



HAL
open science

Vers l'émergence de la problématique des “ violences obstétricales et gynécologiques ” dans la sphère politique et institutionnelle belge ?

Anne-Isabelle Thuysbaert, Jean-Marc Hausman

► To cite this version:

Anne-Isabelle Thuysbaert, Jean-Marc Hausman. Vers l'émergence de la problématique des “ violences obstétricales et gynécologiques ” dans la sphère politique et institutionnelle belge ?. *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 2023, 37. hal-04198796

HAL Id: hal-04198796

<https://hal.science/hal-04198796v1>

Submitted on 8 Sep 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Les violences obstétricales et gynécologiques : l'appréhension par le droit en France et à l'étranger

Vers l'émergence de la problématique des « violences obstétricales et gynécologiques » dans la sphère politique et institutionnelle belge ?

Anne-Isabelle Thuysbaert

Doctorante, Faculté de droit et de criminologie, Université de Louvain (Belgique)

Jean-Marc Hausman

Professeur, Faculté de droit et de criminologie, Université de Louvain (Belgique) et Gastdocent, Faculteit Rechtsgeleerdheid en Criminologische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven (Belgique)

Analyse et commentaire du rapport d'information du 22 mai 2023 du Comité d'avis pour l'égalité des chances du Sénat de Belgique

Résumé

En Belgique, le Comité d'avis pour l'égalité des chances du Sénat a adopté le 22 mai 2023 le Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales. Fruit d'un travail de deux années et basé sur les auditions d'une vingtaine d'experts, ce rapport dresse un état des lieux de ces violences en Belgique et de leurs causes. Il formule également quelque nonante-deux recommandations afin de promouvoir une « culture de bienveillance gynécologique et obstétricale ». La présente contribution expose, de manière transversale et critique, les lignes de force de ce rapport, qui constituera vraisemblablement une des assises essentielles des politiques publiques à développer en Belgique dans ce domaine.

Abstract

In Belgium, the Advisory Committee for Equal Opportunities of the Senate adopted on May 22, 2023, the Information Report on the right to bodily self-determination and the fight against obstetric violence. The report is the result of two years of work and is based on the testimonies of around twenty experts. It provides an overview of these types of violence in Belgium and their causes. It also puts forth ninety-two recommendations aimed at promoting a « culture of gynecological and obstetric benevolence. » The following contribution presents, in a cross-cutting and critical manner, the main aspects of this report, which will likely serve as a fundamental basis for the development of public policies in this field in Belgium.

Introduction

1 - Tant en France qu'en Belgique francophone, depuis une dizaine d'années, des milliers de femmes font part sur les réseaux sociaux des violences obstétricales et gynécologiques dont elles ont été les victimes ou les témoins. Ainsi, en novembre 2014, ce ne sont pas moins de 7.000 témoignages qui sont publiés en l'espace de quelques heures, avec le *hashtag* « #PayeTonUtérus », sur la plateforme Twitter¹. D'autres suivront : « #PayeTonGynéco », « #PayeTonAccouchement », etc. La Belgique néerlandophone connaît un mouvement similaire à partir de 2016. Il se diffuse au départ du *hashtag* « #GenoegGezwegen », qui met l'accent sur la nécessité de rompre le silence dans ce domaine. Ces prises de parole vont contribuer, comme dans d'autres pays, à visibiliser cette problématique longtemps ignorée ou minimisée au sein de la société.

2 - Face à cette question de santé publique, devenue politique, les autorités publiques belges vont prendre un certain nombre d'initiatives. Notamment, le gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles – c'est-à-dire la Communauté française – reconnaît dans son *Plan Droits des Femmes. 2020-2024*², adopté le 17 septembre 2020, la réalité des violences obstétricales et gynécologiques. Il y reprend également toute une série de mesures visant à les prévenir. C'est ce même objectif que se donne, deux mois plus tard, le 26 novembre 2020, cette fois l'ensemble des gouvernements des entités fédérées francophones³, adoptant le *Plan intra-francophone de lutte contre les violences faites aux femmes. 2020-2024*⁴.

3 - Le 1^{er} avril 2021, une vingtaine de sénateurs dépose devant leur assemblée une *Demande d'établissement d'un rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales*⁵. Votée à une majorité assez courte, elle a donné lieu à l'audition, par le Comité d'avis pour l'égalité des chances (ci-après « comité sénatorial »), d'un peu plus de vingt experts issus principalement du secteur de la santé, du milieu associatif et du monde académique. Un rapport d'information a été établi sur cette base et adopté par cet organe le 22 mai 2023 – pour être *a priori* soumis à la discussion et au vote de l'assemblée plénière du Sénat le 23 juin. Il dresse un état des lieux du phénomène en Belgique. Il reprend, dans la foulée, quelque nonante-deux recommandations visant, d'une part, à « promouvoir une culture de bienveillance gynécologique et obstétricale »⁶ et, d'autre part, à lutter contre ces formes de violences.

4 - La présente contribution expose les lignes de force de ce rapport d'information. Au-delà de son actualité, ce document est d'une importance majeure. Notamment en raison du travail accompli et du cadre institutionnel de son adoption, il constituera plus que vraisemblablement l'une des assises des politiques menées en matière obstétricale par les autorités publiques fédérales mais aussi fédérées. Il est également appelé à devenir une ressource de référence pour les acteurs de terrain et les milieux associatifs concernés par la problématique des violences gynécologiques en général.

1 - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (France), Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme, Rapport n°2018-06-26-SAN-034, 26 juin 2018, p. 52.

2 - Fédération Wallonie-Bruxelles, Plan Droit des Femmes, Fédération Wallonie-Bruxelles, 17 septembre 2020, disponible à l'adresse suivante : http://www.egalite.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=fba5f84be288ad0d20ffc7c6da00b8b6df5d46fa&file=fileadmin/sites/sdec_III/upload/sdec_III_super_editor/sdec_III_editor/documents/Droits_des_Femmes/Plan_Droits_des_Femmes_2020-2024_FWB.pdf.

3 - A savoir les gouvernements de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de la Région wallonne et de la Commission communautaire française.

4 - Fédération Wallonie-Bruxelles, Région wallonne et Commission communautaire française, Plan intra-francophone de lutte contre les violences faites contre les femmes 2020-2024, 26 novembre 2020, disponible à l'adresse suivante : http://www.egalite.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=d8b3da0904b5dcdae4bcd11756362e9874c77921&file=fileadmin/sites/sdec_III/upload/sdec_III_super_editor/sdec_III_editor/documents/Violence/VF_Plan_intrafrancophone_violences_2020-2024_01.pdf.

5 - Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales, *Doc. parl.*, Sénat, 2022-2023, n°7-245/3, disponible à l'adresse suivante : <https://www.senate.be/www/webdriver?MltabObj=pdf&MlcolObj=pdf&MlnamObj=pdfid&MltypObj=application/pdf&MlvalObj=117441305>.

6 - Demande d'établissement d'un rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales, *Doc. parl.*, Sénat, 2020-2021, n°7-245/1, p. 15, disponible à l'adresse suivante : <https://www.senate.be/www/webdriver?MltabObj=pdf&MlcolObj=pdf&MlnamObj=pdfid&MltypeObj=application/pdf&MlvalObj=117440853>.

