

FLAG SYSTEM

dans le cadre de la relation de soin
en santé sexuelle et reproductive





Ce projet a été piloté par Femmes et Santé asbl et réalisé avec l'étroite collaboration de la Plateforme Citoyenne pour une Naissance Respectée, Bruxelles Laïque, le Centre de Ressources Handicaps et Sexualités et le GACEHPA. Cet outil a été réalisé avec le soutien de la politique fédérale pour l'égalité des genres.

La réflexion et l'écriture sont basées sur des rencontres, discussions, et un travail de relecture avec des personnes concernées par les violences gynécologiques et obstétricales et des professionnel·les de la santé (médecins en planning familial, gynécologues en hôpital, sage-femmes, pharmacien·nes...).

Nous les remercions pour leur confiance et leur temps.
Sans elles et eux, cet outil n'aurait pas pu voir le jour.

Nous remercions également Garance asbl qui a apporté sa relecture et son expertise du *Flag system* à la rédaction de cet outil.

Si vous souhaitez de plus amples informations ou une aide à l'utilisation, ou des suggestions d'améliorations, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse : info@femmesetsante.be.

La méthode du *Flag system* est soumise à des règles d'utilisation et de reproduction. Pour en savoir plus, consultez le site de Sensoa qui a créé la méthode <https://flagsystem.org>.

Ont rédigé cet outil : Léa Rollin, Manoë Jacquet, Paola Hidalgo, Lola Clavreul, Elise Gilles.

Création graphique : Marina Le Floch - lebruitdesimages.com

Relecture orthographique : Daniela Bishop - echolily.be

Logo Femmes et santé : Tess-h.be

Éditrice responsable : Fabienne Richard, Femmes et Santé asbl
Rue de la Victoire 26, 1060 Saint-Gilles

Date de dépôt : décembre 2024, Bruxelles



FLAG SYSTEM

**dans le cadre de la relation de soin
en santé sexuelle et reproductive**



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	04
SUPPORT #1	11
Définitions - Qu'est-ce qu'une violence gynécologique et obstétricale ?	
SUPPORT #2.1	17
Analyser - Le gouvernail des 6 critères	
SUPPORT #2.2	27
Analyser - Attribuer un drapeau à une situation	
SUPPORT #3	31
Agir et réagir en fonction des drapeaux	
SUPPORT #4	41
Exemples de situations	
SUPPORT #5	46
Support vierge de prises de notes	
POUR ALLER PLUS LOIN	48

INTRODUCTION

Bienvenue dans ce carnet *Flag system dans le cadre de la relation de soin en santé sexuelle et reproductive*.

Ce carnet a pour objectif de vous informer sur l'outil et de vous soutenir dans la manipulation des différents éléments qui le composent.

QU'EST-CE QUE LE FLAG SYSTEM ?

À l'origine, le *Flag system*¹ est un outil élaboré par Sensoa (spécifiquement Erika Frans) pour aider des professionnel·les, entre autres, à évaluer le caractère problématique ou non de comportements sexuels impliquant des enfants et des jeunes dans différents milieux de vie.

Après analyse de la situation, l'outil propose des protocoles d'action adéquats à la situation traitée. La méthode du *Flag system* a été traduite et adaptée à différents contextes et éprouvée comme transformatrice de pratiques.

UNE ADAPTATION À LA RELATION DE SOIN EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Le présent outil est une adaptation de la méthodologie du *Flag system* dans le contexte de la consultation en santé sexuelle et reproductive.

La méthodologie est toute appropriée puisque rejoint les questions des limites, du consentement, des équilibres ou non de pouvoir, et des actions à prendre. Le présent outil cible majoritairement les relations de soin exercées par un·e professionnel·le de la santé : médecin, gynécologue, sage-femme, infirmier·ère, etc, vis-à-vis d'un·e autre adulte ou adolescente : les patientes². Si cette version est plus courte, il peut être nécessaire pour les professionnel·les de la santé voulant aller plus loin, de se former à la version originale de la méthode du *Flag system* (notamment via Garance asbl en Belgique francophone³).

Cette adaptation a demandé de sortir du sujet du comportement sexuel et du travail social de la version originale et d'aller vers le sujet de la relation de soin et du travail médical. La création de cet outil a donc consisté à transposer les critères, la compréhension des limites, vers ce que nous dit la loi du patient de 2002, et surtout les personnes concernées et les soignant·es : concernant leurs besoins d'écoute d'une part et leurs besoins de solutions d'autre part.

