



SÉNAT DE BELGIQUE

Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales

RAPPORT D'INFORMATION

15 janvier 2024





*Le texte peut être téléchargé à l'adresse suivante:
<http://www.senate.be>*

Deze tekst is ook in het Nederlands beschikbaar.

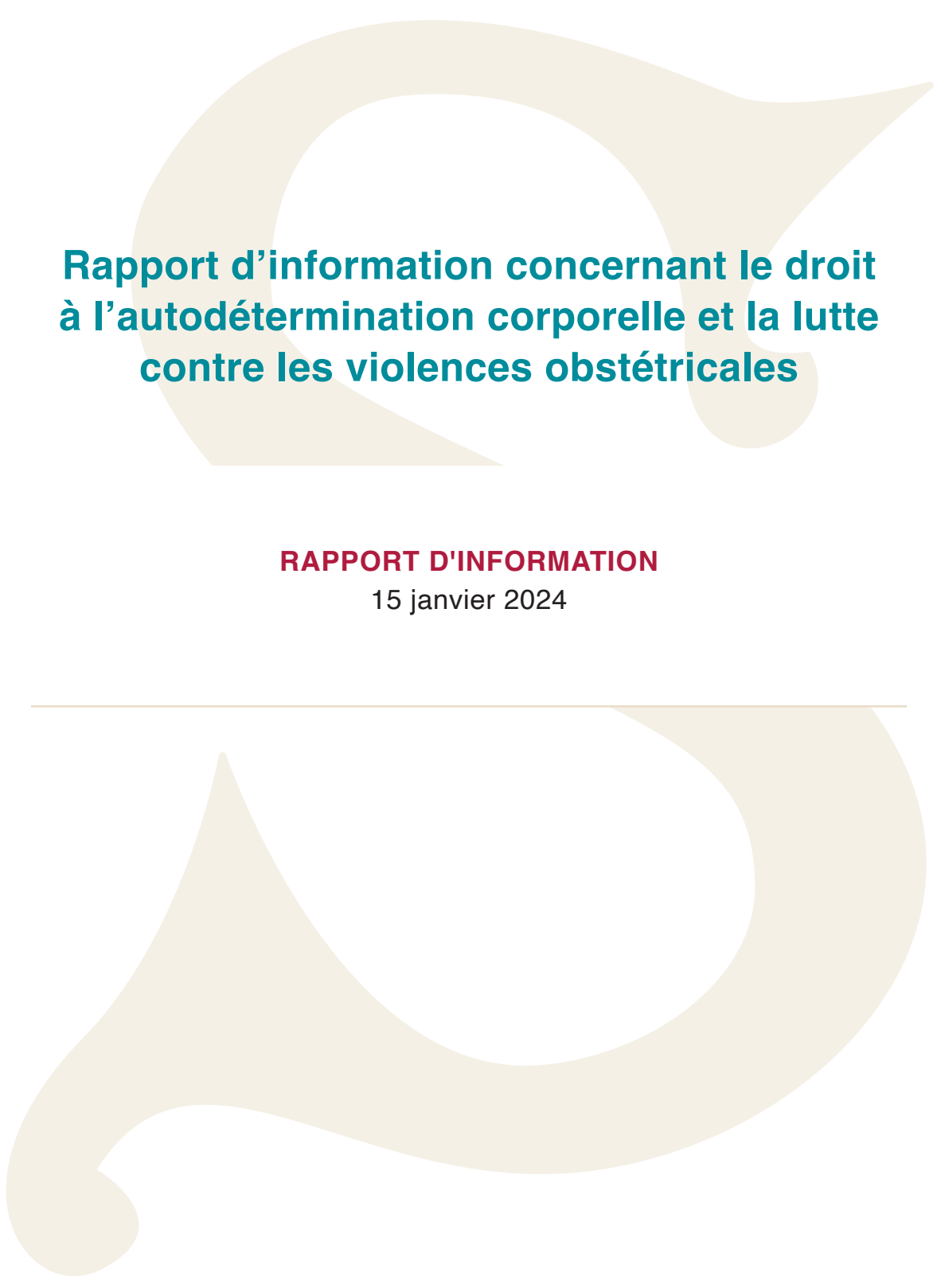
Le secrétariat du comité d'avis pour l'Égalité des chances entre les femmes et les hommes:
comequitas@senate.be
02/501 71 11

Éditeur responsable:

Gert Van der biesen, secrétaire général du Sénat
Place de la Nation 1, 1009 Bruxelles

Cette publication n'a qu'une valeur informative. Bien qu'elle ait été rédigée avec le plus grand soin, ni le Sénat ni ses services ne sauraient être tenus pour responsables de son contenu.

Dépôt légal : D/2024/3427/1



Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales

RAPPORT D'INFORMATION

15 janvier 2024

Rapport fait au nom du comité d'avis pour l'Égalité des chances entre les femmes et les hommes**Rapporteurs:**

Mmes Durenne, El Yousfi, Masai et Groothedde

Composition du comité d'avis:

Présidente : Latifa Gahouchi

Membres:

N-VA: Mark Demesmaeker, Freya Perdaens, Nadia Sminate

Ecolo-Groen: Fourat Ben Chikha, France Masai, Farida Tahar

Vlaams Belang: Adeline Blancquaert, Bob De Brabandere, Anke Van dermeersch

PS: Philippe Courard, Latifa Gahouchi

MR: Véronique Durenne, Gaëtan Van Goidsenhoven

CD&V: Orry Van de Wauwer, Karin Brouwers

Open Vld: Rik Daems, Willem-Frederik Schiltz

PVDA-PTB: Laure Lekane, Ayse Yigit

Vooruit: Ludwig Vandenhove



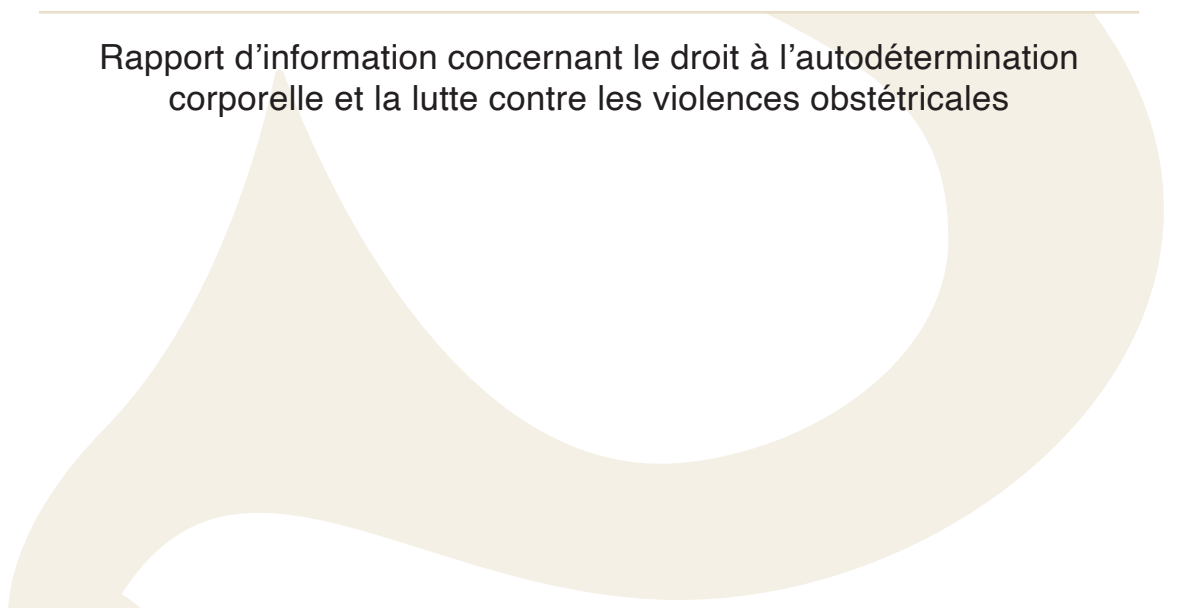
SÉNAT DE BELGIQUE

session de 2023-2024

15 janvier 2024

Dossier n° 7-245

Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales



Dossier parlementaire:

2021

7-245/1: Demande d'établissement d'un rapport d'information

2021/2024

7-245/2: Rapport fait au nom du comité d'avis

7-245/3: Constatations et recommandations adoptées par le comité d'avis

7-245/4: Auditions

7-245/5: Contributions écrites

7-245/6: Amendements déposés après l'approbation du rapport

7-245/7: Amendements

7-245/8: Rapport complémentaire après renvoi par la séance plénière

7-245/9: Constatations et recommandations adoptées par le comité d'avis

TABLE DES MATIÈRES

I. AVANT-PROPOS	7
II. CONSTATATIONS	9
I. Introduction	
II. Exposé du problème, définitions, pratiques et cadre juridique	11
III. Cadre légal	14
IV. Causes et ampleur des violences gynécologiques et obstétricales	16
V. Approche psycho-sociale des violences gynécologiques et obstétricales	19
VI. Les voies de recours	23
VII. La formation des soignants	27
III. RECOMMANDATIONS	31
I. Général	
II. Définir et documenter les violences gynécologiques et obstétricales	
III. Accroître la transparence	32
IV. Information et sensibilisation	
V. Évolution du cadre normatif	33
VI. Amélioration des voies de recours et de dépôt de plaintes	35
VII. Organisation et financement	36
VIII. Pratiques de soins	
IX. Lutter contre la discrimination et soutenir les groupes vulnérables	41
X. Formation	
IV. LEXIQUE	45
V. AUDITIONS	47
VI. CONTRIBUTIONS ÉCRITES	49
LES RAPPORTS D'INFORMATION:	51
https://www.senate.be/rapportsdinformation	



I. AVANT-PROPOS

Le mot de la Présidente du comité d'avis pour l'Égalité des chances entre les femmes et les hommes

Depuis le début de la législature, le comité d'avis pour l'Égalité des chances entre les femmes et les hommes a examiné plusieurs textes relatifs aux violences basées sur le genre (violences sexuelles, violences économiques, etc.) et il a analysé divers sujets liés à la santé (la ménopause, la contraception d'urgence, la prise en compte du sexe et du genre dans le domaine de la santé, etc.). Les violences gynécologiques et obstétricales s'inscrivent pleinement tant dans les violences basées sur le genre que dans les questions liées à la santé des femmes.

Le présent rapport d'information consacre de nombreuses propositions ambitieuses concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales.

L'adoption de ce rapport représente l'aboutissement de près de trois ans de travail des quatre rapporteuses et des membres du comité d'avis pour l'Égalité des chances entre les femmes et les hommes, mené avec des professionnels de la santé (gynécologues, sage-femmes, etc.), des représentants du monde académique, des experts issus des réseaux associatifs et des associations féministes.

Depuis plusieurs années, émergeaient la conscience et la connaissance autour des violences gynécologiques et obstétricales, notamment via de nombreux témoignages sur les réseaux sociaux.

Ces violences peuvent prendre plusieurs formes et être subies à tous les moments de la vie sexuelle et reproductive des femmes. Il peut être question de gestes, de paroles ou d'actes qui viennent porter atteinte à l'intégrité des patientes, qu'il s'agisse - par exemple - du choix d'une méthode de contraception, d'examens jugés brutaux ou inopportuns, d'interventions imposées et/ou non consenties, ou le fait de ne pas pouvoir choisir la manière d'accoucher.

L'objectif de ce rapport d'information était d'ouvrir le débat et d'analyser la situation en Belgique en vue d'élaborer des recommandations visant à promouvoir une culture de bienveillance gynécologique et obstétricale.

Parmi les mesures phares que propose le Sénat dans son rapport, épinglons la nécessité de donner aux filles et aux femmes toutes les informations dont elles ont besoin pour prendre en main leur santé sexuelle, en ce compris leurs droits en tant que patientes, grâce à la prise en compte explicite de celle-ci dans des programmes d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle. Soulignons aussi l'importance de mieux préparer les femmes en les informant en toute transparence sur leur liberté de choisir un prestataire de soins, un lieu d'accouchement, les gestes médicaux souhaités, les moyens pour contenir la douleur, etc.

Par l'adoption de ce rapport, le but du Sénat est de donner des pistes concrètes de réflexion en matière d'information, de sensibilisation, de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement psychosocial.

Au tour maintenant de chaque Parlement de se saisir des recommandations du Sénat pour travailler à la possibilité de les mettre en œuvre, dans le cadre des compétences qui sont les leurs.

Latifa GAHOUCI,
Présidente du comité d'avis



I. INTRODUCTION

Force est de constater qu'au cours de la dernière décennie, la problématique des violences gynécologiques et obstétricales a de plus en plus souvent été dénoncée dans notre pays. Depuis 2014, des témoignages relatifs à ces violences surgissent dans une mesure croissante sur les réseaux sociaux, notamment par le biais de mots-clics (*hashtags*) tels que *#payetonutérus*, *#monpostpartum* ou *#genoeggezwegen*.

Le concept de violences gynécologiques et obstétricales couvre une vaste réalité dont les contours sont difficiles à cerner. Il s'agit d'un ensemble de comportements inappropriés en matière de soins gynécologiques et reproductifs au sens large. Cela inclut aussi les questions relatives aux menstruations douloureuses, à la contraception, à l'avortement, aux affections gynécologiques, à la santé sexuelle, aux soins liés à la périnatalité, aux parcours de fertilité, etc. On peut citer le manque d'humanité à l'égard de la patiente et divers ressentis auxquels elle peut être confrontée. La patiente ayant le sentiment de ne pas être suffisamment informée, de ne pas pouvoir aborder facilement les problèmes qu'elle rencontre ou encore d'être trop peu écoutée.

On a souvent tendance à associer la problématique des violences obstétricales et gynécologiques à des établissements hospitaliers ou cliniques en sous-effectif situés en dehors des pays occidentaux, lesquels sont censés être à la pointe en termes de technologie médicale. Or, la Belgique et les pays voisins connaissent, eux aussi, cette problématique. Il a fallu beaucoup de temps pour que celle-ci soit mise en lumière car il s'agit en l'espèce de pratiques inadéquates parfois normalisées et donc plus difficilement remises en cause.