1. Les violences obstétricales et gynécologiques comme « problème public » émergent

5 - La question des « violences obstétricales et gynécologiques » et des comportements qui leur sont associés n'est érigée en « problème public » que depuis quelques années et de manière assez hétéroclite dans différents champs scientifiques – la santé publique, les études de genre, le droit, la sociologie, etc⁷. Elle se manifeste ainsi comme une « situation-problème » à part entière particulièrement ouverte. Cette circonstance favorise la formulation d'éléments de réponse ou de pistes de solution originaux et variés, empruntés à d'autres thématiques et issus de différentes disciplines. Parallèlement, elle amène les acteurs concernés à devoir évoluer dans un champ de pensée où de nombreux objets, en ce compris de premier plan, sont définis de manière assez lâche, sans nécessairement faire consensus.

1.1. Des réalités de terrain complexes à objectiver

6 - Dans un tel contexte, il est particulièrement ardu de saisir la nature et l'ampleur du phénomène des « violences obstétricales et gynécologiques » à défaut de s'accorder sur ce que désigne cette « réalité ». Au-delà des difficultés liées à sa définition, l'objectivation du phénomène reste problématique, mais devrait à moyen terme s'améliorer. On assiste à une production croissante de chiffres et de statistiques. Elle reste toutefois faible et, surtout, assez hétérogène. Par ailleurs, ces données sont collectées et traitées par le monde scientifique, mais aussi par le milieu associatif ou militant. Le comité sénatorial pose ce constat pour ce qui est de la Belgique et insiste longuement sur la nécessité de remédier à cette situation⁸. Il n'y a actuellement aucun mécanisme de recueil systématique d'expériences, hormis certaines enquêtes de satisfaction qui, dans nombre de cas, sont organisées et traitées par les maternités elles-mêmes⁹. Pour la rédaction du rapport d'information, le comité sénatorial a dû se contenter d'un nombre très limité de sources, qui ont parfois des méthodes et des résultats qui posent question sur le plan scientifique. Leur champ, faut-il le préciser, se limite au secteur de la périnatalité. Aucune base de données traitant de la santé gynécologique non directement liée à la grossesse n'a été répertoriée dans le rapport d'information. Ces sources sont principalement les rapports du Centre d'épidémiologie périnatale (CEPIP)¹⁰ et du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)¹¹, ainsi que l'enquête organisée en 2021 par l'association militante Plateforme citoyenne pour une naissance respectée¹². Cette dernière démarche d'investigation a été menée en Fédération Wallonie-Bruxelles auprès de plus de 4.000 participantes. Bien qu'elle ne se base pas sur une méthode scientifiquement éprouvée de récolte et de traitement des données¹³, le comité sénatorial reconnaît que cette enquête apporte des indications sur la réalité des violences obstétricales en Belgique.

7 - Le comité sénatorial relate dans son rapport d'information qu'en moyenne une femme sur cinq est victime de violences obstétricales. Des disparités importantes sont mises en évidence. Elles concernent notamment les maternités elles-mêmes¹⁴. S'inscrivant dans une approche intersectionnelle de ces violences, l'enquête de 2021 citée plus haut pose également le constat que les femmes ne sont pas exposées de la même manière au risque. Celui-ci augmente sensiblement, entre autres, pour une patiente racisée et passe à une chance sur trois¹⁵. Par ailleurs, toutes les femmes, en fonction de leur positionnement intersectionnel, ne sont pas susceptibles de subir les mêmes formes de violences obstétricales. Les stérilisations contraintes ou forcées, par exemple, touchent principalement les personnes qui ont des déficiences intellectuelles¹⁶.

7 - Voy. la bibliographie non exhaustive de l'Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR) recensant et synthétisant des publications scientifiques des différentes disciplines susmentionnées. Cette bibliographie est disponible à l'adresse suivante : <https://afar.info/wp-content/uploads/2016/04/Bibliographie-violenceobs-2016.pdf>.

8 - Rapport d'information, *op. cit.*, p. 13.

9 - Demande d'établissement d'un rapport d'information, *op. cit.*, p. 9.

10 - Le CEPIP est une association interuniversitaire francophone belge qui a pour mission de récolter et de traiter des données périnatales en Wallonie et à Bruxelles.

11 - Le KCE est une institution belge indépendante chargée de fournir aux pouvoirs publics des avis scientifiques et des recommandations.

12 - Plateforme citoyenne pour une naissance respectée, *Accoucher en Belgique francophone avant et pendant le covid. Éléments clés de l'enquête*, disponible à l'adresse suivante : <https://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2022/02/PCNR-synthese-Rapport-2021.pdf>.

13 - La participation à l'enquête s'organisait « sur une base volontaire, sans recrutement des participantes » (rapport d'information, *op. cit.*, p. 14).

14 - Rapport d'information, *ibidem*, p. 14 ; Plateforme citoyenne pour une naissance respectée, *op. cit.*, pp. 9-12.

15 - Plateforme citoyenne pour une naissance respectée, *ibidem*, p. 9.

16 - L. Servais, R. Leach, *et al.*, « Sterilisation of intellectually disabled women », *European Psychiatry*, 2004, pp. 428-432.

8 - Afin de mieux cerner et rendre compte du phénomène en Belgique, le comité sénatorial s'est penché sur certaines pratiques largement répandues, qui se révèlent problématiques dans bien des cas. La Belgique figure parmi les trois États européens qui ont le plus haut taux de déclenchements. Cette pratique consiste à stimuler artificiellement l'utérus afin de faire démarrer le travail. Les taux sont de 32,2 % en Région de Bruxelles-Capitale¹⁷, de 31,3 % en Région wallonne¹⁸ et de 26,2 % en Région flamande¹⁹. Si cette pratique peut répondre à des considérations d'ordre médical, le comité sénatorial relève qu'un grand nombre de patientes « sont déclenchées » afin de coordonner le calendrier hospitalier des naissances et de faciliter ainsi l'organisation des maternités²⁰. Un autre facteur, mis en avant dans la demande d'établissement du rapport d'information, renvoie à un particularisme belge, à savoir la présomption que la grossesse arrive à son terme à quarante semaines d'aménorrhée, tandis que la France et de nombreux autres pays européens le fixent à quarante-et-une semaines²¹. Ces déclenchements, pour certains pratiqués sans réelles raisons médicales, peuvent avoir des effets iatrogènes - c'est-à-dire des effets indésirables ou des complications liés à l'intervention médicale elle-même. Ces situations peuvent donner lieu à d'autres interventions, parfois intrusives et lourdes pour la patiente ou le nouveau-né²².

9 - Le comité sénatorial constate également qu'un enfant sur cinq naît par césarienne en Belgique et que cette procédure chirurgicale invasive n'est pas toujours pratiquée pour des raisons médicales. La décision d'y recourir repose parfois sur des contraintes logistiques et organisationnelles au niveau de l'hôpital²³. Le taux de césariennes en Belgique est deux fois supérieur à celui recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'agence onusienne indique qu'au-delà de 10 %, il n'y a plus de bénéfices périnataux²⁴. Or, en Belgique, le taux de naissances par césarienne oscille autour des 20 %²⁵.