Femmes et Santé et ses partenaires la **Plateforme Citoyenne pour une Naissance Respectée, Bruxelles Laïque**, le **Centre de Ressources Handicaps et Sexualités** et le **GACEHPA**, travaillent depuis plusieurs années sur les violences gynécologiques et obstétricales.

Elles ont notamment collaboré pour l'écriture d'un manuel d'autodéfense féministe en consultation en santé sexuelle et reproductive à destination des patientes : *Zones à défendre*⁴. Des soignant·es ont alors également témoigné du besoin d'avoir accès à des outils de réflexion, de prévention et d'action face aux violences gynécologiques et obstétricales. Pour en savoir plus sur les violences gynécologiques et obstétricales (ou « VGO »), consultez le **Support 1 : Définitions - Qu'est ce qu'une violence gynécologique et obstétricale ?**

Le « *Flag system* dans le cadre de la relation de soin en santé sexuelle et reproductive » sert à :

- **évaluer le caractère problématique ou non** d'un comportement dans la relation de soin au travers de 6 critères ;
- **évaluer la gravité** de celui-ci en attribuant un des 4 drapeaux (vert, jaune, rouge, bleu) ;
- **identifier des lignes directrices quant à la manière d'y réagir** (en fonction de la couleur du drapeau attribué).

1 - <https://flagsystem.org>, consulté le 21.06.2024

2 - Nous généralisons la patientèle au féminin dans cet outil mais rappelons l'importance de respecter les pronoms utilisés par celles et ceux-ci (voir : « le choix fait dans cet outil »).

3 - Formations versions jeunes et version adultes du système des drapeaux, à retrouver sur <https://www.garance.be>, consulté le 21.06.2024.

4 - *Zones à Défendre, Manuel d'autodéfense féministe dans le cadre de la consultation en santé sexuelle et reproductive* (2021), In <https://www.femmesetsante.be/ressources/zones-a-defendre>, consulté le 21.06.2024.

À QUI PEUT SERVIR CET OUTIL ?

Cet outil cible les professionnel·les de la santé qui exercent dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, autrement des médecins, des gynécologues, des obstétricien·nes, des sages-femmes, des infirmier·ières, les kinésithérapeutes (en rééducation périnéale), etc.

Il peut également soutenir la réflexion des personnes vers qui des patientes s'orientent parfois pour parler de ces sujets comme les pharmacien·nes, doulas, médiateur·rices hospitalier·ères, psychologues, assistant·es sociaux·ales, etc.

Il sert à toute personne ou groupe souhaitant réfléchir à l'impact et les alternatives éventuelles de certains actes dans sa pratique de soins en santé sexuelle et reproductive.

COMMENT POUVEZ-VOUS UTILISER CET OUTIL ?

Cet outil peut être utilisé dans différents contextes.

➔ **Sensibilisation : dans la formation initiale ou continue (comme en GLEM⁵)**

Cet outil est une manière de sensibiliser à la problématique des violences gynécologiques et obstétricales et de faire de la déontologie appliquée (les critères de travail ne sont pas éloignés de critères déontologiques classiques).

➔ **Réflexion : dans la supervision ou intervention**

Cet outil peut être utilisé au sein d'une équipe qui dispose d'espaces pour penser les cas cliniques.



5 - Un Groupe Local d'expertise Médicale (GLEM) est « un groupe de pairs, médecins ou pharmacien·nes biologistes, qui partagent et évaluent de manière critique leurs pratiques médicales pour promouvoir la qualité des soins? » In <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/qualite/accreditation/Pages/medecins-accreditation-glem-index.aspx>, consulté le 21.06.2024.

MISE EN ŒUVRE DE L'OUTIL DANS LE CADRE D'UNE SENSIBILISATION



TEMPS D'UTILISATION ESTIMÉ

1 heure 30



NOMBRE DE PARTICIPANT-ES RECOMMANDÉ

de 5 à 10 personnes



CONTEXTE

L'outil peut être utilisé dans une sensibilisation, comme pendant un GLEM. L'animateur-riche de cette sensibilisation peut se préparer à la session en lisant ce carnet et les supports. L'animateur-riche peut prendre une situation de violences gynécologiques et obstétricales ou vue comme « grise » qu'il ou elle connaît.