Des experts indiquent qu'en raison de l'ampleur de cette problématique et du manque de sensibilisation, la violence gynécologique et obstétricale est devenue systémique et institutionnelle. Beaucoup de personnes qui ont connu une expérience traumatisante déclarent qu'elles n'osent pas en parler avec leur entourage et leurs amis ni avec des professionnels de la santé. Le manque de soins ou la difficulté d'accès aux soins est aussi une forme de violence gynécologique. Les personnes en situation de handicap ou de pauvreté, celles qui sont en proie à des problèmes de résilience mentale, qui ont un faible niveau d'instruction ou qui ont une autre origine ethnoculturelle ou encore les allophones sont particulièrement vulnérables à cet égard.

En outre, les violences gynécologiques et obstétricales demeurent encore un tabou: nombre de femmes qui en parlent, par exemple au service de médiation de l'hôpital ou dans le cadre d'une consultation post-partum, disent qu'elles ne sont pas écoutées, que les faits qu'elles rapportent sont balayés d'un revers de main au motif que «tout ce qui a été fait était nécessaire», si bien qu'elles n'obtiennent *in fine* pas la reconnaissance escomptée. Il est donc clair qu'il faut avant tout sensibiliser davantage à la problématique, libérer la parole et assurer la prévention et l'information.

En dépit de leurs divergences de point de vue, les experts consultés s'accordent à dire qu'une prise de conscience est nécessaire pour lutter contre les violences gynécologiques et obstétricales. Il n'y a toutefois pas d'unanimité sur la définition, l'incidence et l'origine des expériences traumatiques.

L'objectif du rapport d'information proposé est de dresser un état des lieux concernant les violences gynécologiques et obstétricales dans notre pays et de formuler des recommandations qui seront adressées à toutes les autorités concernées, ainsi qu'aux nombreux partenaires de la société civile concernés par ces enjeux.

Par ailleurs, si ce rapport utilise les mots «femme, ou patiente», il concerne en réalité toutes les personnes concernées par des soins gynécologiques et obstétricaux.

Enfin, il est à noter que certaines recommandations en plus de s'adresser aux femmes, les premières concernées, englobent également leur entourage direct: partenaires, accompagnants éventuels, etc.



II. EXPOSÉ DU PROBLÈME, DÉFINITIONS, PRATIQUES ET CADRE JURIDIQUE

A. Exposé du problème

On ignore dans quelle mesure les violences gynécologiques et obstétricales sont fréquentes en Belgique et leur définition n'est pas unanimement validée.

On ne dispose pas non plus d'une connaissance suffisante des conséquences de cette forme de violence, qui peuvent être psychologiques, sociales et physiques. En ce qui concerne l'incidence psychosociale, les experts ont indiqué lors des auditions que 10 à 30 % des patientes vivaient leur accouchement comme une expérience traumatisante. Il s'agit en l'espèce d'un véritable défi de santé publique au sujet duquel on manque de chiffres systématiques dans notre pays.

Les personnes appartenant à des groupes cibles vulnérables sont particulièrement concernées. En effet, elles courent un risque plus élevé d'être victimes de violences gynécologiques et obstétricales, de soins inappropriés ou d'absence de soins.

En Belgique, des normes issues d'un cadre juridique plus général, comme le Code pénal, peuvent être appliquées aux violences gynécologiques et obstétricales, mais il n'existe pas de législation distincte spécifique sur les violences gynécologiques et obstétricales. Le cadre juridique global applicable à ce type de violences (voir chapitre III) est déjà assez large, mais il est méconnu et les voies de recours pour les victimes ne sont pas toujours efficaces.

La formation joue aussi un rôle majeur dans le respect des droits gynécologiques. Dans le domaine de l'éducation et de la formation continue des prestataires de soins, il existe déjà plusieurs initiatives qui visent, notamment, à accroître la sensibilisation aux stéréotypes, mais des lacunes subsistent.

B. Définitions

La définition des violences obstétricales et gynécologiques se heurte à différentes opinions et interprétations comme les experts entendus au Sénat l'ont démontré. La notion de «violences obstétricales et gynécologiques» est relativement large et peut couvrir des circonstances de fait très diverses, pouvant aller d'une parole inappropriée à l'erreur médicale au sens strict du terme ou encore au défaut de consentement de la patiente (même s'il n'y a pas eu de conséquences sur le plan de l'intégrité physique). Différentes formes de violences obstétricales et gynécologiques sont par ailleurs possibles: physiques, sexuelles, verbales, basées sur la stigmatisation ou la discrimination, etc.

En ce qui concerne les prestataires de soins, la grande majorité du personnel soignant belge dit ne pas se reconnaître dans ces comportements qui ne correspondent ni à leur pratique quotidienne ni à leur déontologie. Certains pensent que les violences gynécologiques et obstétricales relèvent peut-être d'un phénomène en grande partie inconscient et organisationnel. D'autres y voient la manifestation d'un contexte institutionnel. Il ne s'agit pas, dans l'ensemble, d'intentions malveillantes.

Quant aux patientes, elles se trouvent dans une situation de relative vulnérabilité; lors d'examen, elles peuvent être victimes, par exemple, de sexisme, d'humiliations ou d'actes de violence physique et psychologique.

1) Au niveau international: définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

En 2014, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a analysé le phénomène et assimilé les comportements suivants à des violences gynécologiques et obstétricales¹:

- agressions physiques;
- humiliations graves;
- agressions verbales;
- procédures médicales imposées;
- absence de consentement éclairé;
- manque de confidentialité;
- refus d'antidouleurs;
- violation flagrante de l'intimité;
- négligences entraînant des complications évitables.

Cette analyse a révélé que les violences obstétricales existaient bel et bien. L'OMS a élaboré une approche à partir de cette perspective: «*Operationalizing a human rights-based approach to address mistreatment against women during childbirth*»². Des concepts clés, tels que des «soins respectueux», ont été développés dans ce cadre pour lutter contre les «manques de respect» et «abus», et pas uniquement dans le domaine de l'obstétrique.

2) Au niveau européen

L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a adopté, en 2019, une résolution sur les violences obstétricales³ qui appelle les États membres à adopter des mesures.

Au niveau européen, on peut constater que les violences gynécologiques et obstétricales, qui surviennent dans plusieurs périodes de la vie sexuelle et reproductive de la femme, découlent de l'articulation et du renforcement de deux types de violences: les violences liées au genre et celles pouvant être générées par l'établissement médical dans un contexte à la fois de surmédicalisation, de sous-médicalisation et de mauvaise médicalisation.

Ces violences se manifestent, par exemple, dans des pratiques professionnelles routinières et systématiques. Elles peuvent être ancrées dans des protocoles médicaux que les professionnels de la santé ne considèrent pas nécessairement comme violents. Elles n'en constituent pas moins une violation des droits humains et peuvent porter atteinte à l'intégrité physique ou psychique des femmes.

3) Vers une définition belge

Comme cela a déjà été précisé, il existe plusieurs définitions des violences gynécologiques et obstétricales, mais la plupart d'entre elles contiennent les éléments suivants:

- la question du non-respect des droits du patient (loi du 22 août 2002);
- l'inutilité médicale des gestes pratiqués;
- l'omission ou l'abstention de soins;
- un manque de dignité et d'humanité à l'égard de la patiente;
- la non-prise en charge de la douleur;
- des comportements inadéquats dans une relation de soins.

Par ailleurs, il est important d'assurer le droit des femmes à l'autodétermination et à l'intégrité physique lors des consultations médicales et, de manière plus générale, dans le secteur de la santé.

1. Voir la Déclaration de l'OMS, «La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins», 2014.

2. Voir Christina Zampas, Avni Amin, Lucinda O'Hanlon, Alisha Bjerregaard, Hedieh Mehrdash, Rajat Khosla et Ozge Tunçalp, *Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth*, 2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348458/>.

3. Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, résolution no 2306 sur les violences obstétricales et gynécologiques, 3 octobre 2019.

Xavier Capelle (CHU Liège) a défini les violences obstétricales comme «un ensemble de situations dont le point commun est un vécu traumatique dans le cadre d'une prise en charge professionnelle de la grossesse et de l'accouchement».

Ces éléments pourraient être intégrés dans une définition officielle des violences gynécologiques et obstétricales en Belgique.

C. Quelques pratiques sous la loupe

Plusieurs pratiques, dont celles décrites ci-dessous, peuvent être assimilées à des violences gynécologiques et obstétricales. Il convient de préciser que les chiffres relatifs aux pratiques et aux actes obstétricaux peuvent varier fortement d'une région à l'autre et d'un hôpital à l'autre⁴. Cette variation ne semble d'ailleurs pas toujours fondée sur la médecine factuelle; elle est parfois ancrée dans l'habitude et la culture. C'est un aspect à examiner.

1) Épisiotomie

L'épisiotomie est une incision chirurgicale pratiquée par l'obstétricien ou la sage-femme dans le périnée. Cet acte a pour but premier de faciliter la naissance du bébé, et l'incision est ensuite réparée par des points de suture. Toutefois, en Belgique, cette pratique semble être appliquée plus librement que ce qui est conseillé par le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) et l'OMS⁵. Selon les derniers chiffres, une épisiotomie est pratiquée pour 34,9% des accouchements vaginaux en Flandre, 20,2% en Wallonie et 14,9% à Bruxelles⁶. Cette pratique peut être douloureuse et/ou traumatique, notamment lorsque la cicatrisation est difficile.

2) Induction

Il en est de même pour l'induction (le fait de provoquer médicalement le début du travail)⁷. Si l'induction peut être justifiée, on constate qu'elle est aussi utilisée pour pouvoir programmer au mieux l'agenda des accouchements dans certaines maternités. La Belgique, avec Malte et le Grand-Duché de Luxembourg, est d'ailleurs classée dans le top trois européen des pays au sein desquels les femmes sont le plus «déclenchées». Le pourcentage⁸ des accouchements avec induction du travail s'élève à 32,2% en Région de Bruxelles-Capitale, à 31,1% en Wallonie et à 26,2% en Flandre.

3) Césarienne

En Belgique, un enfant sur cinq naît par césarienne⁹. Toutefois, le profil médical des mères ou leurs souhaits ne justifient pas toujours cette pratique. Des facteurs logistiques, financiers ou organisationnels peuvent parfois expliquer le recours à la césarienne. Plusieurs témoins ont déclaré que le souhait d'accélérer l'accouchement en vue de passer à une autre patiente plus rapidement jouait parfois un rôle. Selon la VVOG, de telles motivations sont contraires à l'éthique médicale et il ne s'agirait pas d'une pratique courante. Le nombre de césariennes pratiquées augmente globalement (pour les pays pour lesquels on dispose de statistiques). La recommandation de l'OMS en la matière¹⁰ -

4. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-12/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf.

5. Recommandations de l'OMS, «Les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement - Transformer le soin des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être», *WHO/RHR/18.12 (2018)*, et Mambourg Françoise, Gailly Jeannine et Zhang Wei-Hong, «Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque», *Good Clinical Practice (GCP)*, Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), *KCE Reports no 139B*, 2010.

6. Voir: pour la Région de Bruxelles-Capitale, «Santé périnatale en Région bruxelloise - Année 2021», CEpiP; pour la Wallonie, «Santé périnatale en Wallonie - Année 2021», CEpiP; pour la Flandre, «*Perinatale gezondheid in Vlaanderen - Jaar 2021*», SPE.

7. Voir lexique.

8. Voir: pour la Région de Bruxelles-Capitale, «Santé périnatale en Région bruxelloise - Année 2021», CEpiP; pour la Wallonie, «Santé périnatale en Wallonie - Année 2021», CEpiP; pour la Flandre, «*Perinatale gezondheid in Vlaanderen - Jaar 2021*», SPE.

9. Le pourcentage de césariennes s'élève à 20,3 % en Région de Bruxelles-Capitale (voir «Santé périnatale en Région bruxelloise - Année 2021», CEpiP), à 22,6 % en Wallonie (voir «Santé périnatale en Wallonie - Année 2021, CEpiP) et à 21,9% en Flandre (voir «*Perinatale gezondheid in Vlaanderen - Jaar 2020*», SPE).

10. Voir la Déclaration de l'OMS sur les taux de césariennes, 2015, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf?sequence=1.

qui, il est vrai, date de 2015 - est assortie de différents taux: si le taux de césarienne est inférieur à 5%, on peut en déduire qu'il existe une mortalité maternelle et infantile résultant d'un manque de soins de qualité. À l'inverse, s'il est supérieur à 15 ou 20%, il n'y a plus guère de plus-value. Néanmoins, la mise en œuvre d'une bonne politique est, dans tous les cas, beaucoup plus importante que l'obtention d'un score statistique faible ou élevé.

Le taux de naissances par césarienne en Belgique (20-21%) est inférieur à la moyenne européenne (25,7%)¹¹. La Belgique affiche un bon résultat en la matière, contrairement à des pays tels que le Brésil, où le pourcentage national atteint 50% voire plus.

4) Expression abdominale

L'expression abdominale est une pratique qui consiste à appuyer sur le ventre de la patiente pour accélérer la naissance. Cette pratique est totalement déconseillée par l'OMS et d'autres organismes internationaux dans le cas des accouchements par voie basse car elle peut entraîner des fractures des côtes, engendrer des lésions nerveuses, un éclatement des organes dans le pire des cas, sans compter les séquelles psychologiques. Toutefois, elle subsiste toujours bel et bien en Belgique.

5) Point du mari

Il s'agit d'une suture destinée à rendre l'entrée du vagin plus étroite dans le but d'augmenter soi-disant le plaisir masculin. Cette pratique doit être considérée comme une violence gynécologique et obstétricale. Chez la femme, elle peut provoquer une douleur importante et prolongée, mais aussi des problèmes d'incontinence et une perte de plaisir sexuel.

La VVOG et le CRGOLFB indiquent que le point du mari est une pratique qui n'est pas appliquée et que, si elle devait l'être, elle constituerait un acte contraire à l'éthique médicale. Plusieurs associations auditionnées qui sont témoins de la pratique du point du mari en Belgique ont cependant évoqué la persistance de cette pratique.

III. CADRE LÉGAL

Il n'existe en Belgique aucune législation spécifique aux violences gynécologiques et obstétricales. Puisque les responsabilités civile, contractuelle ou extracontractuelle, et pénale du praticien sont susceptibles d'être engagées, différents cadres légaux s'appliquent à cette question qui ne possède donc pas de cadre juridique propre.