10 - Un constat similaire est posé quant à la pratique des épisiotomies dans les maternités belges. Cette intervention implique de sectionner le périnée de la patiente afin de faciliter le passage de l'enfant pendant l'accouchement. L'OMS indique d'y recourir que pour des motifs de santé et de ne pas dépasser le taux de 20 %²⁶. Or, les maternités en Région flamande pratiqueraient une épisiotomie dans 40,6 % des cas. Le taux en Région wallonne serait légèrement supérieur à celui recommandé (20,2 %), alors qu'il avoisinerait les 15 % en Région de Bruxelles-Capitale²⁷. Cette procédure chirurgicale est loin d'être anodine et peut avoir des conséquences importantes sur la santé physique et psychologique des patientes. Certaines souffrent quotidiennement de vives douleurs pendant des mois, voire des années, et rencontrent des difficultés pour se déplacer, s'asseoir ou lors des rapports sexuels.

1.2. Un phénomène protéiforme à définir

11 - Comme relevé ci-dessus, le spectre des violences obstétricales et gynécologiques est large et flou. Le comité sénatorial a décidé, avec à-propos, d'inscrire sa démarche de définition dans le prolongement du travail de réflexion et de régulation mené au sein de plusieurs organisations internationales ou régionales.

17 - Rapport d'information, *op. cit.*, p. 7 ; CEPIP, *Santé périnatale en Région Bruxelloise - Année 2021*, disponible à l'adresse suivante : https://www.cepip.be/img/pdf/rapport_CEPIP_Bxl_2021-fr.pdf.

18 - Rapport d'information, *ibidem*, p. 7 ; CEPIP, *Santé périnatale en Wallonie- Année 2021*, disponible à l'adresse suivante : https://www.cepip.be/img/pdf/rapport_CEPIP_Wal_2021-fr.pdf.

19 - Rapport d'information, *ibidem*, p. 7 ; CEPIP, *Perinatale gezondheid in Vlaanderen - Jaar 2021*, disponible à l'adresse suivante : <https://vkindergeneeskunde.be/userfiles/files/Publicaties/SPE-Perinatale%20gezondheid%20in%20Vlaanderen-2021-FINAL.pdf>.

20 - Rapport d'information, *ibidem*, p. 7.

21 - Demande d'établissement d'un rapport d'information, *op. cit.*, p. 10.

22 - Il n'est pas rare que le déclenchement du travail provoque une cascade d'interventions médicales et, en bout de chaîne, une césarienne pratiquée en urgence afin de sauver la vie de l'enfant (D. Roman, « Les violences obstétricales, une question politique aux enjeux juridiques », *Revue de droit sanitaire et social*, 2017, pp. 3-5 ; M.-H. Lahaye, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, Paris, Michalon, 2018, p. 77).

23 - Rapport d'information, *op. cit.*, p. 8.

24 - Rapport d'information, *ibidem*, p. 8 ; Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne (2021), WHO/RHR/15.02.

25 - Voy. respectivement, pour chacune des régions, les rapports susmentionnés aux notes infrapaginales n° 17 à 19. Le rapport d'information souligne néanmoins que la Belgique fait figure de « bon élève » en ce que le recours à la césarienne dans ses maternités est inférieur à la moyenne européenne, qui est de 25,7%. Voy. rapport d'information, *ibidem*, p. 8 ; A. P. Betran, J. Ye, *et al.*, « Trends and projections of caesarean section rates : global and regional estimates », *BJM Global Health*, 2021, disponible à l'adresse suivante : <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/6/e005671.full.pdf>. Comparativement, la Roumanie est l'État ayant le taux le plus élevé (46,9%). Le taux de césarienne en France est de 21,4%.

26 - Rapport d'information, *ibidem*, p. 7 ; Recommandation de l'OMS sur 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 (2018), WHO/RHR/18.12.

27 - Voy. respectivement, pour chacune des régions, les rapports susmentionnés aux notes infrapaginales n° 17 à 19.

12 - Jusqu'à présent, les Nations Unies (ONU) et leurs organes ont fait le choix de ne pas recourir à l'expression de « violences obstétricales ou gynécologiques ». Ils empruntent d'autres voies pour appréhender ce phénomène. Celui-ci est repris, de manière plus globale, parmi les « violences de genre » ou les « violences contre les femmes » – comme dans la *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes*, adoptée le 20 décembre 1993 par l'Assemblée générale de l'ONU²⁸. Dans d'autres hypothèses, le phénomène est désigné comme tel, mais de façon moins polémique. Ainsi, l'OMS le décrit comme une forme de « *manque de respect [ou de] mauvais traitement [dans le cadre] de l'accouchement dans les établissements de soins* »²⁹. Elle dresse, par ailleurs, une liste assez longue de comportements qui relèvent de telles situations. Sont notamment visés les agressions physiques, les humiliations graves, les agressions verbales, les procédures médicales imposées, l'absence de consentement éclairé, le manque de confidentialité, le refus d'anti-douleurs, la violation flagrante de l'intimité, etc.

13 - Au niveau européen, le rapport d'information s'appuie plus particulièrement sur les travaux réalisés par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe. Ces derniers ont notamment débouché sur l'adoption d'un texte portant spécifiquement sur les violences obstétricales et gynécologiques, la résolution 2306(2019) votée le 3 octobre 2019³⁰. Si cette assemblée ne propose pas une définition formelle de ces pratiques, ni même n'en dresse une liste à l'instar de l'OMS, elle en précise les principales caractéristiques tout en les situant dans un contexte sociétal plus global. Le phénomène y est appréhendé comme la résultante du croisement de deux types de violences, celles de genre et celles produites par les établissements de soins³¹.

14 - À partir de cette analyse du droit international et régional, le comité sénatorial identifie les éléments communs ou récurrents, mobilisés pour cerner les violences obstétricales et gynécologiques. Dans la foulée, il suggère une série de critères qui pourraient être employés pour donner une définition de ces violences qui soit « officielle » en Belgique. Il s'agit, en plus du non-respect des droits du patient consacrés par la loi du 22 août 2002 *relative aux droits du patient*, de : « *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* »³². Le rapport d'information cible ensuite une série de pratiques qui sont consensuellement identifiées comme des violences obstétricales et gynécologiques, notamment celle dite du « point du mari »³³ et de l'expression abdominale³⁴. Ces interventions n'ont aucun intérêt médical et sont intrinsèquement invasives. Elles sont susceptibles, en outre, d'entraîner des séquelles physiques et psychologiques graves dans le chef de la patiente.

15 - Si l'ampleur du phénomène et ses contours restent difficiles à saisir avec précision, la littérature scientifique et celle produite par les autorités publiques tendent à considérer que ces violences ont pour caractéristique de se situer à l'intersection de deux types de violences : les violences de genre, d'une part, et les violences institutionnelles, d'autre part – ce dernier aspect étant développé ultérieurement³⁵.

16 - Les violences obstétricales et gynécologiques s'inscrivent dans le *continuum* des violences de genre. Celles-ci sont profondément enracinées dans les rapports de savoir et de pouvoir entre les hommes et les femmes, qui caractérisent les sociétés occidentales contemporaines³⁶. Si elles font l'objet d'une attention toujours plus grande au niveau collectif, elles tendent à se perpétuer sous les mêmes formes ou d'autres. Dans le cadre très sexué et genré de la prise en charge gynécologique et obstétricale, ces rapports se traduisent notamment par le recours à des dispositifs de contrôle du corps des femmes et de leur capacité reproductrice. Ceux-ci vont notamment

28 - Déclaration de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (1993), A/RES/48/104.

