, mais aussi au long cours, dans les multiples épisodes de réminiscences qui jalonnent ensuite le parcours. Les femmes qui ont pu bénéficier d'un tel contact au milieu des tourments traversés en parlent avec gratitude.

En parallèle, les femmes décrivent les séquelles subies depuis ces événements, qui se présentent comme un vrai traumatisme. Notons que lorsque le père a pu être associé au récit, il traduit souvent un vécu tout autant traumatique, qui persiste comme chez sa compagne pendant plusieurs mois, voire plusieurs années. Les signes décrits sont les suivants :

- perte du sommeil, de l'appétit, cauchemars, réminiscences, flashes répétitifs sur les moments les plus difficiles, angoisses majeures, pleurs fréquents, image personnelle dégradée, culpabilité, colère, difficulté dans le lien à l'enfant ;
- isolement par rapport aux proches de peur d'être incomprise, repli sur soi ;
- impossibilité de reprendre le travail ou arrêt nécessaire après la reprise, car obsédée par la remontée des événements, tristesse, découragement, fatigue physique et psychique intense ;

- douleurs corporelles diffuses, douleurs périnéales persistantes, même en l'absence de lésion ou d'épisiotomie, sexualité gravement atteinte, voire inexistante, crise conjugale ;
- perte de confiance dans les soignants, abandon du suivi médical personnel ou errance médicale.

Voilà ce que peuvent dire les femmes de leur souffrance :

« Je ne me sentais pas légitime auprès de ma fille, je n'étais pas la bonne personne pour m'occuper d'elle, j'avais une immense fatigue, j'étais vidée, sans aucune énergie, j'avais le sentiment que je n'avais rien à lui donner, en fait j'étais comme en dehors de mon corps, presque morte. »

« Entre les séquelles physiques et les angoisses, on n'a plus vraiment de relations intimes, j'ai mal tout le temps et mon mari, il ne va pas bien non plus, il était là, il m'a vue hurler et souffrir, il faudrait qu'on soit aidés tous les deux. »

« Quand j'ai repris mon travail d'infirmière, très vite, c'est devenu intenable, j'avais des flashes où moi, j'allais agresser mes patients. Et puis avec le petit, c'est difficile, je ne peux pas le poser, le laisser, il hurle, il faut que je sois là tout le temps, je suis éreintée, je suis en colère et en conflit avec moi, avec mon mari, mon mari va mal aussi, il ne veut plus d'enfant, c'est terrible. Je suis une soignante, mais je n'ai plus confiance dans les soignants, c'est intenable. »

« Je me sens coupable de ne pas avoir résisté, de ne pas avoir su réagir, que la naissance de mon bébé se soit passée comme ça, j'en veux à mon mari de ne pas m'avoir défendue. »

« Je suis dans une souffrance extrême. Je suis obligée de refouler mes pensées sur l'accouchement et le séjour pour tenter de voir le bébé pour ce qu'il est. Je dois m'imaginer que je l'ai adopté, que ce n'est réellement pas le mien pour m'en occuper correctement. J'ai le sentiment qu'en le ramenant à la maison c'est toute la maltraitance de l'hôpital que j'ai ramenée chez moi, car il est la preuve de ce qui s'est passé. »

Certains pères s'expriment aussi :

« Je ne peux plus entendre parler de naissance, les femmes enceintes, je les évite, les documentaires, les films où on voit des accouchements, j'éteins tout de suite, parce que je me sens trop mal. Et puis j'ai peur pour ma femme, elle a eu une vie dure, elle a résisté à beaucoup de choses, je sais son courage mais là, comme ça, je ne l'ai jamais vue, j'ai peur qu'elle ne remonte pas, j'ai peur pour notre fils, pour l'avenir, j'y pense tout le temps, même quand je ne veux pas. »

« C'est très difficile pour moi, elle ne veut plus aucun suivi médical, je suis médecin mais je ne peux pas être

le sien pour tout. J'ai peur pour sa santé, pour elle quand elle va mal, pour notre famille... tout est remis en cause, on n'aura peut-être pas d'autres enfants. Je me sens coupable de ne pas avoir remis mes collègues à leur place, comme si je m'étais mis de leur côté plutôt que du sien. Et en plus, ça remet complètement en cause mon approche de la profession, comment on peut être soignant et se comporter ainsi, dans un hôpital de référence ? Je suis médecin à l'hôpital, je sais que je fais des erreurs aussi, mais là, l'absence d'empathie, les propos moqueurs, la violence des gestes, est-ce que je fais ça aussi parfois sans le voir ? »

Récits de situations violentes : quels traitements pour quels usages ?

Les femmes et les couples ayant traversé ces accouchements traumatiques souhaitent de plus en plus régulièrement obtenir une écoute de la part des professionnels et des établissements de santé à distance des événements. Leur première démarche est souvent d'écrire au chef de service et/ou au cadre, mais ils peuvent aussi demander la tenue d'une médiation ou bien s'adresser aux conseils de l'Ordre des médecins dans le cadre d'une conciliation.

Les rencontres informelles avec le chef de service ou les cadres sont souvent insatisfaisantes pour les situations les plus lourdes. La charge émotionnelle est très forte pour la femme, le couple, potentiellement victimes de stress post-traumatique, ce qui nécessiterait une approche travaillée et spécifique de l'entretien. Or très souvent, ces rencontres ne permettent pas d'aborder comment les parents ont vécu les faits et les conséquences subies. Ils sont souvent confrontés à un professionnel soucieux de justifier les choix médicaux de son équipe (même lorsqu'ils ne sont pas remis en cause par les parents), qui renvoie leur vécu à une mauvaise compréhension de la situation ou à une sensibilité particulière. On peut même remettre en cause leur récit sous prétexte que personne ne s'est jamais plaint des professionnels mis en cause, par ailleurs très appréciés de leurs collègues. Comme dans le cas de cette psychologue, sollicitée par le chef de service pour faciliter un entretien avec un couple. Alors même que les propos dénoncés par ce dernier étaient avérés et reconnus, elle affirma que ses collègues, qu'elle connaissait bien, ne pouvaient s'être comportés ainsi et que les parents avaient donc fait erreur.