Si les experts auditionnés par le Sénat s'accordent sur le fait que le cadre légal existant témoigne d'une véritable volonté de protection du patient, ils estiment néanmoins qu'il est encore trop peu souvent mobilisé, voire trop peu connu des patientes et du personnel soignant.

A. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient

Les droits du patient consacrés dans la loi du 22 août 2002 sont les suivants:

- pouvoir bénéficier d'une prestation de soins de qualité et répondant à ses besoins, dans le respect de la dignité humaine et de l'autonomie du patient, sans la moindre discrimination (par exemple classe sociale, orientation sexuelle, conviction philosophique);
- pouvoir choisir librement le praticien professionnel;
- être informé sur son état de santé;
- consentir librement à la prestation de soins, avec information préalable;
- être informé sur l'assurance du praticien et sur son autorisation à exercer sa profession;
- disposer d'un dossier tenu à jour, pouvoir le consulter librement et en obtenir copie;
- être assuré de la protection de sa vie privée;

11. La moyenne européenne s'élève à 25,7% (2021), voir: «Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates», OMS.

- avoir la possibilité d'introduire une plainte auprès d'un service de médiation, ou auprès du service de médiation fédéral «Droits du patient» si le praticien exerce en dehors d'un hôpital.

Si ce texte légal impose une série de règles que le corps médical doit observer dans ses rapports avec les patients, il ne prévoit cependant pas de sanctions. Une des pistes serait d'assortir cette loi de sanctions pénales. De plus, lors des auditions menées au comité d'avis, plusieurs experts ont indiqué que la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient, quand elle est connue des praticiens, n'est pas toujours appliquée. Les prestataires de soins ignorent parfois comment agir face à une patiente enceinte qui refuse une certaine approche thérapeutique.



B. Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins

La loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé du 22 avril 2019 permet également de protéger le patient. Cette loi ne contient pas de dispositions spécifiques aux violences gynécologiques et obstétricales, mais en propose d'autres qui visent à promouvoir la qualité des soins et qui peuvent être mobilisées par les patients. Les articles 14 et 18 de cette loi imposent aux prestataires de soins de connaître précisément les limites de leurs compétences. Ainsi, la loi les oblige à s'assurer de la présence de l'encadrement nécessaire et d'une infrastructure optimale et à veiller, en cas de prestation à risque, à ce qu'une procédure d'urgence soit toujours mise en place. Il existerait un danger concernant les accouchements difficiles en termes de responsabilité *a posteriori*, notamment lors de transferts tardifs de parturientes en cours de travail de leur domicile à l'hôpital. La présence de maisons de naissance au sein même des hôpitaux ou accolées à ceux-ci renforce le respect des dispositions légales de la loi «qualité».

C. Le Code pénal

Enfin, la loi du 21 mars 2022 modifiant le Code pénal en ce qui concerne le droit pénal sexuel est entrée en vigueur le 1er juin 2022. Le Code pénal précise dorénavant que les atteintes à l'intégrité sexuelle émanant d'un professionnel de la santé constituent un facteur aggravant (articles 417/21 et 417/23).

D. Autres législations

Il convient également de mentionner:

- la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé;
- la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé;
- l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

IV. CAUSES ET AMPLEUR DES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES

A. Causes possibles des violences

Lors des auditions au sein du Sénat, certains experts ont cité quelques causes de violences. Les formes et causes principales de violences (liste non exhaustive) qu'ils ont développées sont entre autres:

1) *Des pratiques archaïques*

Certains protocoles et pratiques archaïques sont toujours appliqués couramment. Cela ne part pas systématiquement d'une mauvaise intention, mais s'explique par l'habitude ou l'absence de formation continue dans ces questions d'ordre plutôt déontologique.

2) *Des pratiques standardisées et des considérations médicolégales*

Les études internationales montrent que les violences gynécologiques et obstétricales sont plus fréquentes lorsque certaines pratiques s'inscrivent dans un processus d'économie d'échelle, de standardisation, de maximisation de l'efficacité ou de rationalisation. Souvent, des procédures standardisées finissent par être appliquées, notamment parce que c'est pratique d'un point de vue médicolégal, et dans l'hypothèse où une plainte serait déposée.

3) *Une méconnaissance des droits du patient*

La notion de «consentement» est au centre de la problématique. Les témoignages relatent souvent un manque d'informations avant le recours à certaines pratiques telles que l'épisiotomie. Pourtant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient prône un consentement éclairé au moyen de toutes les informations disponibles. Selon Anissa D'Ortenzio (Soralia), lorsque les professionnels de la santé sont interrogés à ce sujet, peu d'entre eux connaissent cette loi ou l'appliquent pleinement.

4) *Une charge de travail élevée*

Les prestataires de soins qui encadrent la naissance, tant les gynécologues que les sages-femmes, indiquent qu'en raison de la forte pression qui pèse sur les soins de santé, il n'y a plus ou plus guère de place pour les contacts personnels et la concertation. Souvent, la naissance est abordée essentiellement comme un phénomène médical, trop rarement comme un événement de vie.

La réduction de la durée du séjour à la maternité a un impact évident sur les informations à transmettre dans des délais de plus en plus courts, ce qui a eu des effets considérables sur les structures de soins.

Si l'on parle beaucoup des violences envers les femmes qui prennent la forme d'actes invasifs - pratiqués trop rapidement, trop brutalement ou sans leur consentement -, nous oublions souvent d'aborder l'aspect humain et relationnel.

Au cours des vingt dernières années, les mesures d'économie se sont succédé, ce qui a créé et augmenté les différences de prise en charge, de suivi et de possibilités de choix pour les femmes. La sollicitude et le temps dont une femme a besoin ne sont pas financés, contrairement à d'autres actes médicaux.

5) La culture du silence

Les équipes de soins sont souvent organisées de manière très hiérarchique, de sorte que les stagiaires et jeunes soignants sont peu enclins à rapporter des difficultés.

Noëmi Willemen (UCLouvain) explique que la quasi totalité des soignants qui relatent ces problèmes ont été témoins de violences, ont parfois dû y participer ou ont pensé avoir été mêlés à des actes excessifs. Cependant, il y a peu de place pour en discuter, il existe une sorte de culture du silence et beaucoup de jeunes soignants - comme l'ont montré les recherches internationales, ajoute l'intervenante - sont eux-mêmes traumatisés, mais pour eux, il n'y a pas non plus de suivi. Cet aspect est développé dans le chapitre V.

6) Autres causes

Selon certains experts, l'origine des violences gynécologiques et obstétricales est aussi liée:

- à des stéréotypes et au sexisme: les femmes sont à tort considérées comme faibles, fragiles, incapables, irrationnelles, insignifiantes, etc.;
- à la condescendance et au paternalisme qui restent toujours trop présents dans les soins de santé;
- à une accumulation de formes de discrimination (racisme, grossophobie, sexisme, handicap, etc.);
- à des lacunes dans la formation;
- à la tendance de certains soignants à protéger davantage l'enfant à naître que la patiente;
- au manque de continuité dans la prise en charge d'une grossesse.

B. L'ampleur des violences gynécologiques et obstétricales

1) Le manque de statistiques

Il n'existe pas de statistiques officielles sur les violences gynécologiques et obstétricales en Belgique, ni de point de contact où il est possible de signaler de tels problèmes et de demander de l'aide. Il est pourtant indispensable de collecter de telles données, non seulement pour la société civile, mais aussi pour le monde universitaire (historiens, sociologues, psychologues, anthropologues, juristes, etc.). De plus, la littérature scientifique sur le sujet est rare.

Il n'existe pas non plus en Belgique de statistiques sur les discriminations dans les soins de santé et les soins gynécologiques, qu'il s'agisse des discriminations fondées sur l'origine ethnique ou sur d'autres critères tels que le statut socioéconomique, l'orientation sexuelle, le niveau de formation, le handicap, etc. Selon les études internationales¹² citées par Noëmi Willemen (UCLouvain), la discrimination est un phénomène fréquent dans les soins de santé et il s'impose de collecter des données et de mener des recherches à ce sujet pour mieux le mettre en lumière.

L'ASBL AMIS (Association des médiateurs en institutions de soins) précise qu'à l'heure actuelle, les violences ou maltraitements gynécologiques et obstétricales ne font pas l'objet d'un recensement ou d'un classement formel dans le cadre de la médiation. À ce jour, les médiateurs ne disposent ni d'une base légale ni de critères précis leur permettant d'attri-

12. Voir entre autres: Kemp, S., Hu, W., Bishop, J. et al., «Medical student wellbeing – a consensus statement from Australia and New Zealand», BMC Med Educ, vol. 19, no 69, 2019, <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1505-2>.

buer le statut de violence ou maltraitance gynécologique et obstétricale à un dossier. Il en résulte qu'il est impossible de fournir une fréquence ou un nombre de procédures engagées dans ce domaine.

2) Une enquête à grande échelle

Du 4 juin au 15 juillet 2021, la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée a mené une enquête en ligne¹³, financée dans le cadre d'un appel à projets de la Communauté française et d'Alter Égales sur le thème «Accoucher à Bruxelles et en Wallonie avant et pendant le Covid-19». Cette enquête a recueilli de nombreuses réponses puisque plus de quatre mille femmes ont répondu à l'ensemble du questionnaire. Si l'enquête comporte des biais (réponse sur base volontaire, sans recrutement des participantes), ses résultats donnent des indications sur la situation.

Selon les résultats de l'enquête, l'acte médical n'a été expliqué à la patiente que dans un cas sur trois et, dans un cas sur deux, le consentement de cette dernière n'a pas été demandé. La loi de 2002 n'est donc pas respectée à cet égard.

Les résultats montrent aussi que les pratiques sont très divergentes d'une maternité à l'autre. Le pourcentage de répondantes ayant indiqué avoir subi une forme de violence gynécologique et obstétricale variait ainsi de 28,9% dans une maternité à 54 % dans une autre. Le taux moyen était de 41 % pour l'ensemble des maternités analysées. Les formes de violences citées étaient la violence physique, la violence psychologique et la violence verbale.

C. Impact de la pandémie

Plusieurs experts ont souligné que la crise de la Covid-19 et les restrictions y afférentes avaient malheureusement rendu plus difficile l'accès des femmes et des jeunes filles aux informations, services et biens essentiels en matière de santé gynécologique, sexuelle et reproductive.

Tout essentiel qu'il soit au respect des droits de la femme, y compris dans un contexte pandémique, l'accès à des soins de santé de qualité pour les mères n'a pas toujours été assuré, car les professionnels de la santé étaient moins nombreux et moins disponibles dans les services de maternité en raison de réaffectations ou de la prise en charge d'autres missions. De plus, la présence de personnes assurant un service indispensable telles que les interprètes pour les personnes allophones, les partenaires, les sages-femmes ou doulas accompagnantes a souvent été interdite.

Il apparaît en outre que la pandémie a aggravé certaines pratiques ou situations qui s'apparentent à des violences gynécologiques et obstétricales.

Selon l'enquête réalisée par la Plateforme pour une naissance respectée, cette situation peut avoir entraîné des pratiques nuisibles imposées aux femmes pendant l'accouchement: une séparation médicalement injustifiée de la mère et de l'enfant, l'interdiction d'un accompagnant de naissance et d'autres dysfonctionnements préjudiciables à l'application de normes de soins adéquates et au respect des droits, de la dignité et de l'autonomie des femmes pendant l'accouchement.

La communication et l'information pendant la pandémie ont également été jugées problématiques par certains. Selon l'enquête précitée de la Plateforme pour une naissance respectée, les patientes ont été contraintes, dans 20 % des cas, de rechercher elles-mêmes les informations relatives au protocole appliqué par leur maternité.

13. Amjahad Anissa, Chiara Cosentino, Fabienne Richard, Florence Guiot, Julie Servais, Michèle Warnimont, Les conditions d'accouchement en Belgique francophone avant et pendant le COVID, Plateforme pour une naissance respectée, novembre 2021, <https://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2022/02/PCNR-synthese-Rapport-2021.pdf>.

Enfin, il a été constaté que les femmes étaient en proie, pendant la pandémie, à davantage d'inquiétudes et de craintes suscitées par la perte de l'environnement et des réseaux qui leur étaient familiers, alors que l'accès à des réseaux de soins de qualité était limité.

V. APPROCHE PSYCHO-SOCIALE DES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES

Pendant la grossesse et lors de l'accouchement, la femme, bien qu'elle reste tout à fait en capacité de poser des choix pour elle-même, se trouve dans une disposition psychique particulière induisant une posture de fragilité et de sensibilité accrue; les événements qui interviennent ont donc un impact important sur sa santé mentale.

A. La sécurité émotionnelle

La santé ne se limite pas à l'absence de problèmes physiques. En effet, bien que la Belgique n'ait pas à rougir de ses performances en matière de sécurité physique, de nombreuses personnes indiquent ne pas s'être senties en sécurité dans le cadre des soins visés. Les chiffres issus de l'étude¹⁴ de la gynécologue néerlandaise Claire Stramrood sur les accouchements traumatiques sont révélateurs à cet égard: un accouchement est ressenti comme un événement traumatisant pour 10 à 20% des femmes (voire 30%, selon d'autres études).

Il est frappant de constater que de nombreuses répondantes ont indiqué que les facteurs interpersonnels étaient extrêmement importants. Les témoignages ne portent pas à proprement parler sur une contrainte physique, mais font très souvent état de la sensation d'avoir été mise sous pression, de ne pas avoir été suffisamment informée ou d'avoir reçu des informations contradictoires, de ne pas avoir été suffisamment soutenue ou écoutée. On constate dès lors que des femmes qui ont été confrontées à une pathologie lourde ou qui ont vécu un accouchement très difficile en étant bien soutenues s'en sortent parfois mieux que d'autres qui ont vécu un accouchement sans problème, mais en se sentant peu soutenues.

1) Les traumas

Deux postulats ont été posés par la psychologue québécoise, Nicole Reeves¹⁵ concernant les anxiétés spécifiques à la grossesse:

- les peurs des femmes sont liées à la peur centrale de perdre prise sur leur corps à un moment hypersensible. Il est donc impératif pour elles de se sentir en sécurité et respectées;
- malgré la diminution drastique des risques liés à la grossesse et l'accouchement, les femmes en ont toujours aussi peur.