29 - Déclaration de l'OMS sur la prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins (2014), WHO/RHR/14.23.

30 - Résolution 2306(2019) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, *Violences obstétricales et gynécologiques*, 3 octobre 2019.

31 - Ce point est développé ultérieurement aux paragraphes 15 à 17.

32 - Rapport d'information, *op.cit.*, p. 6.

33 - Cette pratique est réalisée après une épisiotomie et consiste à rendre l'entrée du vagin plus étroit au moyen de sutures afin d'intensifier le plaisir masculin.

34 - L'expression abdominale est une technique médicale qui consiste à exercer une très forte pression sur l'abdomen de la femme en travail afin d'accélérer l'accouchement.

35 - Pour ce qui concerne la Belgique, voy. les paragraphes n° 30 à 34.

36 - Voy. notamment : S. Walby, *Theorizing Patriarchy*, Oxford, Basil-Blackwell, 1990 ; M. I. Young, *Justice and the Politics of Difference*, Princeton, Princeton University, 1990.

s'appuyer sur une série de stéréotypes sexistes suivant lesquels les corps féminins sont faibles et déficients. Cet ensemble de circonstances tend à favoriser une approche pathologique du corps des femmes, de la grossesse et de l'accouchement. Il induit, par la même occasion, une forme de soumission plus ou moins poussée de la patiente au corps médical³⁷.

17 - Le comité sénatorial partage cette vision du phénomène. Il recommande que ce dernier soit explicitement reconnu comme une « forme de violence liée au genre » (recommandation n° 2, p. 32). Ceci étant, si cette question des rapports entre hommes et femmes sous-tend l'ensemble du rapport d'information, on regrettera qu'elle n'y fasse pas l'objet de plus amples développements.

2. Les violences obstétricales et gynécologiques au prisme du droit

18 - Les violences obstétricales et gynécologiques ne constituent pas encore un objet à part entière du droit interne en Belgique. Il n'est reste pas moins que ce phénomène peut être appréhendé au départ de plusieurs branches juridiques, notamment le droit de la santé, le droit civil et le droit pénal. Ces violences ne manquent pas, par ailleurs, de soulever de nombreuses questions en termes de respect des droits de l'être humain et des libertés fondamentales. Les grandes lignes de ce cadre juridique sont analysées dans le rapport d'information, souvent de manière assez sommaire. L'enjeu est double à ce niveau. Il s'agit de faire état, d'une part, des droits des acteurs concernés, plus particulièrement des patientes, et, d'autre part, des voies légalement organisées qui leur sont ouvertes en cas de violences obstétricales ou gynécologiques.

2.1. Le cadre légal et ses limites

19 - Pour ce qui est du droit de la santé, le comité sénatorial accorde une grande importance à la loi du 22 août 2002 *relative aux droits du patient*, ainsi qu'à celle du 22 avril 2019 *relative à la qualité de la pratique des soins de santé*. La première législation s'articule pour l'essentiel autour de l'idée du respect de l'autonomie du patient et de sa dignité. Comme le rapport d'information le rappelle, elle lui reconnaît une série de droits qui sont de la première importance en matière de prise en charge obstétricale et gynécologique : le droit à des prestations de qualité répondant à ses besoins (art. 5), le droit à l'information sur son état de santé et l'évolution de celui-ci (art. 7), le consentement libre et éclairé à toute intervention (art. 8). D'autres dispositions auraient également pu être reprises dans le rapport d'information. En effet, la loi du 22 août 2002 consacre explicitement la protection de la vie privée du patient et le respect de son intimité (art. 10), de même qu'elle lui reconnaît spécifiquement un droit aux soins « les plus appropriés » pour ce qui est de la douleur (art. 11*bis*). Par ailleurs, le rapport d'information insiste sur les règles établies par la loi précitée du 22 avril 2019, qui imposent aux professionnels de la santé de « connaître précisément les limites de leurs compétences »³⁸. Ils doivent notamment s'assurer de disposer de l'encadrement nécessaire pour dispenser des soins de santé « avec un niveau de qualité élevé » (art. 14). Lorsqu'ils accomplissent des prestations à risque, ils ont l'obligation de prévoir à la fois une procédure d'urgence efficace en cas de complications et une seconde pour le transfert des patients (art. 18). À cet égard, le comité sénatorial pose le constat que l'intégration ou l'adossément des maisons de naissance aux hôpitaux est de nature à favoriser le respect de ces dispositions.

20 - Certaines violences obstétricales ou gynécologiques sont susceptibles de tomber sous le coup de la loi pénale. Le rapport d'information pointe plusieurs incriminations et en donne des illustrations³⁹. Ainsi, l'expression abdominale, déjà évoquée, pourrait être constitutive de coups et blessures involontaires (art. 418, C. pén.), alors que le professionnel de la santé qui pratiquerait une césarienne à vif ou suturerait sans anesthésie le périnée après une épisiotomie pourrait se rendre coupable de torture (art. 417*bis*, C. pén.). Le comité sénatorial évoque également dans son rapport d'information l'avis du GAMS⁴⁰, qui considère comme étant des mutilations génitales féminines (art. 409*bis*, C. pén.) les épisiotomies réalisées sans raison médicale et les interventions telles que celles dites du « point du mari ». De manière plus générale, on observera qu'en principe, les atteintes à l'intégrité physique

37 - M.-H. Lahaye, *op. cit.*, p. 180.

38 - Rapport d'information, *op. cit.*, p. 10.

39 - Rapport d'information, *ibidem*, pp. 25-26.

40 - « GAMS » est l'acronyme désignant le Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines.

constituent des coups et blessures, volontaires ou non (respectivement art. 398 et s., et 418 et s., C. pén.), en ce compris dans le secteur des soins de santé⁴¹. Elles ne constituent toutefois pas des infractions si leur auteur peut invoquer une cause de justification objective, notamment une autorisation ou un ordre de la loi. Il en résulte que la plupart des interventions médicales réalisées sur des patients sont pénalement sanctionnables lorsque le cadre juridique n'est pas respecté – par exemple en cas de violation de la loi précitée du 22 août 2002. D'autres dispositions pénales contribuent à cadrer l'activité des professionnels de la santé, notamment lorsqu'il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité physique des patientes. L'on peut mentionner, par exemple, la loi du 22 mai 2014 *tendant à lutter contre le sexisme dans l'espace public (...)*, qui pourrait justifier des poursuites et condamnations pour, entre autres, certains propos ou comportements inappropriés visant les patientes.

21 - Sur le plan civil, les professionnels de la santé et les établissements de soins doivent respecter leurs éventuelles obligations contractuelles⁴². Ils peuvent également engager leur responsabilité au niveau extracontractuel en cas de dommage causé à autrui par leur faute ou celle de personnes dont ils répondent. De manière sommaire, la faute aquilienne s'entend de la méconnaissance d'une norme de conduite préexistante – celle-ci ayant sa source dans une règle juridique ou dans une obligation générale de prudence et de diligence.