Ces attitudes, qui peuvent être le fait de professionnels par ailleurs bienveillants, montrent combien il est difficile d'accueillir ces récits de violences ressenties et éprouvées. Être confronté à la violence vécue fait violence au lecteur. Cela peut remettre en cause l'image que l'on a de son équipe et de ses pratiques. Nous pensons que face à des situations de

traumatisme sévère, l'entretien avec les parents et le traitement de la situation peuvent difficilement reposer sur une seule personne, quand bien même il s'agit du responsable du service.

La rencontre avec l'équipe de médiation de l'hôpital ou de la clinique peut permettre de contourner cet écueil, à condition qu'elle s'organise autour d'une démarche solide, fondée sur les besoins des personnes portant réclamation, au risque sinon de les confronter aux mêmes travers que décrits plus haut. Bien menée et soutenue par une équipe de médiation aguerrie et sensible à la situation de ces femmes et de ces couples, la médiation peut être une étape cruciale du processus de réparation. Encore faut-il que les décisions et promesses énoncées en fin de rencontre soient suivies d'effet. Or souvent, le compte-rendu soumis aux parents ne reflète que trop partiellement le contenu des échanges. Les demandes formulées (des excuses, que leur situation soit utilisée en formation, que l'équipe mette en place une démarche pour mieux tenir compte des demandes et du vécu des parents...) sont rarement retenues et mises en place. Les parents éprouvent une déception intense, se sentent trahis et renforcé dans leur conviction que toute confiance est impossible :

« Je viens de répondre au médiateur et cela m'a beaucoup coûté psychologiquement d'écrire ce message, j'arrive au bout de ce que je peux supporter.

La médiation avait été très positive, mais la suite ne l'a pas été, c'est à l'image de mon suivi de grossesse. Je n'en peux plus !!! Je redoute de me reprendre un mail comme celui que j'ai reçu la semaine dernière alors que j'attends juste que soient appliquées les décisions clairement exprimées en médiation et ensuite validées en Commission des usagers (CDU). La situation est très douloureuse tellement elle manque de considération parce que les promesses faites ne sont pas tenues. »

Quant aux conciliations organisées par les conseils de l'Ordre, elles prévoient que le patient rencontre le professionnel mis en cause. Pour bien des femmes, c'est une option impossible car trop violente. Un certain nombre à l'inverse y aspire, pour qu'un échange soit enfin possible avec le soignant incriminé. Mais les attitudes des conciliateurs sont très aléatoires et si certains témoignent d'une vraie volonté d'écoute et d'accompagnement, beaucoup encore n'accordent que peu de crédit aux paroles des couples.

Face à ces constats, des établissements prennent des initiatives louables et choisissent de traiter ces témoignages comme un support de travail. Quelques-uns ont même été analysés au cours de revue de morbidité (RMM), provoquant la surprise puis finalement l'intérêt de la part des participants. Mais c'est encore exceptionnel et beaucoup de réticences demeurent :

« Qu'est-ce que je peux faire de cette histoire ? Je comprends bien la situation et l'état de cette dame,

mais je ne me vois pas demander à l'équipe de plancher là-dessus. » (Une obstétricienne)

« Pour la RMM, j'ai donné à l'interne le récit d'une dame que j'avais reçue moi-même et je lui ai demandé de le préparer. Il est revenu me dire "mais il n'y a rien à dire sur ce cas !" » (Une cadre)

Or, si l'on s'en tient à la définition de la Haute Autorité de santé (HAS), une revue de morbidité et de mortalité est une « analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins... [C']est une analyse globale de la situation, prenant en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient. De ce fait, elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou des individus. À l'issue de cette analyse, des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes peuvent être tirés afin de mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ». On retrouve un souci semblable dans le comité de retour d'expérience (CREX), décrit comme « une démarche collective, organisée, rétrospective et systémique de recueil et d'analyse des défaillances produites lors de la prise en charge d'un patient ».

Les situations dont nous parlons se caractérisent bien par des événements à l'origine de dommages à la patiente, parfois aussi à son conjoint. Elles décrivent manifestement des défaillances dans la prise en charge. De plus, les atteintes physiques et psychiques sont, nous l'avons vu, graves et s'inscrivent dans la durée, mettant la santé globale de la femme en cause.

Ce qui est en jeu tourne autour de points clairement définis, qui font intégralement partie des responsabilités des soignants : information et communication de qualité, attitude respectueuse, respect du droit du patient et des recommandations de bonnes pratiques. Rien ne semble s'opposer à ce que ces témoignages soient effectivement utilisés comme support d'évaluation et d'amélioration des pratiques, avec certes une méthodologie adaptée. Expérimenter des « RMM de vécu » ouvrirait la voie à une meilleure compréhension des besoins des femmes et des couples, dans le souci d'amélioration de la qualité des pratiques qui est au cœur des démarches professionnelles. À n'en pas douter, cela permettrait aussi aux parents concernés de retrouver confiance dans les professionnels de périnatalité et de répondre à leur souci, très majoritaire, que leurs démarches évitent à d'autres de vivre ce qu'ils ont subi.

Liens d'intérêts : L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.