Cette peur peut être renforcée, voire décuplée, par une soudaineté, une «sensation de mort» ou d'indignité, générant un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ou un trauma. Il s'agit de blessures psychiques aux effets durables qui entraînent la dépression, l'addiction, l'invalidité, le désajustement relationnel, voire des tendances suicidaires (le suicide étant devenu selon l'Inserm¹⁶ l'une des deux premières causes de mortalité maternelle (13,4%) en 2013-2015 en France, après les maladies cardiovasculaires (13,7%)).

Selon Luc Roegiers (ULB/UCL), les violences gynécologiques et obstétricales ne peuvent, par essence, pas être assimilées à un problème psychologique chez la femme. Les violences gynécologiques et obstétricales émergeraient notamment quand la patiente n'est

14. Hollander, van Hastenberg, van Dillen, van Pampus, de Miranda, & Stramrood, «Onderzoek bij vrouwen met traumatische bevallingservaringen», *Archives of Womens's Mental Health*, 2017.

15. Nicole Reeves, «L'anxiété spécifique à la grossesse: une entité clinique distincte? Étude prospective et longitudinale comparée de l'évolution, de l'intensité, des facteurs de risque, des corrélats associés et de la prédiction de l'humeur maternelle postnatale, *Psychologie*, Université Sorbonne Paris Cité, 2017.

16. Les maladies cardiovasculaires et les suicides premières causes de décès maternels en France en 2013-2015, Inserm, janvier 2021.

pas entendue ou quand ses besoins ne sont pas pris en compte. Un trauma préalable peut potentiellement accentuer le malaise qui, parfois, engendre ou réveille un stress post-traumatique.

De nombreuses circonstances peuvent constituer un terreau fertile à la survenue d'un traumatisme obstétrical. Parmi celles-ci, des attentes irréalistes par rapport à la grossesse ou l'accouchement, des représentations erronées de la maternité, mais aussi toute une série de contextes psychosociaux de vulnérabilité: antécédents d'abus ou de violences obstétricales, ambivalence par rapport au désir de grossesse, famille multiculturelle, mariage mixte, maman isolée ou très jeune, violence intrafamiliale, victimes de mutilations génitales féminines, toxicomanie, dépression, difficultés financières, etc.

2) Des conséquences dans la relation mère-enfant

Les nourrissons ont un besoin immédiat de sécurité émotionnelle pour grandir, se développer et évoluer. Les gestes et actions de la maman, mais aussi des équipes médicales qui la soutiennent et l'accompagnent, ont un impact indéniable sur le niveau de sécurité émotionnelle des nouveau-nés et sur le développement du lien mère-enfant. En effet, outre la sécurité physique, il est prouvé qu'un nourrisson a besoin de créer des liens émotionnels forts avec sa maman dès les premiers instants pour avoir confiance dans le fait que le monde qui l'accueille est un endroit sûr.

Pour ce faire, une mère doit se sentir psychologiquement apte à trouver un rythme avec son enfant, à créer un cocon de proximité et d'intimité avec lui.

Or, il est démontré que les violences gynécologiques et obstétricales engendrent des difficultés pour nouer des liens avec l'enfant né d'une grossesse ou d'un accouchement ressenti comme problématique, causant des répercussions directes sur la santé mentale du bébé et de sa famille.

En effet, une insécurité émotionnelle découlant notamment de violences gynécologiques et obstétricales, peut avoir des conséquences délétères sur la santé mentale d'un nourrisson, car la mère est résolument l'actrice des besoins fondamentaux de son bébé. Si la mère a perdu toute estime d'elle-même et éprouve des sentiments de culpabilité ou de honte face aux événements intervenus lors de son accouchement ou de la naissance de son bébé pouvant entraîner notamment une dépression post-partum, le risque de voir apparaître des «boucles relationnelles» de désengagement de la mère par rapport à l'enfant est bien réel. Le père ou un autre membre de la famille prendra alors le relais, renforçant ainsi le sentiment d'inutilité ressenti par la mère.

Soulignons par ailleurs que les bébés ont une sensibilité neurobiologique forte au stress maternel et à l'ambiance environnante. Un désengagement maternel aura des répercussions tant sur les expériences sensorielles et motrices que sur la cognition de l'enfant. Les bébés peuvent aussi présenter très tôt des symptômes dépressifs.

L'accompagnement des nouvelles mamans et des nouveaux parents par des professionnels de la santé avant, pendant et après une grossesse semble être la clé pour assurer la sécurité émotionnelle du nourrisson et éviter tout problème de santé mentale chez celui-ci. Le soutien du corps médical est précieux pour contribuer à la création de connexions familiales, notamment du bébé avec sa maman ou avec ses parents.

De même, un service d'accompagnement périnatal peut, sans se substituer au suivi médical, offrir aux familles un appui pluridisciplinaire, en se concentrant sur la création du lien parents-bébé et au soutien à la parentalité.

B. Les clés du sentiment de confiance

1) *Prise en compte des besoins tout au long du parcours*

La naissance est considérée comme un événement de vie marquant pour les femmes. Aussi, il est nécessaire de les informer et de les écouter en amont de l'accouchement.

Un accompagnement de grossesse passe non seulement par la surveillance du bien-être maternel et fœtal en réalisant des gestes médicaux et techniques, mais aussi par l'écoute, l'échange, la communication et l'établissement d'une relation de confiance entre la parturiente et l'équipe médicale. Les professionnels de la santé possèdent un rôle d'éducation auprès de la mère en lui apportant toutes les informations nécessaires à la compréhension de sa grossesse, de son accouchement et des premiers jours avec son nourrisson. Prendre soin de la femme et du couple de manière préventive pendant l'anténatal et la grossesse est par ailleurs payant car cela augmentera leur capacité à prendre en charge leur bébé, en activant des supports face à la vulnérabilité.

Dans ce cadre, renforcer l'autonomie des femmes et les rendre actrices de leur parcours de naissance est pertinent depuis la phase de préparation à l'accouchement jusqu'au retour à domicile. Il est autant primordial de dialoguer avec les patientes afin de leur donner confiance en elles, que d'instaurer une confiance mutuelle avec les soignants, en considérant les parents comme partenaires du parcours de maternité.

D'autres exemples d'écoute des attentes des mamans ou des couples sont l'accessibilité, la disponibilité, l'ouverture d'esprit des soignants et la non-discrimination. La rédaction d'un projet de naissance est l'occasion d'une réflexion anticipative des parents sur leurs souhaits concernant l'ensemble de leur parcours de maternité, et discuté avec les équipes soignantes.

2) *La prévention*

Pour prévenir au mieux le risque de trauma périnatal, les professionnels de la santé sont en première ligne pour identifier à l'avance les situations à risques, pour anticiper les difficultés et au besoin proposer une aide ou une prise en charge adaptée.

Détecter les familles - les mamans - psychologiquement vulnérables peut se réaliser via un screening psychosocial pendant la grossesse, qui complète un dossier médical traditionnel. Un tel screening est non seulement l'occasion de faire connaissance, de rencontrer les différents intervenants et d'informer les parents, mais aussi d'identifier les éventuelles difficultés psychosociales et les situations potentiellement conflictuelles pour en discuter posément avant l'accouchement. Cela permet souvent de mettre en place des solutions avant que des problèmes ne se posent, avec l'aide d'une équipe psychosociale qui collabore étroitement avec l'ensemble des professionnels de la santé.

À cet égard, le KCE a mentionné dans un rapport daté du 23 janvier 2023¹⁷ un manque de prestataires de soins spécialisés en santé mentale et disposant d'une expérience dans les questions prénatales vers lesquels les patientes peuvent se tourner.

3) *Coopération et continuité*

Le parcours de soins intégré constitue également un obstacle possible au bien-être de la patiente. À cet égard, Marlene Reyns (Organisation professionnelle flamande des sages-femmes) a fait référence à l'étude du KCE sur le cadre qualitatif (cercle mère-enfant), qui met en évidence les points suivants:

- des soins de qualité (un aspect étroitement lié aux exigences fixées dans la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé);

17. Costa E., Christiaens W., Zeevaert R., Benahmed N., «Le référencement lors des grossesses à bas risque - Synthèse», Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), KCE Reports 363As, 2023, <https://kce.fgov.be/fr/publications/le-referencement-lors-du-suivi-des-grossesses-a-bas-risque>.

- l'approche orientée patients (disponibilité vingt-quatre heures sur vingt-quatre);
- le parcours de soins (basé sur l'*evidence based midwifery*);
- et surtout l'aspect «coopération», qui concerne la coopération avec les gynécologues, mais aussi avec d'autres prestataires de soins et aidants informels en première et deuxième ligne qui sont associés aux soins de la famille.

La discontinuité dans le suivi de la grossesse et de l'accouchement par le prestataire de soins est aussi un point auquel il faut être attentif. Mais il arrive que la sage-femme qui a effectué le suivi de grossesse de la patiente ou d'autres accompagnants, comme un interprète, une doula ou un proche, n'aient pas l'autorisation ou soient dans l'impossibilité d'être présents à l'hôpital lors de l'accouchement.

Dans son rapport du 23 janvier 2023, le KCE indique que la coopération interprofessionnelle entre les gynécologues et les sages-femmes dans le suivi prénatal n'est pas toujours fluide en Belgique. Toutefois, une coopération harmonieuse est nécessaire pour garantir des soins prénatals sûrs, efficaces, appropriés et centrés sur la patiente. Les principaux obstacles à la coopération interprofessionnelle mentionnés sont la surconsommation de soins prénatals, les effets pervers de certains modèles de financement et les comportements qui ne respectent pas le travail et les compétences de l'autre. Une grande volonté a également été constatée chez les gynécologues et les sages-femmes d'améliorer la coopération interprofessionnelle en formant des partenariats et en améliorant le transfert d'informations et la communication.

4) Le débriefing

L'étape du débriefing entre pairs mais également entre soignants et patientes est primordiale. Il importe de considérer avec sérieux le discours des femmes et leurs souffrances. Le CHU de Liège, par exemple, procède au moyen de débriefings et de témoignages de patientes qui sont analysés lors des réunions de soignants et de soignés organisées lorsque les situations se sont mal déroulées. Mises sur pied dans une optique de franchise et de transparence, elles permettent d'apprendre beaucoup sur la souffrance des patientes et les difficultés rencontrées par les soignants. Le syndrome de stress post-traumatique (voir chapitre V, point 1) passe très souvent inaperçu s'il n'y a pas de dépistage ciblé ou de questionnement «tardif», sachant que ce syndrome peut survenir quelques semaines voire quelques mois après l'accouchement.

C. Prendre en compte tous les publics

Chaque étape du processus diagnostique et thérapeutique doit être expliquée à la patiente dans un langage compréhensible et approprié. Ce n'est que lorsque le médecin s'est assuré que la patiente a compris le processus que l'on peut lui demander si elle y adhère et quel choix elle effectue.

Le manque de soins ou la difficulté à en recevoir constitue aussi une forme de violence gynécologique et obstétricale. Les personnes en situation de pauvreté ou de handicap, celles qui sont en proie à des problèmes de santé mentale, qui ont un faible niveau d'instruction, qui appartiennent à la communauté LGBTQIA+, qui ont une autre origine ethno-culturelle, qui ont un statut (de séjour) spécifique ou les allophones sont particulièrement vulnérables à ce propos. En outre, les personnes qui ne maîtrisent pas suffisamment une des langues nationales ne seront pas en mesure de dénoncer les faits de violences dont elles ont été victimes.

De plus, les (futures) mères seules, dans une situation précaire, issues de minorités ou en situation de handicap n'ont pas toujours accès à des soins de santé de qualité, notamment des soins de santé mentale.

Ces femmes qui vivent des difficultés sociales évidentes (barrière linguistique, problèmes

financiers ou dettes, logement inadéquat pour accueillir un enfant, etc.) sont parfois marginalisées, voire totalement exclues d'une prise en charge psychologique adéquate.

Pouvoir s'exprimer quand on reçoit un soin est le premier droit du patient. Dans la communication entre le corps médical et les patientes issues de publics vulnérables, la mauvaise connaissance de la langue est un problème fréquent. Il est ainsi primordial que chaque femme puisse bénéficier d'un accompagnant ou d'un interprète si elle ne maîtrise pas la langue parlée par le soignant. Il est impératif dès lors d'augmenter le nombre de médiateurs interculturels au sein des hôpitaux et de soutenir les associations d'interprétariat social. Ce temps de traduction constitue une charge de travail supplémentaire qui doit, dès lors, être reconnue. Le temps imparti aux consultations prénatales est déjà habituellement trop court, *a fortiori* en cas de besoin de traduction.

D. Vécu et charge mentale des soignants

Le présent rapport d'information ne veut pas passer à côté de la question essentielle du vécu des soignants et de leur charge mentale. En effet, le manque ou l'absence de personnel en suffisance pour fournir un accompagnement adéquat et individualisé aux patientes, entraînant une surcharge de travail et un stress accru, peut mener aux violences gynécologiques et obstétricales.

Il est fréquent de rencontrer des soignants contrariés par des soins inappropriés dont ils ont été témoins ou par des violences obstétricales auxquelles ils ont été contraints de participer ou qu'ils n'ont pas pu empêcher. C'est ainsi que la souffrance faite aux femmes se répercute aussi chez les soignants. Les professionnels sont d'ailleurs souvent déconcertés face à une remise en question de leurs pratiques, car ils estiment appliquer les bons gestes et n'envisagent pas leurs actes médicaux comme violents. Il s'agit là aussi d'une source de stress pour les soignants et le corps médical.

Ces derniers subissent par ailleurs aussi des violences d'un autre ordre: augmentation de la vitesse des soins, importance grandissante des pratiques médicalisées et de la technique, morcellement des soins et structure pyramidale des hôpitaux. Certains soignants déclarent aussi, selon Pascale Gustin (direction du service de santé mentale «Le chien vert»), avoir peur de dénoncer certains actes médicaux de leurs pairs.