22 - Si ce cadre juridique apparaît comme relativement complet – quand bien même les violences obstétricales et gynécologiques n'en constituent pas un objet particulier, le comité sénatorial relève qu'il est insuffisamment connu ou peu mobilisé par une fraction importante des professionnels de la santé et des patientes. Cette situation constitue, selon le rapport d'information, un des facteurs qui expliquent le manque d'effectivité des dispositifs juridiques évoqués ci-avant⁴³. C'est la raison pour laquelle le comité sénatorial insiste, comme exposé ci-après, sur la sensibilisation et la formation de différents publics⁴⁴.

23 - Sur base de cette évaluation du droit applicable en Belgique, le comité sénatorial propose une adaptation du « cadre normatif » afin de mieux prévenir et lutter contre ces formes de violences. Elle invite le législateur à entamer une réflexion sur « l'opportunité et la faisabilité » de définir et de criminaliser expressément les violences obstétricales et gynécologiques (recommandation n° 24, p. 36). Les recommandations ciblent également certaines pratiques et proposent d'examiner la pertinence d'appréhender les épisiotomies réalisées sans motif médical comme des mutilations génitales féminines (recommandation n° 25, p. 36). En matière de responsabilité civile, il est suggéré d'évaluer si le non-respect du consentement libre et éclairé peut être réparé au titre d'un préjudice moral autonome (recommandation n° 27, p. 36). Le rapport d'information ne propose pas uniquement de modifier le cadre juridique, mais également, de manière plus large, d'autres instruments normatifs comme les protocoles d'hôpitaux, qui devraient être élaborés en concertation avec les patientes (recommandation n° 28, p. 36).

2.2. Les procédures et leurs limites

24 - Si le comité sénatorial identifie les nombreuses voies légalement organisées, précontentieuses ou contentieuses, qui sont ouvertes aux patientes, il observe que ces dernières les empruntent rarement. Au-delà de la méconnaissance du cadre juridique évoquée ci-avant, le rapport d'information pointe leur conviction que leur probabilité d'obtenir satisfaction via ces procédures est réduite⁴⁵.

25 - La première de ces voies est celle de la médiation. Notamment, les patientes ont le droit établi par la loi précitée du 22 août 2002, d'introduire une plainte auprès de la « fonction de médiation » de l'hôpital concerné ou, à défaut de celle-ci, auprès du service de médiation de la Commission fédérale « Droits du patient » (not. art. 11). Le recours à la médiation a lieu sur base volontaire des deux parties. Par ailleurs, les médiateurs intra-hospitaliers

41 - Les coups et blessures couvrent un vaste éventail de comportements. On notera notamment que la blessure vise « toute lésion interne ou externe apportée de l'extérieur au corps humain par une cause mécanique ou chimique ou une omission, agissant sur l'état physique ». Quant à la notion de coup, elle est définie comme « le choc qui résulte du mouvement d'un corps qui vient en frapper un autre et qui occasionne une certaine douleur, si légère et brève soit-elle, sans qu'existe nécessairement une lésion ; un rapprochement violent entre le corps humain et un autre objet physique » (M.-A. Beernaert, H. Bosly, et al., *Les Infractions contre les personnes*, vol. 2. Bruxelles, Larcier, 2020, p. 622).

42 - On notera qu'en cas de relation contractuelle, les victimes bénéficient dans certains cas d'une « option de responsabilité », leur permettant de préférer la voie extracontractuelle. Il en va notamment ainsi lorsque le manquement à l'obligation contractuelle constitue aussi une infraction pénale, ce qui est assez fréquent en matière de soins de santé.

43 - Rapport d'information, *op. cit.*, pp. 9 et 11.

44 - Ce point est développé aux paragraphes 35 à 38.

45 - Rapport d'information, *ibidem*, p. 23.

sont légalement tenus par un devoir de confidentialité, de neutralité et d'impartialité, imposé par l'arrêté royal du 8 juillet 2003 *fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre*. Il n'en reste pas moins que les patientes doutent fortement de l'indépendance de la procédure dès lors qu'ils sont employés par les établissements de soins où exercent les professionnels de la santé mis en cause⁴⁶. Si le comité sénatorial considère que la médiation peut constituer un outil pertinent pour restaurer la communication dans les dossiers aux conséquences physiques « plutôt limitées », il considère cette voie comme peu adaptée pour, dans les cas plus lourds, établir des responsabilités ou fixer des indemnités financières⁴⁷. Aussi, plusieurs des recommandations visent à améliorer la qualité de ces services et leur crédibilité auprès des patientes (recommandation n° 35, p. 37). Dans cette perspective, il est notamment proposé d'informer davantage le grand public sur cette procédure, « afin de permettre une libération de la parole des patientes en toute confiance ». Le rapport d'information insiste également sur l'importance de garantir davantage l'indépendance des médiateurs intra-hospitaliers et d'assurer une prise en charge plus rapide des personnes concernées. On notera enfin que le comité sénatorial recommande l'adoption d'une base légale et la définition de critères précis permettant à tout médiateur d'attribuer le statut de violences obstétricales et gynécologiques à un dossier – ce qui doit contribuer à l'objectivation à la fois du phénomène et de sa prise en charge⁴⁸.

26 - Les procédures disciplinaires devant les ordres professionnels – plus particulièrement l'Ordre des médecins⁴⁹ – constituent une autre voie ouverte aux victimes de violences obstétricales et gynécologiques. Les médecins encourent des sanctions disciplinaires lorsqu'ils enfreignent le *Code de déontologie médicale*, qui a été réformé en 2018. Cette voie est toutefois loin d'être pleinement satisfaisante pour les victimes. Lors des auditions, plusieurs experts ont notamment pointé la composition des conseils de l'Ordre des médecins qui ne permet pas de garantir son indépendance et son impartialité⁵⁰. En effet, elle ne compte en son sein quasi exclusivement que des médecins. Depuis plus d'une décennie, des projets de réforme de cet ordre professionnel se succèdent, mais aucun n'a abouti. Outre un réexamen de la procédure disciplinaire et de ses modalités, le comité sénatorial suggère que, si nécessaire, les sanctions disciplinaires soient durcies en cas de faits graves ou de récidive (recommandation n° 36, p. 37).

27 - Les procédures pénales ou civiles devant les cours et tribunaux de l'ordre judiciaire permettent également aux victimes de faire établir les responsabilités des auteurs de violences obstétricales ou gynécologiques. Selon le rapport d'information, rares sont les recours introduits et la plupart d'entre eux visent à obtenir la réparation de dommages corporels – et non moraux⁵¹. Une des explications serait la conviction des victimes de leur faible chance de succès. Cette crainte ne paraît pas dénuée de tout fondement, le taux de succès des victimes devant les cours et tribunaux étant très faible⁵². Le comité sénatorial identifie un ensemble de facteurs qui pourraient contribuer à rendre compte de cette situation. Il insiste, en effet, sur la charge de la preuve en matière médicale. Incombant en principe aux victimes, elle est lourde et complexe, plus particulièrement celle concernant le lien de causalité entre l'acte fautif et le dommage⁵³. Cette difficulté est notamment liée à la circonstance que les accouchements impliquent souvent une « cascade d'actes médicaux »^{54,55}. De manière générale, d'autres facteurs pourraient être interrogés. Il en va ainsi, notamment, de la dimension patriarcale ou sexiste des sociétés occidentales contemporaines, en ce compris dans leurs manières de construire les savoirs juridiques⁵⁶ et médicaux⁵⁷. On peut également se demander dans quelle mesure les modes d'appréhension du monde et de ses réalités déterminent les pratiques

46 - Rapport d'information, *ibidem*, p. 23.