La charge de travail et l'impact émotionnel peuvent, qui plus est, conduire à l'épuisement psychologique des professionnels de la santé. Le personnel soignant est soumis à de hauts niveaux de stress et de risques psychosociaux. La dispensation de soins anténatals et périnatals nécessite en outre de grandes compétences techniques et émotionnelles.

Plusieurs experts ont par ailleurs indiqué qu'un travail en collaboration avec une équipe multidisciplinaire favorise de meilleurs résultats chez les patientes et soutient la valorisation des professionnels des soins de santé.

VI. LES VOIES DE RECOURS

Les auditions ont mis en lumière l'existence d'un décalage entre le droit et la pratique. Même si les recours judiciaires contre les violences gynécologiques et obstétricales existent, ils sont en réalité peu utilisés - et «utilisables» - dans la pratique. Peu de femmes introduisent une action en justice, notamment parce qu'elles sont conscientes qu'il est peu probable que l'action soit tranchée en leur faveur.

A. La médiation

La médiation est prévue à l'article 11 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Tout patient, s'il estime que ses droits concernant une prestation médicale n'ont pas été respectés, peut faire appel, soit au service de médiation fédéral «Droits du patient» (si le praticien exerce en dehors d'un hôpital), soit au service de médiation de l'hôpital concerné.

La médiation proprement dite ne se déroule toutefois que sur la base volontaire de chacune des parties.

Quelques réserves ont été exprimées durant les auditions quant à la médiation intra-hospitalière. Pour commencer, sur la neutralité du médiateur: quand son employeur est aussi l'employeur du médecin dont il doit traiter le cas, sa neutralité ne serait plus forcément assurée. En outre, la confiance des patientes en la neutralité du processus peut être entamée dès lors que le médiateur est mandaté par l'hôpital.

L'ASBL AMIS ne partage pas cette analyse et rappelle que le médiateur, présent au sein de chaque hôpital, travaille en toute indépendance. Il est neutre et impartial. Il est tenu au secret professionnel. Le médiateur hospitalier joue également un rôle informatif et préventif. En effet, conformément à l'arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre, le médiateur est tenu de respecter le secret professionnel et de faire preuve d'une neutralité et d'une impartialité strictes. Il ne peut être sanctionné par son employeur pour des actes accomplis dans le cadre de sa mission.

La médiation intra-hospitalière semble pertinente pour restaurer le dialogue entre le prestataire de soins et les patients dans des dossiers aux conséquences plutôt limitées. Par contre, dès que les conséquences physiques sont plus lourdes, la médiation n'est



généralement pas l'outil adéquat pour la mise en cause des responsabilités ou pour l'obtention d'une indemnité financière. En effet, dès lors qu'il y a une mise en cause de la responsabilité, c'est l'assurance qui prend la direction du litige. Le médecin n'est alors plus libre de faire et dire ce qu'il veut dans le processus de médiation qui ne sera plus soumis aux règles de confidentialité.

Si les parties parviennent à un accord, le dossier de médiation peut être clôturé. À défaut d'accord, les différentes parties seront orientées vers une autre forme de règlement de conflit (via l'Ordre des médecins, les tribunaux, etc.).

B. La plainte auprès de l'Ordre des médecins

Conformément aux dispositions légales en la matière, une procédure disciplinaire peut être introduite auprès du conseil provincial de l'Ordre des médecins de la province dans laquelle le médecin est inscrit¹⁸. Une plainte auprès de l'Ordre contre un médecin doit concerner la déontologie médicale. Elle doit être formulée par écrit, contenir une relation des faits claire et chronologique et préciser les griefs et l'identité du ou des médecins mis en cause. La sanction peut prendre la forme d'un avertissement, d'un blâme, d'une interdiction d'exercer ne pouvant excéder deux ans ou d'une radiation. Des voies de recours contre la décision prise par le conseil provincial existent: opposition, appel et pourvoi en cassation.

Selon Marie Debelle (UCLouvain), le fonctionnement et la composition de l'Ordre des médecins posent question quant à l'impartialité et l'indépendance des jugements rendus. En effet, le conseil est composé principalement de médecins, les deux magistrats qui y siègent - en tant qu'assesseur effectif et suppléant - n'ont qu'une voix consultative. Miriam Ben Jattou (ASBL Femmes de droit, droit des femmes) considère cette voie de recours comme discutable dès lors que les plaignants n'obtiennent aucune information sur la décision prise, compte tenu des règles de confidentialité¹⁹ que l'Ordre des médecins applique, au motif du respect de la vie privée²⁰.

C. Les actions en justice

Les dossiers qui mènent à une procédure judiciaire concernent généralement des cas où il y a eu des lésions corporelles. Ces actions devant les cours et tribunaux sont motivées par la volonté de voir les responsabilités établies et d'obtenir une réparation financière. Les préjudices moraux mènent plus rarement à des procédures judiciaires car ils sont plus difficiles à prouver, tant en termes d'existence que d'étendue. Au sein de l'ASBL «Femmes de droit, droit des femmes», plus de 95% des personnes qui demandent conseil ne s'adressent pas à un avocat car les violences qu'elles ont subies ne sont, d'un point de vue juridique, pas jugées comme suffisamment graves pour mener à une condamnation. C'est la principale raison pour laquelle peu de recours sont introduits en comparaison de la quantité de violences subies.

1) La procédure pénale

Dans le cadre d'une procédure pénale, les victimes peuvent soit déposer plainte au commissariat de police qui les orientera vers le procureur du Roi, soit adresser une lettre recommandée à ce dernier. Cette seconde solution est préférable, puisqu'elle permet de décrire avec davantage de détails les actes commis et de joindre une copie de l'ensemble du dossier. Après réception de la plainte, le procureur du Roi décide de classer la plainte sans suite ou d'engager des poursuites. Dans ce dernier cas, une enquête, suivie d'une procédure pénale, peuvent aboutir à un jugement du soignant pour les actes commis.

18. Arrêté royal no 79 relatif à l'Ordre des médecins du 10 novembre 1967. À l'article 2, il est indiqué: «Les médecins dont le domicile est situé dans la Région de Bruxelles-Capitale choisissent d'être inscrits soit au tableau du conseil provincial du Brabant flamand et de Bruxelles, soit au tableau du conseil provincial de Bruxelles et du Brabant wallon.»

19. Article 14 de la «Note au sujet de la procédure disciplinaire devant les conseils de l'ordre des médecins».

Source: <https://ordomedic.be/fr/l-ordre/competence-disciplinaire>.

20. Source: <https://ordomedic.be/fr/privacy-policy/privacy-policy>.

La sanction est une amende ou une peine de prison pour le soignant.

Les violences gynécologiques et obstétricales ne figurent pas, en tant que telles, dans le Code pénal. Les femmes doivent donc se référer à d'autres infractions prévues par le Code pénal, notamment les coups et blessures (suite à une césarienne sans raison médicale ou après une expression abdominale, etc.), le viol (touchers vaginaux non consentis explicitement ou implicitement, etc.), la mutilation génitale (une épisiotomie non justifiée médicalement qui n'a pas fait l'objet d'un consentement, ou le point du mari, par exemple), etc., au risque de voir leur action déboutée. À ce propos, le GAMS (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines) estime que les épisiotomies de routine sans raison médicale, et les interventions comme le point du mari, pourraient être considérées comme une violation de l'article 409 du Code pénal, c'est-à-dire comme une mutilation génitale féminine.

Pour Marie Debelle, l'adoption d'une législation spécifique aux violences gynécologiques et obstétricales apporterait une réelle reconnaissance et une visibilité de la maltraitance vécue par les femmes dans leur suivi médical ainsi qu'une sécurité juridique de par la sanction que l'article de loi lui conférerait.

2) La procédure civile

Pour porter plainte au civil, les victimes doivent saisir le tribunal de première instance; elles doivent prouver qu'elles ont subi un dommage en lien causal avec une faute du médecin. La faute, analysée au regard du critère du médecin normalement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances, peut résulter du non-respect de la loi et plus particulièrement de la violation du droit d'information et de consentement prévu par la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002. Le dommage réparable peut aller des coûts de consultations psychologiques, aux pertes de revenus professionnels ainsi qu'aux séquelles physiques et morales (douleurs, difficultés à reprendre une vie sexuelle, etc.) que l'auteur devra rembourser ainsi que les frais de procédure. Même si les chances de remporter le procès sont plus élevées au civil qu'au pénal en raison de l'absence de possible classement sans suite, force est de constater qu'aucune affaire civile pour violence obstétricale n'a abouti à ce jour. La procédure n'est pas aisée étant donné que la charge de la preuve, en particulier celle du lien causal, incombe à la victime.

Ce lien causal peut être éminemment difficile à prouver dans les situations qui impliquent une «cascade d'actes médicaux», chaque acte médical posé pouvant affecter le processus de l'accouchement et entraîner de nouveaux actes médicaux. La cascade d'interventions rend donc épineuse la preuve du lien de causalité entre l'acte posé par le soignant et le dommage subi. Il est, par exemple, très difficile de démontrer qu'une induction aura mené à une épisiotomie qui aurait pu être évitée sans accélération du travail.

En outre, l'appréciation de la faute est complexe, car l'expert cherchera à connaître les lignes de conduite médicales applicables pour le cas qui lui est soumis. La difficulté sera de savoir ce qui est reconnu dans ces directives comme l'attitude optimale à avoir face à une patiente.

Une procédure civile peut également être initiée devant le Fonds des accidents médicaux²¹. Cette procédure est surtout pertinente en cas d'accident médical sans responsabilité ou en cas de ressources financières insuffisantes dans le chef du plaignant puisqu'il s'agit d'une procédure gratuite.

21. Voir <https://www.inami.fgov.be/fr/inami/structure/Pages/fonds-accidents-medicaux.aspx>.

VII. LA FORMATION DES SOIGNANTS

A. La multiplicité des apprentissages

Un certain nombre des compétences et manquements potentiels des soignants, qu'il s'agisse de gynécologues-obstétriciens, de sages-femmes, de doulas, de kinésithérapeutes, de médecins, etc., trouvent leur source dans les formations suivies par ces derniers.

Les réalités et les enseignements peuvent logiquement différer de façon parfois importante selon les spécialités, les établissements scolaires ou hospitaliers, les années ou - plus largement - les Communautés, voire selon les pays. Mettre en exergue des tendances, qu'elles soient bonnes ou mauvaises, devient dès lors complexe. Il est cependant possible de citer certaines pratiques qui gagneraient à être reproduites ou étudiées mais aussi d'en pointer d'autres davantage perfectibles.

Parmi les certitudes: la formation des infirmières spécialisées, des sages-femmes et des obstétriciens comprend, outre une partie théorique sur les accouchements physiologiques, un cursus sur la réduction des procédures iatrogènes²², la promotion du travail humanisé et la réduction de pratiques injustifiées. Le nombre limité de périodes disponibles et l'absence d'uniformité dans les cours mais aussi de socle commun font néanmoins office de freins à une parfaite intégration de ces valeurs et réflexes si essentiels.



22. Voir lexique.

B. D'inquiétants manquements

Quelques chiffres, même parcellaires, peuvent d'emblée illustrer une partie de la problématique.

Au travers des travaux d'élaboration de son mémoire de bachelier intitulé «*Mag ik?*»²³, Madhi Sysmans (Haute école Thomas More), devenue entretemps sage-femme, note quelques résultats marquants: 44% des étudiants en maïeutique interrogés ignoraient ce qu'était la violence obstétricale et de quelles manières celle-ci pouvait se manifester.

Par ailleurs, neuf étudiants sur dix avaient indiqué avoir, durant leurs stages respectifs, déjà été témoins de violences obstétricales (avec les risques inhérents d'être choqués ou encore de les accepter puis de les répéter par la suite). Également interpellant, le fait que seulement 13% des étudiants déclaraient respecter les procédures de consentement éclairé et les appliquer de façon idoine.

Ces chiffres illustrent un manque de prise de conscience des étudiants quant à leurs propres comportements.

C. L'importance des stages

Prépondérants dans l'apprentissage d'un futur métier, les stages amènent parfois à vivre des expériences traumatisantes. L'importance des stages n'est toutefois pas remise en cause, notamment parce qu'ils permettent de découvrir des réalités parfois très diverses. Au travers du stage, l'étudiant peut en effet observer de grandes variations en fonction de l'endroit (commune, région, pays), de l'hôpital, mais aussi du personnel encadrant. Des différences qui peuvent se marquer matériellement, au niveau des comportements ou autres.

Comme l'ont souligné les Académies de médecine de Belgique, «des séminaires d'enseignement spécifiques et des sessions pratiques sur la manière d'informer les femmes enceintes (sur les aspects de l'accouchement, le consentement éclairé, les césariennes d'urgence, les épisiotomies, les extractions à l'aide de forceps ou de ventouses) sont déjà organisés pour les stagiaires en gynécologie-obstétrique, dans plusieurs universités. Les stagiaires reçoivent des informations sur les problèmes liés aux violences gynécologiques et obstétricales». Ils sont actuellement organisés sur base volontaire avec une importante variabilité. Ils ne sont par contre pas destinés aux étudiants en médecine ni aux médecins généralistes.

Dans le même ordre d'idée, les ateliers de simulation, quand ils sont organisés, ont eux aussi un intérêt manifeste pour la bonne formation des futurs professionnels de la santé. Y sont abordées diverses techniques obstétricales ainsi que des simulations d'incidents obstétricaux où sont analysées les séquences décisionnelles et la communication entre praticiens et parents²⁴; le tout parfois dans un cadre multidisciplinaire, favorable aux échanges et à une meilleure communication entre futurs spécialistes. Les techniques de résolution des conflits sont, elles aussi, étudiées dans le cadre de certains de ces exercices.

Ces ateliers, qui incarnent un excellent moyen d'apprendre à travailler en équipe, demandent toutefois énormément de temps pour leur préparation ainsi que leur exécution.

D. D'autres inquiétudes

D'autres imperfections peuvent également être mises en lumière. Aux yeux du docteur Dominique Roynet (Centre de planning familial de Jemelle), la bientraitance n'est pas suffisamment inscrite au cœur des programmes de nombre de cycles d'enseignement. Ce constat est sous-tendu par diverses conclusions de l'intéressée telles que la charge,

23. Sysmans Madhi, «*Mag ik?*» Een kwantitatief en beschrijvend onderzoek naar de ervaringen van studenten vroedkunde met betrekking tot obstetrisch geweld binnen de verloskamer, Thomas More Kempen, 2021.