47 - Rapport d'information, *ibidem*, p. 24.

48 - Rapport d'information, *ibidem*, pp. 13-14.

49 - Dans le secteur de la santé, il existe d'autres ordres professionnels dont celui des psychologues – la Commission des psychologues.

50 - Rapport d'information, *op. cit.*, p. 24.

51 - Rapport d'information, *ibidem*, p. 25.

52 - Plusieurs experts ont soutenu lors des auditions qu'en Belgique, aucune patiente n'avait jusqu'à présent obtenu la reconnaissance devant les cours et tribunaux civils des violences dont elle avait été victime (rapport d'information, *ibidem*, p. 26).

53 - Rapport d'information, *ibidem.*, p. 26.

54 - Sur ce phénomène de « cascade d'actes médicaux », voy. le paragraphe 8.

55 - La comité sénatorial donne pour exemple le cas d'un déclenchement « qui aura mené à une épisiotomie qui aurait pu être évitée sans accélération du travail » (rapport d'information, *ibidem*, pp. 26-27).

56 - Voy. notamment: K. T., Bartlett, A. L. Kennedy, *Feminist Legal Theory: Reading in Law and Gender*, Londres, Routledge, 1991.

57 - Voy. notamment: S. Harding, *The Science Question in Feminism*, Ithaca, Cornell University Press, 1986; L. Schiebinger, *Nature's Body: Gender in the Making of Modern Science*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1993.

professionnelles notamment dans le milieu de la justice – le rapport d'information pointant déjà le sexisme des professionnels de la santé, et plus largement leurs stéréotypes, comme l'une des causes des violences obstétricales et gynécologiques. Enfin, la mise en cause de la responsabilité des professionnels de la santé ne se trouve pas facilitée par la pathologisation de l'accouchement et la banalisation des interventions médicales sur le corps des patientes, bien au contraire – comme le montre la littérature⁵⁸.

28 - Les victimes de violences obstétricales et gynécologiques peuvent également s'adresser au Fonds des accidents médicaux créé par la loi du 31 mars 2010 *relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé*. Ce mécanisme d'indemnisation est innovant en ce qu'il permet, entre autres, d'obtenir la réparation de certains dommages « suffisamment graves » trouvant leur cause dans un « accident médical sans responsabilité » (art. 4 et 5). Ceci étant, si dans de tels cas de figure, les victimes ne doivent pas rapporter la preuve d'une faute, il leur incombe notamment de démontrer le lien de causalité entre les soins de santé reçus et leur dommage⁵⁹. Cet élément, comme il a déjà été indiqué, est difficile à prouver selon le rapport d'information, plus particulièrement en matière obstétricale.

3. Les soins de santé comme cause des violences obstétricales et source de solutions

29 - Partant de l'état des lieux de la problématique, dressé par ses soins, le comité sénatorial identifie également une série de causes possibles des violences obstétricales et gynécologiques⁶⁰. Elles peuvent être regroupées autour de trois axes. Il s'agit de l'organisation des soins de santé et de son fonctionnement, du travail de sensibilisation à mener autour de ces violences, ainsi que de la prise en charge des patientes dans le cadre du suivi obstétrical et gynécologique. Pour chacune d'entre elles, sont notamment identifiés les éléments de réponse apportés dans le rapport d'information.

3.1. L'organisation des soins de santé et son fonctionnement

30 - Le rapport d'information met également en évidence la dimension institutionnelle des violences obstétricales et gynécologiques. Cet aspect est reconnu comme l'une des « causes possibles des violences ». Il est avant tout lié, dans le rapport d'information, à des facteurs structurels ou fonctionnels. Sont visés le manque de personnel, l'insuffisance des ressources, les modes de financement qui peuvent conduire à favoriser l'acte technique au détriment de l'aspect relationnel ou, encore, des protocoles médicaux inadaptés aux attentes et besoins des patientes. A ce niveau, en s'appuyant sur des études internationales, le comité sénatorial pointe comme vecteur de violence les « processus d'agrandissement d'échelle, de standardisation, de maximisation de l'efficacité ou de rationalisation »⁶¹. On observera que la Belgique n'échappe pas à cette dynamique. En 2019, le KCE a recommandé aux autorités publiques la fermeture de dix-sept petites maternités.

31 - Par ailleurs, le comité sénatorial voit dans la culture professionnelle des différents acteurs de la santé un facteur qui contribue au phénomène des violences obstétricales et gynécologiques. En plus de la charge de travail importante à laquelle est soumis le personnel, le caractère fortement hiérarchisé du secteur tend à favoriser une « culture du silence » et constitue un obstacle à la remise en cause de certaines pratiques⁶².

32 - Si le rapport d'information souligne que le monde de la santé, dans ses modes actuels d'organisation et de fonctionnement, participe au phénomène des violences obstétricales et gynécologiques, il attire également l'attention sur l'incidence de ces dernières sur le vécu des professionnels de santé⁶³. Ces violences institutionnelles

58 - M. Borges, « A violent Birth : Reframing Coerced Procedures during Childbirth as Obstetric Violence », *Duke Law Journal*, 2018, pp. 839-840 ; P. Jassogne, *Les violences gynécologiques et obstétricales : médecine et droit sous le prisme du genre*, Faculté de droit et de criminologie, Université de Louvain, 2020 (prom. : J.-M. Hausman).

59 - Il convient également de prouver les éléments suivants : « la réalité et l'ampleur de son dommage [;] l'absence de lien avec son propre état et son évolution objectivement prévisible [;] la circonstance qu'il ne s'agit pas d'un échec thérapeutique [;] le caractère anormal du dommage éprouvé » (G. Génicot, *Droit médical et biomédical*, Bruxelles, Larcier, 2016, p. 534). Voy. également G. Schamps, « Le Fonds des accidents médicaux et l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé », *Revue générale des assurances et des responsabilités*, 2014, p. 15036.

60 - Rapport d'information, *op. cit.*, pp. 11-13.

61 - Rapport d'information, *ibidem*, p. 11.

62 - Rapport d'information, *ibidem*, p. 12.

63 - Rapport d'information, *ibidem*, pp. 22-23.

peuvent impacter profondément leur santé mentale, émotionnelle et relationnelle. Cet aspect s'avère d'une importance particulière dès lors que les réponses au phénomène des violences obstétricales et gynécologiques impliquent notamment d'instaurer ou de renforcer un cercle vertueux dans les relations entre toutes les personnes concernées, en ce compris avec les professionnels de la santé.

33 - Ces constats portant sur le caractère institutionnel des violences obstétricales et gynécologiques conduisent le comité sénatorial à envisager un ensemble de mesures à prendre en matière d'organisation et de financement du secteur. La recommandation la plus marquante concerne la suppression du « financement à la prestation » des activités de santé, ce qui implique notamment la mise en place d'un nouveau « cadre financier qui soit approprié tant pour les gynécologues que pour les sages-femmes » (recommandation n° 37, p. 38). Les autres mesures relèvent davantage de l'augmentation des moyens, humains et autres, du secteur ou sont formulées en des termes très généraux – ce qui tend à atténuer le caractère programmatique de ces recommandations. Elles ont notamment pour enjeu de « garantir aux soignants un rythme de travail respectueux et tenable, qui leur permette d'accompagner chaque patiente » (recommandation n° 38, p. 38) et de revoir les « normes de personnel dans les maternités et les salles d'accouchement » (recommandation n° 41, p. 38). Concernant ce dernier point, le rapport d'information insiste spécifiquement sur l'importance d'augmenter le nombre de sages-femmes (recommandation n° 41, p. 38) avec l'objectif d'atteindre le principe de « une femme = une sage-femme » (recommandation n° 59, p. 41). Le rapport d'information recommande également de modifier l'arrêté royal du 23 octobre 1964 *portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre* afin que, d'une part, ces établissements prennent en considération les différents modes d'accouchements, qu'ils soient physiologiques ou plus médicalisés, et que, d'autre part, ils garantissent un accès direct et facile à un bloc opératoire (recommandation n° 31, pp. 36 à 37).

34 - Enfin, conscient que la dimension institutionnelle des violences obstétricales et gynécologiques persistera malgré les mesures envisagées, le comité sénatorial entend en atténuer les effets négatifs sur les principaux intéressés. Pour les professionnels de la santé, le rapport d'information recommande la mise en place de « structure[s] d'accompagnement et d'entraide [...] afin [de les soutenir] en cas de surcharge de travail ». Quant aux victimes de violences obstétricales et gynécologiques, aucun accompagnement ou suivi spécifique n'est suggéré. Néanmoins, le rapport d'information encourage l'organisation systématique, par les professionnels de la santé, d'un entretien post-accouchement ou post-FIV et, si besoin, d'une consultation psychologique (recommandation n° 51, p. 39). Il met également l'accent sur un meilleur dépistage, diagnostic et traitement des dépressions post-natales et recommande à cette fin de renforcer les équipes de psycho-périnatalité dans tous lieux de naissance (recommandation n° 66, p. 41), de sensibiliser davantage les professionnels de la santé aux enjeux de la santé mentale et de soutenir « le suivi post-accouchement des mères et enfants par exemple avec des services de [...] soins de maternité » (recommandation n° 66, p. 42).

3.2. La sensibilisation des acteurs

35 - Le rapport d'information fait le constat alarmant qu'en tant que problème de santé publique, le phénomène des violences obstétricales et gynécologiques n'est que peu ou pas visible. Ces pratiques sont largement normalisées au sein du secteur et intériorisées par ses acteurs, que ce soit les professionnels de la santé ou les patientes. D'après l'enquête menée par la *Plateforme citoyenne pour une naissance respectée*, 95 % des victimes de violences obstétricales ne problématisent pas comme tels les comportements inappropriés dont elles ont été l'objet⁶⁴. Par ailleurs, cette normalisation du phénomène vient se doubler, selon le comité sénatorial, d'une méconnaissance généralisée des droits du patient dans le secteur de l'obstétrique et de la gynécologie, en ce compris dans le chef des professionnels de la santé.

36 - Ce double jeu de circonstances rend indispensable un réel travail de sensibilisation au phénomène des violences obstétricales et gynécologiques et aux droits des patientes (recommandations 10 à 22, pp. 34 à 35). Sa réalisation suppose, selon le comité sénatorial, de définir un ensemble de concepts juridiques ou éthiques, complexes pour certains, tels que la notion de « consentement éclairé » (recommandation n° 17, p. 35). Ce travail

64 - Plateforme citoyenne pour une naissance respectée, *op. cit.*, p. 10.

de sensibilisation est à mener tant auprès du public que des professionnels de la santé.

37 - Concernant la première catégorie, les recommandations visent surtout à davantage informer les patientes – et le grand public en général – de leurs droits ainsi que des voies de recours ouvertes en cas de violation. A ce niveau, le comité sénatorial appelle à renforcer les missions des médiateurs en matière d'information et de sensibilisation des patientes (recommandation n° 14, p. 34).

38 - Pour ce qui est des professionnels de la santé, les efforts de sensibilisation doivent porter, selon le comité sénatorial, non seulement sur les droits des patientes, mais aussi sur la réalité du phénomène en tant que tel. Il s'agira notamment de les conscientiser sur la nature violente de certaines de leurs pratiques (recommandations 18 à 20). Ces efforts impliquent également que soit menée une réflexion sur la formation des professionnels de santé, qui doit être à la fois « plus englobante et multidisciplinaire » et « moins hospitalo-centré [e] ». Dans cet ordre d'idées, le rapport d'information encourage un enseignement qui met davantage l'accent sur l'offre de soins non médicalisés (recommandation n° 86, p. 44) et sur le respect de « 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 pathologique » (recommandation n° 81, p. 44). Un autre axe de l'apprentissage doit être, pour les futurs professionnels de la santé, l'acquisition de gestes, de comportements, d'éléments de langage permettant l'instauration d'un cadre de soins « bienveillant » et « bientraitant » (recommandation n° 63, p. 41).

3.3. Le respect des bonnes pratiques et la prise en charge globale de la patiente

39 - Au-delà de la sensibilisation des acteurs, le comité sénatorial formule une série de recommandations qui doivent conduire à opérer un ensemble de glissements plus ou moins importants dans la prise en charge des patientes. En effet, sont identifiées dans le rapport d'information comme autres « causes possibles » des violences obstétricales et gynécologiques, « des protocoles et pratiques archaïques [...] toujours appliqués couramment » ainsi que « des procédures standardisées » et non adaptées aux besoins individuels des patientes⁶⁵.

40 - Ainsi, le rapport d'information insiste sur une meilleure mise en œuvre et diffusion de certaines bonnes pratiques dans le secteur obstétrical. Une des recommandations (recommandation n° 45, p. 39) a pour objet l'interdiction « explicite » de l'expression abdominale, déjà évoquée ci-avant. Le respect des bonnes pratiques implique également la conformité de l'activité des professionnels de la santé aux législations protectrices des droits des patientes. À cet égard, le comité sénatorial insiste plus particulièrement sur la nécessité de n'intervenir sur la personne qu'avec son consentement éclairé et libre (recommandation n° 43, p. 38), tout comme de s'abstenir de tout acte dépourvu de justification médicale (recommandation n° 44, pp. 38 à 39).