24. La formation à la relation et à la communication médecin-patient est un enjeu majeur, même si de nombreux progrès ont été réalisés.

très lourde, de la formation en médecine où est légitimée une relation dominant-dominé. Il est impératif que les cursus scolaires enseignent aux soignants les gestes, comportements et mots de la bienveillance le plus tôt possible.

De plus, il est également nécessaire de mieux former les dispensateurs de soins sur les droits des patients. Le droit médical en tant que tel ne faisant pas partie du cursus de base ni des sages-femmes, ni des médecins, il semble nécessaire de l'y inclure afin de pouvoir analyser les différents cas selon une approche académique.

Autre manque à avoir été cité lors des auditions: le faible développement des contenus relatifs aux personnes LGBTQIA+, de même qu'aux partenariats multidisciplinaires, aux situations cliniques diversifiées, aux publics vulnérables, à la formation des enseignants par rapport aux genres, à la communication, à l'interculturalité, à la prise en charge des patientes souffrant d'un trauma (*trauma-informed care*), etc. Notons toutefois que la question des porteurs de handicap figure déjà dans plusieurs formations.

Pourraient également être pointées la trop faible importance accordée aux cours de psychologie et de philosophie, l'insuffisance de cours de sexologie au cours des études de gynécologie ainsi que les trop faibles collaborations avec les centres de planning familial.

Il serait enfin utile que les lieux de stages offrent plus de diversité aux étudiants en médecine ou aux sages-femmes. Aborder sur le terrain les conditions de vie de nombre de patients, notamment les plus défavorisés, permettrait de s'ouvrir à la réalité de tous les publics et ainsi ne pas limiter la dimension sociale que se doit d'offrir la médecine.

E. Les violences gynécologiques et obstétricales sont au programme

Si les programmes d'études et les nombres d'heures inhérentes varient selon les établissements, de nombreuses autorités académiques affirment consacrer déjà une importance manifeste à la problématique des violences gynécologiques et obstétricales et de leurs conséquences, sans doute sous l'effet de la médiatisation accrue de la problématique. Dans certains établissements, cependant, aucune approche particulière n'est prévue en ce qui concerne les conséquences des violences gynécologiques et obstétricales sur la liaison mère-enfant et sur la façon dont elles sont vécues par le ou la partenaire.

Quant à la notion de consentement éclairé, elle figure également dans les programmes, notamment dans la formation théorique de base en médecine, au même titre que la loi sur la qualité des systèmes de santé et l'accompagnement de la douleur.

Les études de kinésithérapie intègrent également le consentement éclairé (explicite ou tacite) dans plusieurs modules relatifs à l'examen ou au traitement du patient. En revanche, la formation de base de rééducation périnéale ne contient aucun module relatif aux violences gynécologiques et obstétricales. Les cours dispensés soulignent cependant régulièrement que la rééducation pelvienne concerne une zone intime et requiert dès lors une approche professionnelle spécifique.

Pourtant, l'application des bonnes pratiques apprises lors de la formation est un élément essentiel pour parvenir à une prise en charge intégrée, individualisée, personnalisée et continue de la femme au cours de sa grossesse, pendant et après son accouchement.

Il est néanmoins important de souligner que les études de sage-femme durent entre trois (en Communauté flamande) et quatre ans (en Communauté française), ce qui ne permet pas, lors de la formation, d'approfondir nombre d'aspects (sociologiques et psychologiques, notamment). De plus, il existe en Flandre une formation «*Master in de verpleegkunde en de vroedkunde*», ce qui n'est pas le cas en Communauté française.

Enfin, il est à noter que la formation des étudiants en médecine et la formation continue sont censées respecter les articles 17, 30 et 31 du Code de déontologie médicale de 2018²⁵, qui décrivent les principes de dignité humaine, de non-discrimination et de respect envers les patients.

F. La formation continue

Différentes initiatives de formation continue peuvent être épinglées.

En termes de formation continue, les groupes locaux d'évaluation médicale partagent et évaluent, entre médecins et de manière critique, leurs pratiques médicales dans le but de promouvoir la qualité des soins. Le consentement éclairé, la communication et l'éthique y sont fréquemment traités.

Par ailleurs, des débats, séminaires et initiatives individuelles locales de prévention des violences gynécologiques et obstétricales sont parfois organisés sur une base volontaire par le personnel de maternités ou par les organisations professionnelles. Ils s'adressent aux stagiaires obstétriciens, aux sages-femmes, aux infirmiers spécialisés et aux spécialistes dans le cadre de la formation permanente. Lors des auditions, il est apparu que le fait de compléter la formation de base par des activités de sensibilisation aux violences obstétricales et gynécologiques constitue une étape importante à cet égard pour bon nombre de soignants.

De leur côté, les sociétés scientifiques telles que le CRGOLFB (Collège royal des gynécologues-obstétriciens de langue française de Belgique) ou l'ABeFUM (société d'échographie) disent consacrer régulièrement des réunions à la problématique, de même que les institutions hospitalières - universitaires ou non - qui organisent des réunions, séminaires et confrontations interdisciplinaires sur ce thème.

Enfin, notons qu'en 2009, le groupe interdisciplinaire interuniversitaire de périnatalité (GIP) a vu le jour. Son but est de réfléchir, enseigner et partager sur les aspects psychologiques et éthiques de la périnatalité par le biais de groupes de réflexion, de séminaires, etc. qui sensibilisent et forment de nombreux acteurs de soins périnataux au vécu traumatique des patientes autour du suivi de leur grossesse, de la naissance, de la période néonatale et du post-partum.

25. <https://ordomedic.be/fr/code-2018>.

RECOMMANDATIONS

I. GÉNÉRAL

1. Le Sénat insiste sur la nécessité d'une coopération entre tous les niveaux de pouvoir (fédéral, régional et communautaire) en la matière.

II. DÉFINIR ET DOCUMENTER LES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES

2. Reconnaître explicitement les violences gynécologiques et obstétricales comme un problème subséquent à de nombreuses causes (culturelles, sociétales, socio-économiques, matérielles, individuelles ou institutionnelles) et comme une forme de violence liée au genre; identifier, définir et désigner les violences gynécologiques et obstétricales et développer une bonne compréhension du phénomène.

3. Collecter des données chiffrées officielles sur le problème des violences gynécologiques et obstétricales en Belgique et les analyser de manière indépendante et exhaustive en vue, notamment, d'établir un cadastre des violences obstétricales en Belgique, à l'aide d'enquêtes tant quantitatives que qualitatives, dans le but de dresser un inventaire des formes et de la fréquence des violences obstétricales et de réfléchir aux points d'action et aux ajustements à apporter à l'accompagnement des naissances.

4. Favoriser la collecte de données et la recherche en lien avec l'identification, la catégorisation et la définition des diverses formes de violences gynécologiques et obstétricales, tant par les organes officiels, que par le milieu académique, y compris les sciences humaines, le secteur de la santé et la société civile.

5. Affiner la collecte de données par le service de médiation fédéral «Droits du patient» de la direction générale Soins de santé du service public fédéral (SPF) Santé publique afin d'y voir apparaître les plaintes en matière gynécologique et obstétricale, et rendre ces données accessibles sous conditions.

6. Mener des recherches sur les discriminations et l'intersectionnalité de celles-ci dans les soins de santé gynécologiques, ainsi que sur la manière la plus efficace d'y remédier.

7. Confier à des organismes les tâches suivantes:

- a) collecter des données à grande échelle, diffuser des informations, rechercher et rassembler des données sur les manquements et les bonnes pratiques;
- b) accompagner les victimes et les témoins de violences gynécologiques et obstétricales, y compris les faits de discrimination, et mettre en place un service de première ligne pour l'accompagnement, l'orientation et l'information, notamment lors du dépôt d'une plainte, par exemple par la création d'une ligne téléphonique d'urgence ou d'un chat;
- c) veiller à l'information, à la sensibilisation et à la formation aussi bien des experts que de la population au sens large afin d'accroître la bienveillance en obstétrique.

8. Prévoir et favoriser des lieux de rencontres composés de professionnels exerçant dans les domaines de la périnatalité, de la gynécologie et de l'obstétrique et qui accueillent des représentants des usagers. Cela permettrait de dépister, de quantifier et d'analyser le phénomène des violences gynécologiques et obstétricales et de mieux comprendre les besoins des femmes en matière de naissance respectée.

III. ACCROÎTRE LA TRANSPARENCE

9. Rendre accessibles les chiffres et les informations inhérents aux pratiques, par exemple les épisiotomies, les césariennes, les inductions, etc. par site d'accouchement, afin :

- a) de permettre la réalisation d'un contrôle de qualité (sur la base des normes les plus élevées pour une prise en charge attentive des patients);
- b) de pouvoir identifier les bonnes pratiques et, partant, de promouvoir la bienveillance obstétricale;
- c) de pouvoir poser des questions lorsque des chiffres sont alarmants;
- d) de permettre aux femmes de poser des choix éclairés.

IV. INFORMATION ET SENSIBILISATION

A. Droits du patient et consentement éclairé

10. (In)former davantage, tout au long de leur carrière, les soignants au sujet du cadre juridique et de son évolution, plus spécifiquement en ce qui concerne les aspects relatifs à la loi du 22 août 2002 (droits du patient), notamment dans le contexte très spécifique et parfois urgent de l'obstétrique.

11. Informer régulièrement et largement tous les publics de l'existence de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient, des droits qu'elle confère²⁶ et des voies de recours si les droits ne sont pas respectés, en particulier au cours des soins gynécologiques et obstétricaux tant auprès des (futurs) soignants, que par le biais de larges campagnes d'information.

12. Donner aux filles et aux femmes toutes les informations dont elles ont besoin pour prendre en main leur santé sexuelle, en ce compris leurs droits en tant que patientes, grâce à la prise en compte explicite de celle-ci dans des programmes d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle.

13. Mieux préparer les femmes en les informant en toute transparence sur leur liberté de choisir un prestataire de soins, un lieu d'accouchement, les gestes médicaux souhaités, les moyens pour contenir la douleur, etc.

14. Renforcer spécifiquement la mission des services de médiation intrahospitaliers par rapport aux soins gynécologiques et obstétricaux en ce qui concerne l'information et la sensibilisation des patientes à leurs droits, au respect de ceux-ci, ainsi qu'aux voies de recours possibles.

15. Veiller au respect de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient, en particulier en ce qui concerne le consentement libre et éclairé fondé sur toutes les informations disponibles.

26. Au regard de la loi de 2002, les violences ou maltraitements gynécologiques et obstétricaux touchent à plusieurs droits du patient: bénéficier d'une prestation de soins de qualité, être informé sur son état de santé, consentir librement à la prestation de soins, avec information préalable (cf. contribution écrite ASBL Amis).

16. Insister en particulier sur la notion de consentement éclairé fondé sur toutes les informations disponibles en rappelant que :

- a) un consentement préalablement donné peut être retiré à tout moment ;
- b) une formalisation raisonnable et préventive du consentement éclairé pour des soins qui ont du sens et où les patientes sont les partenaires et les alliées des prestataires de soins est recommandée. Le projet de naissance, par exemple, est un bon outil d'élaboration et d'anticipation pour les parents qui sert à l'alliance thérapeutique.

17. Définir plus précisément les concepts de « consentement éclairé » et de « désaccord éclairé » et analyser leur portée précise, étant donné qu'ils sont des concepts juridiques et éthiques complexes.

B. Formation et sensibilisation

18. Sensibiliser les prestataires de soins de santé au fait que certaines pratiques ou certains protocoles désuets, inadéquats ou sexistes sont encore utilisés (parfois par habitude) et aux manières d'y mettre fin.

19. Intégrer la notion des violences gynécologiques et obstétricales ainsi que leur impact, tant dans le cursus de base que dans la formation continue.

20. Dénoncer la violence et les stéréotypes dans les soins gynécologiques et obstétricaux en tenant compte du fait que ces violences peuvent être parfois le reflet d'une culture patriarcale encore trop présente dans la société, notamment dans le domaine médical.

21. Lutter contre les discriminations dans le domaine des soins de santé et accorder davantage d'attention au déploiement de bons réseaux de prise en charge des femmes enceintes et des familles confrontées à des défis socioéconomiques et à des problématiques de santé psychique.

22. Prendre des mesures afin de permettre à toutes les patientes sans distinction de pouvoir compter sur le personnel soignant, quels que soient leur situation personnelle, leur profil, leur milieu de vie ou leurs capacités.

V. ÉVOLUTION DU CADRE NORMATIF

23. Étudier la possibilité d'assortir la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient de sanctions proportionnelles et adaptées aux situations incriminées, afin d'obtenir des voies de recours effectives²⁷.

24. Analyser l'opportunité et la faisabilité d'inscrire les violences gynécologiques et obstétricales dans le Code pénal, moyennant une définition officielle de celles-ci.

25. Prendre des mesures pour éviter les épisiotomies pratiquées sans raison médicale et/ou sans consentement.

27. Adaptation à la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé : par le biais de la loi du 30 juillet 2022, une mission supplémentaire a été attribuée à la Commission de contrôle, à savoir, au 4°, contrôler le respect, par les professionnels de soins de santé, des droits du patient tels que visés au chapitre 3 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient à compter d'une date fixée par le Roi dans un arrêté délibéré en Conseil des ministres. De par cette disposition, la Commission de contrôle peut infliger des sanctions une fois que cette loi est entrée en vigueur.



26. Réfléchir à la manière dont la pratique des épisiotomies en Belgique peut être alignée sur les recommandations du KCE et de l'OMS pour éviter qu'elle ne soit effectuée lorsqu'il n'y a pas de raison médicale de le faire.

27. Les déchirures survenant lors d'un accouchement vaginal doivent être enregistrées, suivant une classification en plusieurs catégories/degrés.

28. Compléter le résumé hospitalier minimum²⁸ en y ajoutant des items d'enregistrement (dont par exemple les déchirures avec ou sans épisiotomie et leur degré, l'utilisation d'ocytocine pour optimiser et/ou déclencher l'accouchement, etc.).

29. Mener une réflexion pour déterminer si la violation du droit au consentement éclairé devrait donner lieu à une indemnisation d'un préjudice moral autonome.

30. Être au maximum à l'écoute des patientes lors de l'élaboration et la rédaction des protocoles hospitaliers.

31. Systématiser les enquêtes de satisfaction des patientes dans tous les lieux de naissance et rendre obligatoire le retour de celles-ci aux équipes de soignants.

32. Généraliser, dans toutes les maternités belges, la rédaction et l'application d'une charte de soins qui fasse consensus au sein des acteurs des soins de santé mentale et des soins périnataux.

33. Réviser l'arrêté royal de 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, et notamment actualiser les normes fonctionnelles pour:

- a) qu'elles tiennent compte des différents scénarios de l'accouchement, du plus physiologique au plus médicalisé;
- b) qu'un accès direct et aisé au bloc opératoire depuis la maternité soit garanti.

34. Inviter le Conseil de l'Europe et le GREVIO à intégrer les violences obstétricales et gynécologiques dans la Convention d'Istanbul.

VI. AMÉLIORATION DES VOIES DE RECOURS ET DE DÉPÔT DE PLAINTES

35. Faciliter de toutes les manières possibles le dépôt de plaintes ou de témoignages, y compris par les soignants témoins de violences, en ce compris les stagiaires (soignants témoins).

36. Améliorer les services de médiation «droits du patient»:

- a) faire connaître davantage au grand public la possibilité d'y recourir afin de permettre une libération de la parole des patientes en toute confiance;
- b) les renforcer pour une prise en charge et une éventuelle réparation de préjudices vécus plus rapides;
- c) définir la base légale ainsi que des critères précis permettant aux médiateurs intra-hospitaliers et au service de médiation fédéral d'attribuer le statut de violence gynécologique et obstétricale à un dossier;

28. Le résumé hospitalier minimum (RHM) est obligatoire depuis 2007 (arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au ministre qui a la Santé publique dans ses attributions).

- d) rendre la certification en médiation hospitalière via un parcours de formation indépendant des institutions de soins dans lesquelles les médiateurs exercent, ainsi que le suivi de formations continues, obligatoires, prenant en compte la loi relative aux droits du patient, l'interculturalité et la prise en charge de victimes de violences sexuelles, de personnes en situation de handicap, les publics LGBTQIA+, etc.;
- e) garantir davantage l'indépendance des médiateurs vis-à-vis des institutions de soins dans lesquelles ils officient.

37. Recommander aux organisations professionnelles d'évaluer le cadre dans lequel elles infligent des sanctions aux responsables de violences obstétricales et gynécologiques et, au besoin, renforcer ces sanctions en cas de faits graves ou de récidive.

VII. ORGANISATION ET FINANCEMENT

38. Évaluer le financement à la prestation et créer un cadre financier qui soit approprié tant pour les gynécologues que pour les sages-femmes, en prévoyant une révision du financement du suivi prénatal (pour toutes les grossesses, quel que soit leur risque), ainsi que le KCE l'indique dans le rapport de 2023 intitulé «*Le référencement lors du suivi des grossesses à bas risque*».

39. Prendre des mesures pour garantir aux soignants un rythme de travail respectueux et tenable, qui leur permette d'accompagner sereinement chaque patiente.

40. Investir plus de moyens financiers dans les maternités pour qu'elles disposent d'une équipe dédiée à la santé mentale, notamment des psychiatres et des psychologues ayant une expertise spécifique dans le domaine des soins de la santé sexuelle et reproductive.

41. Accroître les moyens financiers et humains des centres de santé et des lieux en lien avec la santé gynécologique des femmes.

42. Revoir les normes de personnel dans les maternités et les salles d'accouchement, notamment en augmentant le nombre de sages-femmes auquel un hôpital a droit, et porter le nombre autorisé de sages-femmes dans les hôpitaux à un niveau qui permette de garantir une présence accrue de celles-ci dans la salle d'accouchement ainsi qu'un accompagnement individualisé de la patiente par un seul et même dispensateur de soins de confiance.

43. Renforcer les liens entre le monde hospitalier et le monde ambulatoire et, à cet effet, augmenter significativement l'offre ambulatoire par un refinancement de ces services.

VIII. PRATIQUES DE SOINS

Certaines des recommandations qui suivent se veulent, dans l'absolu, une liste de bonnes pratiques à mettre en œuvre au regard des possibilités mais aussi des services déjà proposés par les institutions et professionnels concernés:

A. Faire évoluer les pratiques de soins

44. Assurer un respect du consentement éclairé et, en ce sens, interdire les interventions non désirées ou non nécessaires médicalement.

45. Inciter les fédérations et associations de professionnels de la santé à prendre des mesures afin d'éviter des interventions médicales inutiles et veiller au respect des principes de la «médecine fondée sur les preuves» (EBM - *evidence based medicine*).

46. Examiner si la pratique de l'expression abdominale peut être explicitement interdite pour l'accouchement par voie basse.

47. Diffuser les bonnes pratiques gynécologiques et obstétricales consensuelles conformes aux dernières avancées et ne nécessitant pas en outre d'importants moyens (financiers ou en termes de formation).

48. Développer une approche transversale pour le suivi de la grossesse et les soins gynécologiques auprès des publics vulnérables, incluant un soutien médical, psychologique, juridique ainsi qu'un soutien de la société civile.

B. Consultations

49. Allonger la durée des consultations gynécologiques et périnatales afin d'assurer une meilleure qualité de soins et de communication et une relation de confiance avec les femmes et leurs proches. *A minima*, les durées prévues par les codes INAMI doivent être respectées par les sages-femmes et mises en place pour les médecins.

50. Systématiser une consultation, non médicale et d'une durée adaptée aux besoins des futurs parents, dans le lieu d'accouchement souhaité par la patiente pour évoquer ses souhaits en ce qui concerne la naissance, anticiper des besoins de traduction, s'inquiéter de la personne qui pourra l'accompagner et l'informer du déroulement de l'accouchement.

51. Dans le cadre de l'accouchement, systématiser le dépôt et la discussion du projet de naissance entre parents et praticiens, quels qu'ils soient. Ce projet de naissance complètera le dossier médical et pourra être compulsé par tous les soignants pour coordonner les attentes et identifier les éventuelles incompréhensions ou les lacunes en termes de connaissances.

52. Encourager les professionnels de la santé à organiser systématiquement un entretien post accouchement ou post FIV, pour débriefer et apporter des réponses aux questions que les patientes se posent; prévoir au besoin une consultation psychologique, notamment pour éviter une dépression post-partum.

C. Adapter les soins

53. Veiller à ce que les soins soient correctement dispensés, tant en période normale qu'en situation d'urgence, qu'il s'agisse des soins proprement dits ou de l'accompagnement (par exemple lorsqu'il est nécessaire d'impliquer des partenaires dans l'accouchement, comme des interprètes, et de répondre à d'autres besoins personnels, de manière à ce que les patientes puissent bénéficier pleinement de leurs droits).

54. Repenser l'infrastructure, les routines, l'application des procédures, l'utilisation de l'appareillage et l'organisation des maternités, où cela est nécessaire, et les axer sur un processus physiologique basé sur des soins individualisés.

55. Accorder dans les structures de soins gynécologiques la priorité aux choix personnels de la patiente dans le cadre des limites fixées de manière consensuelle avec son équipe soignante.

56. Privilégier tout au long du parcours la continuité des soins gynécologiques et obstétricaux pour une approche intégrée qui comprend la coopération entre les gynécologues et d'autres prestataires de soins de santé tels que les sages-femmes, les kinésithérapeutes, les assistants sociaux, les psychologues ou les médecins généralistes, pour que ceux-ci apprennent à s'ajuster aux besoins fondamentaux des patientes tout en veillant à la sécurité médicale.

57. Investir dans les soins et le personnel soignant afin de pouvoir offrir en tout temps des soins individualisés, de réduire la charge de travail et de tendre vers une réduction d'échelle, conformément aux études internationales qui montrent que les petites structures favorisent souvent un processus individualisé. Pour des soins spécialisés, il convient que les centres médicaux universitaires conservent un rôle prépondérant.

58. Conformément aux recommandations de l'OMS, ménager une marge pour des soins individualisés.

59. Tendre vers le concept d'un accompagnement individualisé (un pour un), assuré par un seul et même prestataire de soins qui ferait office de personne de référence tout au long du processus, depuis la grossesse jusqu'aux soins postnatals en passant par l'accouchement, de manière à établir une relation de confiance.

60. S'efforcer d'appliquer le principe de base de l'individualisation des soins de maternité, à savoir «une femme = une sage-femme».

D. La bienveillance dans les soins de périnatalité

61. Respecter davantage encore à la maternité le repos de la mère et du nourrisson, leur rythme, leur besoin de proximité, d'intimité, etc.

62. Prévoir un accompagnement à la parentalité systématique et adapté au cours de la première année de vie d'un enfant.

63. Améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés pour les aider à s'approprier et à nouer des liens forts.

64. Promouvoir la bienveillance et la bientraitance en enseignant aux étudiants des filières de soins de santé les comportements, les gestes et le langage qui les caractérisent.

65. Améliorer la formation des professionnels de la santé en ce qui concerne la gestion de l'annonce et la non-stigmatisation des couples en cas d'interruption de grossesse tardive suite à un diagnostic prénatal défavorable, par exemple.

66. Améliorer la prise en charge médicale et psychologique des troubles gynécologiques et sexologiques, de l'infertilité ou de la stérilité.



67. Prévenir l'expérience d'un post-partum difficile:

- a) s'assurer de connaître les antécédents - psychologiques et traumatiques - des futures mamans pour un accompagnement adapté;
- b) sensibiliser davantage les professionnels de la santé aux risques de trauma ou de syndrome post-traumatique;
- c) favoriser la sécurité émotionnelle des patientes en assurant une grande disponibilité et une capacité d'anticipation chez les professionnels de la santé;
- d) renforcer les équipes de psycho-périnatalité dans les maternités et autres lieux de naissance pour mieux dépister, diagnostiquer et soigner les dépressions postnatales;
- e) prêter une attention plus particulière aux personnes qui connaissent des difficultés sociales en combinant un dépistage de syndrome de stress post-traumatique avec une recherche proactive au sein des publics fragilisés;

- f) former les professionnels de la santé, futurs et actuels, aux enjeux de la santé mentale (et tout particulièrement à la détection du syndrome de stress post-traumatique que peuvent vivre les femmes lors de l'accouchement ou lors de soins gynécologiques) tout en renforçant la transversalité entre les disciplines;
- g) renforcer le suivi post accouchement des mères et des enfants par exemple avec des services *de kraamzorg* / soins de maternité.

E. Charge mentale des soignants

68. Encourager, au sein des structures médicales et hospitalières, les échanges entre pairs ou entre centres hospitaliers pour alléger la charge mentale des professionnels de la santé via les échanges de bonnes pratiques, d'expériences, des interventions, etc.

69. Mettre en place une structure d'accompagnement et d'entraide entre soignants au sein des structures hospitalières ou dans les fédérations de gynécologues afin d'accompagner le personnel médical en cas de surcharge de travail et de limiter la charge mentale qui peut découler d'incidents survenus lors d'actes médicaux.

70. Accompagner de manière plus adéquate les soignants témoins de soins inappropriés en leur offrant l'écoute, le soutien et le conseil nécessaires.

F. Renforcer le rôle central des sages-femmes

71. Trouver le moyen de rendre obligatoire, pour toutes les sages-femmes et tous les gynécologues, le recours à une assurance professionnelle financièrement accessible.

72. Créer davantage de maternités ouvertes tout en veillant à ce que les sages-femmes puissent utiliser plus facilement les plateformes des hôpitaux pour accompagner et accoucher leurs patientes enceintes.

73. Accueillir, sur demande et avec bienveillance, des sages-femmes indépendantes pour soutenir la femme lors de l'accouchement; encourager la présence en salle de naissance d'un accompagnant choisi par la femme.

74. Créer davantage de possibilités de stages en première et deuxième lignes pour les étudiant(e)s sages-femmes.

75. Développer la mastérisation de la formation de sage-femme en Communauté française.

76. Développer un système élaboré de soins de maternité²⁹ ou un réseau de sages-femmes de première ligne intervenant à domicile, à destination et à la portée de toutes les patientes et en particulier des plus vulnérables, intégrer ce système ou réseau dans le parcours de soins classique et veiller à les faire connaître du grand public.

77. Envisager de réviser la nomenclature en vue d'élargir les compétences reconnues des sages-femmes et d'harmoniser les barèmes pour des actes similaires prestés par divers prestataires de soins.

29. Les soins de maternité englobent l'aide ménagère, les soins corporels et le soutien familial et psychosocial. Les premiers jours après la naissance, une sage-femme apporte à la mère et à l'enfant des soins médicaux spécialisés. Un prestataire de soins de maternité peut également apporter son aide pour les soins au bébé et les tâches ménagères.
Voir: <https://www.kindengezin.be/nl/thema/zwangerschap-en-geboorte/voorbereiden-op-de-geboorte/bevalling-en-ondersteuning>.

IX. LUTTER CONTRE LA DISCRIMINATION ET SOUTENIR LES GROUPES VULNÉRABLES

78. Définir le concept de «vulnérabilité» et l'appréhender dans une approche intersectionnelle. La vulnérabilité peut différer d'une personne à l'autre; elle touche, par exemple, les personnes en grande difficulté financière, isolées socialement, en séjour irrégulier dans notre pays, ne maîtrisant pas les langues nationales, subissant des violences, porteuses de handicap, etc.

79. Augmenter le nombre de médiateurs interculturels dans les hôpitaux; soutenir les organisations d'interprètes sociaux et développer, en collaboration avec la société civile, une politique axée sur une approche intersectionnelle des questions liées aux soins.

80. Anticiper les besoins de traduction des patientes allophones et prévoir entre autres une durée de consultation plus longue afin de garantir la qualité de celle-ci.

81. Simplifier le système de la carte médicale³⁰ pour le rendre plus clair. Veiller à ce que les interventions urgentes, ainsi que les soins et interventions nécessaires qui sont assortis d'un délai, comme un avortement, soient disponibles rapidement et facilement, indépendamment du statut socioéconomique et notamment du droit de séjour.