41 - Le comité sénatorial ne se limite pas à recommander un changement de certaines pratiques. Plus fondamentalement, il invite à développer ou à renforcer une approche « intégrée » des patientes dans le secteur de l'obstétrique. Leur prise en charge doit être davantage globale et interdisciplinaire (recommandation n° 55, p. 40). Elle doit surtout faire l'objet d'une plus grande « individualisation ». Celle-ci implique de préférer à la standardisation des soins une approche plus en phase avec les choix des patientes, leurs attentes et leurs besoins (recommandation n° 54, p. 40). Elle passe, selon le comité sénatorial, par une continuité des soins basée sur une coopération renforcée entre les différents intervenants (recommandation n° 55, p. 40) et par leur coordination par un seul professionnel de la santé tout au long du parcours obstétrical (recommandation n° 58, p. 40). Dans cette perspective, le comité sénatorial préconise la systématisation d'une consultation de nature non médicale avec les professionnels de la santé pour permettre aux patientes d'identifier et d'exprimer leurs préférences quant aux modalités de l'accouchement (recommandation n° 49, p. 39). Dans le même ordre d'idées, le rapport d'information recommande l'établissement d'un projet de naissance qui vient en complément du dossier de la patiente (recommandation n° 50, p. 39). Défini en collaboration avec l'équipe médicale, il doit permettre de préciser les attentes et les besoins des patientes par rapport à l'accouchement : l'usage de dispositifs de gestion de la douleur, le recours aux techniques d'assistance médicale à l'accouchement (induction du travail, monitoring, épisiotomie, usage d'instruments d'extraction, etc.), la présence de proches, le lieu, etc. L'établissement de ce projet de naissance est vu par de nombreux professionnels de la santé et les associations de défense des droits des femmes comme

65 - Rapport d'information, *op. cit.*, p. 11.

susceptible de renforcer le caractère « positif » de l'expérience que constitue l'accouchement, de même que la prise de décision partagée entre la patiente et le corps médical.

42 - C'est dans ce contexte que le comité sénatorial insiste sur la nécessité d'éviter toute surmédicalisation des pratiques et, corolairement, invite à redéfinir le rôle des sages-femmes et leur statut. Les missions dont ces dernières sont chargées doivent être renforcées dans le cadre de l'accompagnement de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum (recommandations n° 70 à 76, pp. 42 à 43). Ceci implique notamment, de manière très concrète, de redéfinir la liste des actes qu'elles peuvent poser (recommandation n° 76, p. 43) et de leur donner un meilleur accès aux plateaux techniques dans les maternités hospitalières (recommandation n° 71, p. 42). Le caractère effectif de ces mesures suppose entre autres, comme le souligne le comité sénatorial, d'apporter des éléments de réponse à la question de l'accessibilité financière des assurances professionnelles (recommandation n° 70, p. 42).

Conclusion

43 - Le rapport d'information du Comité d'avis pour l'égalité des chances sera soumis tout prochainement, le 23 juin 2023, au vote de l'assemblée plénière du Sénat. Son adoption, plus que probable, marquera une étape importante dans la prévention et la lutte contre les violences obstétricales et gynécologiques en Belgique. Cette initiative, qui est une première au niveau national, contribuera à visibiliser cette problématique, longtemps occultée, auprès des autorités politiques et publiques, mais aussi de la société civile, des professionnels de santé et des citoyens en général. Malgré l'absence de consensus politique et scientifique sur ce que recouvrent les « violences obstétricales et gynécologiques », les membres du comité sénatorial sont parvenus à dresser un état des lieux du phénomène en Belgique ainsi que de ses causes. Sur cette base, ils se sont accordés sur les grandes lignes d'action à mettre en œuvre.

44 - Si le comité sénatorial n'a pas eu la prétention de trancher la question de la définition des violences obstétricales et gynécologiques, il a identifié une série de critères qui pourraient servir à cette fin. Plus fondamentalement, le rapport d'information contient un ensemble de constats qui, même si certains ne sont pas scientifiquement établis, montrent à la fois la gravité et l'ampleur de ces violences en Belgique – ce qui contribue à les placer en haut de l'agenda politique et institutionnel. Par ailleurs, le comité sénatorial les a résolument caractérisées comme étant à la fois des violences de genre et des violences institutionnelles. Il a également souligné leur caractère intersectionnel ainsi que leur grande variabilité d'un établissement de soins à l'autre – en se gardant bien d'affirmer que d'aucuns échapperaient à ce phénomène.

45 - Cette manière de construire la problématique des violences obstétricales et gynécologiques n'est pas sans incidence et, comme en témoignent ses quelque nonante-deux recommandations, le comité sénatorial en prend parfaitement la mesure. Le chantier proposé est d'une ampleur considérable et sa bonne réalisation requerra une profonde transformation de certains modes de penser et d'agir.

46 - La sensibilisation et l'éducation sont primordiales que ce soit du public ou des professionnels de la santé, en activité ou en formation. Parallèlement, la prise en charge des patientes connaîtra des évolutions profondes. Globale et pluridisciplinaire, elle est amenée à s'inscrire dans une approche plus individualisée et holistique, en y intégrant davantage les aspects non médicaux. L'établissement des « projets de naissance » s'inscrit dans cette dynamique, tout comme l'accompagnement de la patiente par un professionnel de santé de référence. Par ailleurs, tant la légalité que la légitimité des pratiques du secteur de l'obstétrique et de la gynécologie devront être questionnées, avec une réelle prise de distance par rapport aux cadres de pensée dominants. Cette démarche devrait prendre place dans la logique retenue par le comité sénatorial, qui est celle de la démedicalisation du parcours périnatal. Il s'agit notamment d'éviter toute intervention qui ne soit pas médicalement justifiée, mais aussi, plus fondamentalement, d'offrir des soins obstétricaux et gynécologiques hors de leur cadre de référence qu'est l'hôpital. Il s'agit également de transformer les relations entre les professionnels de la santé. Au-delà de la nécessité de déconstruire les rapports hiérarchiques susceptibles d'alimenter une « culture silence », c'est surtout le statut de la sage-femme qui est appelé à être repensé, à la fois pour valoriser leurs compétences et pour rendre leur place plus centrale dans le secteur de l'obstétrique et de la gynécologie.

47 - Au niveau des droits des patientes, les défis et les enjeux sont, selon le comité sénatorial, énormes. Il pointe surtout une connaissance insuffisante, notamment par une part non négligeable des professionnels de la santé, des principes et règles juridiques applicables. Ce constat vient se doubler du manque flagrant d'effectivité des procédures ouvertes aux victimes de violences obstétricales et gynécologiques. Une réflexion juridique qui inclut un questionnement sur l'efficacité des dispositifs normatifs sur le terrain est, à cet égard, indispensable.

48 - Répondre de manière satisfaisante à la problématique des violences obstétricales et gynécologiques exigera des moyens organisationnels et financiers importants, mais surtout une réelle volonté « politique » de tous les acteurs concernés. Celle-ci requerra, faut-il insister, que toutes les parties acceptent la réalité du phénomène et assument sans faux-fuyants leurs parts de responsabilité.

49 - Les enjeux sont peut-être encore plus grands qu'ils n'y paraissent. Au travers de la prise en charge obstétricale et gynécologique des femmes se joue, pour partie, l'évolution des soins de santé du patient ou, du moins, de certains de ses aspects : l'autodétermination du patient et le respect de ses droits, les soins de santé comme projet de vie de l'individu, l'effectivité des dispositifs juridiques et des procédures en cas de manquement, la prévention et la sensibilisation du public aux enjeux de santé, la redéfinition du rôle de l'hôpital dans le secteur des soins, etc.

Anne-Isabelle Thuysbaert & Jean-Marc Hausman

Addendum

Le rapport d'information n'a finalement pas été soumis au vote en assemblée plénière lors de la séance du Sénat du 23 juin 2023. Ce dernier a décidé de le renvoyer en commission, et ce, suite à des courriers adressés par les deux principales associations de gynécologues obstétriciens - l'une francophone, l'autre flamande.