X. FORMATION

A. Une formation englobante et multidisciplinaire

82. Enseigner davantage la physiologie de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance afin d'appréhender la grossesse comme étant un processus physiologique avant d'être éventuellement pathologique et de comprendre ce que l'accouchement signifie pour la parturiente et son entourage.

83. Réformer les programmes d'enseignement (des sages-femmes, gynécologues, obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, médecins généralistes, psychologues, psychiatres, anesthésistes, kinésithérapeutes, infirmières, etc.) pour en augmenter le caractère transdisciplinaire:

- a) de la conception à la dispensation;
- b) au travers de parties théoriques mais aussi pratiques (jeux de rôles, simulations, etc.) où les étudiants apprennent à agir à partir d'une vision commune et holistique de l'accouchement.

84. Fournir une formation de base et continue aux prestataires de soins de santé dans les domaines psychologique, sociétal et juridique (y compris sur les droits du patient). Cet enseignement devrait concerner notamment l'information, la communication et l'application des droits, le cadre juridique dans lequel ils travaillent, les concepts de consentement et de refus éclairés, etc.

85. Intégrer, dans les formations des futurs soignants, les conclusions des débriefings organisés entre les sages-femmes, obstétriciens, parents, etc., dans le cadre du suivi des consultations et des accouchements.

30. Voir lexique.

86. Favoriser une plus grande implication tant des milieux de soignants que des associations représentant les femmes dans la formation, que ce soit via la recherche, via l'échange d'expériences ou via la détermination d'interventions pertinentes, etc.

B. Un enseignement moins hospitalo-centré

87. Offrir aux futurs professionnels de la santé un enseignement théorique mais également pratique qui soit davantage axé sur les soins non médicalisés, dispensé par des enseignants disposant d'une expertise de terrain multiple.

88. Encourager les différents établissements qui organisent en Belgique la formation des professionnels de la santé à être encore davantage au courant de ce qui se fait ailleurs dans le pays et à l'étranger.

89. Créer plus spécifiquement un programme de formation en gynécologie extrahospitalière. Ce programme concernerait la gynécologie non médicale et non obstétricale pratiquée en soins primaires, notamment dans les centres de planning familial ou les centres de santé.

90. Améliorer les stages des futurs professionnels de la santé:

- a) diversifier les lieux de stages en évitant que les stages se déroulent uniquement dans des structures hospitalières (par exemple, en polycliniques, en centres de planning familial, en maisons de naissance, en gîtes intra-hospitaliers, etc.);
- b) organiser une formation spécifique des maîtres de stage en insistant sur les pratiques bienveillantes en gynécologie obstétrique;
- c) mettre en place une procédure type de *reporting* permettant aux étudiants de signaler au maître de stage ainsi qu'à leurs lieux de stages les situations traumatisantes vécues par la parturiente, ses proches ou les stagiaires eux-mêmes.

C. Former en vue de soutenir davantage les publics vulnérables

91. Veiller à promouvoir davantage une attitude respectueuse (langage adéquat, respect, empathie, etc.) et des actions appropriées à l'égard des femmes isolées, des femmes porteuses d'un handicap, des immigrants, des personnes en situation de précarité, des enfants, des adolescents, des personnes LGBTQIA+ et d'autres publics plus vulnérables, par le biais d'une formation spécifique destinée à tous les étudiants dans le domaine des soins de santé, et pas seulement aux stagiaires en obstétrique et gynécologie.

92. Former, dans le but de dispenser des soins adéquats, les (futurs) professionnels de la santé aux matières relatives aux droits des étrangers ainsi qu'aux différents types de séjours possibles (réfugiés, demandeurs d'asile, regroupement familial, visa humanitaire, situation irrégulière, etc.), par exemple via des immersions dans des structures d'accueil, afin notamment de leur permettre de mieux connaître les droits des femmes mais aussi leurs conditions de vie et d'accès aux soins. Cela dans le but de pouvoir les conseiller au mieux et les réorienter vers les associations de soutien idoines.

93. Former les (futurs) professionnels de la santé à la communication interculturelle afin de leur apprendre que leur cadre de référence n'est pas forcément universel et de leur permettre d'accueillir la parole de la patiente sans entrer involontairement dans les stéréotypes et discriminations.



IV. LEXIQUE

ABeFUM: Association belge francophone d'ultrasonomie médicale.

Carte médicale: Le système de la carte médicale implique une intervention financière du centre public d'action sociale (CPAS) dans les frais médicaux d'une personne résidant en Belgique sans statut de séjour légal.

CEpiP: Centre d'épidémiologie périnatale.

CRGOLFB: Collège royal des gynécologues-obstétriciens de langue française de Belgique.

Point du mari: Suture effectuée à la suite, par exemple, d'une épisiotomie en rendant l'entrée du vagin plus étroite pour, soi-disant, augmenter le plaisir masculin.

Épisiotomie: Incision chirurgicale pratiquée par l'obstétricien ou la sage-femme dans le périnée. Cet acte a pour but premier de faciliter la naissance du bébé, et l'incision est ensuite réparée par des points de suture.

Evidence based medicine: L'utilisation prudente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles pour prendre des décisions pour des patients individuels. La pratique de la médecine fondée sur les preuves implique l'intégration de l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves externes disponibles à partir de revues systématiques. Les préférences, les souhaits et les attentes du patient jouent un rôle central dans la prise de décision³¹.

EVRAS: Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle.

Grossophobie: Attitude de discrimination envers les personnes obèses ou en surpoids.

Expression abdominale: Pratique qui consiste à appuyer fortement sur le ventre de la patiente pour accélérer la naissance.

GIP: Groupe interdisciplinaire-interuniversitaire de périnatalité.

Iatrogène: Causé par une intervention médicale.

INAMI: Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Induction: Le déclenchement du travail est l'induction artificielle des contractions utérines avant leur survenue spontanée, dans le but d'obtenir un accouchement par les voies naturelles chez une femme qui n'est pas en travail. Il peut être réalisé au troisième trimestre, à terme ou à distance du terme, pour des raisons médicales ou dans le cadre d'un accouchement programmé. Les techniques utilisées pour le déclenchement du travail au deuxième ou au troisième trimestre, pour mort fœtale *in utero* ou interruption médicale de grossesse, doivent être formellement distinguées, tant les méthodes et les contraintes de surveillance sont différentes. Elles seront traitées séparément. Le déclenchement artificiel du travail (quand l'enfant *in utero* est vivant) est réalisé soit parce qu'il existe un bénéfice pour la mère ou l'enfant à mettre fin à la grossesse (déclenchement d'indication médicale), soit pour des raisons organisationnelles, sociales ou psychologiques sans qu'il y ait d'indication médicale (déclenchement de convenance ou d'opportunité pour le couple ou pour la maternité)³².

31. Scholten et al., Introduction à l'evidence-based medicine, 2013.

32. Source: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/gyneco-sage-femme/declenchement-artificiel-du-travail>.

Intersectionnalité: Le Conseil de l'Europe définit la discrimination intersectionnelle comme «une discrimination qui a lieu lorsqu'une personne est victime de discrimination pour deux ou plusieurs motifs, qui agissent simultanément et interagissent d'une manière inséparable, produisant des formes distinctes et spécifiques de discrimination»³³.

KCE: Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

LGBTIQIA+: Personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles, transgenres, intersexes, *queer* et/ou asexuelles, ainsi que les personnes qui ont d'autres orientations sexuelles ou romantiques, d'autres genres et d'autres sexes.

OMS: Organisation mondiale de la santé.

Revaki: Abréviation «*Revalidatiewetenschappen en kinesithérapie*».

Sensoa: Centre d'expertise flamand pour la santé sexuelle.

Soins de maternité: Les soins de maternité englobent l'aide ménagère, les soins corporels et le soutien familial et psychosocial. Les premiers jours après la naissance, une sage-femme apporte à la mère et à l'enfant des soins médicaux spécialisés. Un prestataire de soins de maternité peut également apporter son aide pour les soins au bébé et les tâches ménagères.

SSPT: Syndrome de stress post-traumatique..

Transdisciplinarité: La transdisciplinarité, comme l'indique le préfixe «trans», est ce qui est à la fois entre les disciplines, à travers les disciplines et au-delà de chaque discipline. Elle a pour objet la compréhension du monde actuel, dont l'une des exigences est l'unité de la connaissance.

VVOG: Association flamande d'obstétrique et de gynécologie.

33. Source: <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/intersectionality-and-multiple-discrimination>.

V.

AUDITIONS

25 octobre 2021 (associations militantes) :

- Mme Anissa D'Ortenzio, chargée d'études pour les Femmes Prévoyantes Socialistes;
- Mme Lavina Giudice, coordinatrice de NASCI vzw - Centre de l'aide à l'enfant;
- Mme Noëmi Willemen, assistante à l'EFSA - École de sexologie et des sciences de la famille à l'UCLouvain;
- Mme Florence Guiot, présidente et Mme Marie-Hélène Lahaye, juriste, autrice et membre fondateur de la Plateforme pour une naissance respectée.

29 novembre 2021 (représentants des professionnels de la santé) :

- M. Guy Verhulst, président et Mme Magali Verheecke, représentante du *Bijzondere Interessesgroep Jong Gynaecologen*, de la *Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG)*;
- Mme Marlene Reyns, présidente de la *Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV)*;
- M. Pierre Bernard, président du Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique;
- Mme Vanessa Wittvrouw, présidente de l'Union Professionnelle des Sage-femmes Belges (UPSfB);
- Mme Marleen Temmerman, directrice du *Centre of Excellence in Women and Child Health, Aga Khan University East Africa* et Professeur émérite, Faculté de Médecine et des Sciences de la santé de l'*UGent*;
- M. Joeri Vermeulen, responsable de la formation des sage-femmes à l'*Erasmushogeschool Brussel*, chercheur à la VUB et membre des conseils d'administration de la *Belgian Midwives Association (BMA)* et de l'*European Midwives Association (EMA)*.

14 mars 2022 (aspects psychosociaux) :

- M. Luc Roegiers, pédopsychiatre et membre fondateur du groupe interdisciplinaire de périnatalité de l'ULB/UCL;
- Mme Martine Hollander, gynécologue - périnatologue, *Radboud University Medical Center*, Nimègue.

28 mars 2022 (aspects psychosociaux) :

- Mme Pascale Gustin, psychologue, membre de la direction du service de santé mentale «Le chien vert»;
- M. Xavier Capelle, obstétricien en chef, service de gynécologie obstétrique du CHU de Liège.

9 mai 2022 (formation) :

- Mmes Céline Landuyt et Sophie Fraschina, co-présidentes de l'Association francophone des doulas de Belgique (AFDB);
- Mme Dominique Roynet, médecin généraliste au sein du planning familial de Rochefort et précédemment enseignante;
- Mmes Sophie Evrard et Milena Jarosik, responsables pédagogiques du département paramédical de la Haute École de Namur-Liège-Luxembourg (Hénnalux).

20 juin 2022 (formation) :

- Prof. Anne Delbaere, directrice du Service de Gynécologie-Obstétrique et Dr Clotilde Lamy, directrice de la Clinique d'Obstétrique, Hôpital Erasme, ULB;
- Mmes Greet Jorissen, Kaatje Keppens et Madhi Sysmans, Haute École Thomas More, formation des sages-femmes.

4 juillet 2022 (aspects juridiques) :

- Mme Marie Debelle, autrice du mémoire de fin d'études «Approche féministe et juridique des violences obstétricales», Faculté de droit et criminologie, UCLouvain;
- Mme Miriam Ben Jattou, présidente et directrice de l'ASBL «Femmes de droit, droit des femmes»;
- Mme Élise De Saint Moulin, avocate spécialisée en droit médical, droit de la responsabilité et des assurances, barreau de Bruxelles.

CONTRIBUTIONS ÉCRITES

I. CADRE GÉNÉRAL

- Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS Belgique), Fabienne Richard et Pauline Soupa

II. CONTRIBUTIONS ÉCRITES: FORMATION DES PROFESSIONNELS

- Académie Royale de Médecine de Belgique, professeur Georges Casimir et professeur Brigitte Velkeniers
- Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique (CRGOLFB), professeur Pierre Bernard
- *Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV)*, Marlene Reyns
- Union professionnelle des sages-femmes belges (UpSfb), Association francophone des sages-femmes catholiques (AFSFC), Anne Niset
- *Overlegorgaan van Vlaamse Universiteiten met de Opleiding Kinesithérapie (OVUNOKI)*, professeur Ulrike Van Daele
- *Universiteit Gent (UGent)*, professeur Piet Hoebeke
- Université Libre de Bruxelles (ULB), professeur Nicolas Mavroudakis
- *Universiteit Antwerpen (UAntwerpen)*, professeur Yves Jacquemin et professeur Guy Hubens
- Université de Liège (ULiège), professeur Edouard Louis
- *Katholieke Universiteit Leuven (KUL)*, professeur Paul Herijgers
- Université catholique de Louvain (UCLouvain), professeur Françoise Smets
- *Vrije Universiteit Brussel (VUB)*, professeur Herman Tournaye et professeur Michel Deneyer

III. VOLET JURIDIQUE

- Association des Médiateurs d'Institutions de Soins (AMIS), Céline Cobut

LES RAPPORTS D'INFORMATION DU SÉNAT

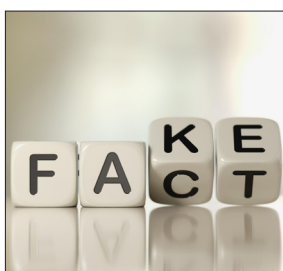
Tous les rapports d'informations sont disponibles sur le site :
<https://www.senate.be/rapportsdinformation>

LÉGISLATURE 2019 - 2024



La nécessaire modernisation de notre système démocratique en complétant la démocratie représentative par une participation accrue des citoyens dans la prise de décisions aux différents niveaux de pouvoir ainsi qu'au sein de la société

([dossier 7-117](#)) - adopté le 18 juin 2021



Rapport d'information concernant la nécessaire collaboration entre l'autorité fédérale et les Communautés en matière de lutte contre les infox (fake news)

([dossier 7-110](#)) - adopté le 19 novembre 2021