POINTS D'ATTENTION POUR LE CADRE

- Attention à bien anonymiser la situation étudiée en session.
- Attention à bien définir la confidentialité en groupe et préciser que les informations possibles à partager à la suite de la session sont : le schéma de réflexion, les erreurs à ne pas répéter, les mesures à prendre.
- Expliquer que le focus se fera sur les critères spécifiques de cet outil et non sur le médical comme par exemple en étude de cas sur l'anamnèse. Si le réflexe en tant que soignant·e est d'aller sur ce terrain, l'idée est ici de se centrer sur la relation de soin.
- Cette session touche à des questions de pratique individuelle, organisationnelle et de déontologie. On se questionne sur ses propres pratiques et cela peut amener des émotions comme la colère, un sentiment d'injustice, la frustration, de la tristesse, etc. Il est possible de prendre un temps de pause hors de la pièce si besoin pour souffler et il est important de se rappeler que ces émotions sont normales.



OBJECTIFS POUR LES PARTICIPANT-ES

- Être sensibilisé·e aux violences gynécologiques et obstétricales.
- Expérimenter un outil de prévention afin de se l'approprier en équipe et se sentir en capacité d'amener l'utilisation de cet outil en équipe de manière récurrente ou ponctuelle.
- Se sentir plus outillé·e pour garder une attention sur les critères de bientraitance.
- Avoir accès à un support pour penser des mesures à prendre au niveau relationnel et organisationnel.



MÉTHODE D'UTILISATION

Les durées prévues peuvent varier en fonction du nombre de participant·es et de la teneur des discussions. Il est toutefois conseillé de respecter l'ordre de grandeur des durées et garder plus de temps pour les étapes 4, 5 et 6.

#1

CADRE & PRÉSENTATIONS (10 MIN)

Faire une présentation du cadre, mais également des règles de groupe habituelles (ne pas se couper la parole, avoir une posture non jugeante...). Présenter le déroulé général et les objectifs de la session d'animation. Faire un tour de table pour se présenter brièvement chacun·e.

#2

QUESTIONNER L'ASSEMBLÉE SUR LE SUJET GÉNÉRAL (10 MIN)

La discussion peut démarrer d'un échange sur ce qu'évoque les mots « violences gynécologiques et obstétricales ». L'animateur·ice peut noter les mots qui émergent et les regrouper.

#4

INTRODUIRE LA MÉTHODE ET LE CAS PRATIQUE (20 MIN)

Introduire le cas choisi - amené par l'animateur·rice ou par le groupe. Présenter le gouvernail des 6 critères du Support 2.1 *Analyser : le gouvernail des 6 critères* et le tableau d'attribution des drapeaux du Support 2.2 *Analyser : Attribuer un drapeau à une situation*. Pour plus de clarté sur le chemin de pensée, il est possible de présenter des exemples de situations présentes sur le Support 4 : *exemples de situations*.

Rappeler le cas pratique et proposer de tenter de regarder pour chaque critère quel drapeau attribuer.

#3

CONTEXTUALISATION (10 MIN)

L'animateur·rice peut s'appuyer sur le Support 1 *Définitions* pour apporter un contexte sur ce que les violences gynécologiques et obstétricales recourent. Il·elle peut également donner un contexte sur l'histoire de cet outil *Flag system* - rapportée dans le carnet.

6

RÉFLÉCHIR AUX ACTIONS À METTRE EN PLACE (20 MIN)

Selon les couleurs des drapeaux attribués à la ou les situations, réfléchir ensemble aux actions qui permettraient de prévenir ce type de situations (si elle n'est pas verte) à l'avenir. S'aider du Support 3 *Agir et réagir en fonction des drapeaux* pour s'inspirer.

- Lister des mesures au niveau personnel, relationnel, groupal, organisationnel, institutionnel.
- Il est possible de s'imaginer au niveau relationnel et immédiat ce que le ou la soignant·e aurait du mettre en place et au niveau organisationnel et moyen ou long terme ce que l'équipe peut mettre en place.
- Questionner sur les mesures qui semblent les plus « faisables » et les plus « difficiles ».
- L'animateur·rice peut en sélectionner quelques-unes et demander quelles seraient les conditions de réalisation de ces mesures.

5

RÉFLÉCHIR À LA SITUATION EN GROUPE (20 MIN)

Regarder en groupe les différents critères et ce que la situation nous en dit.

- Quels drapeaux donner aux différents critères dans cette situation ?
- Quel drapeau ensuite donner à la situation en globalité par rapport au comportement du ou de la soignante ?

Si les avis divergent sur les drapeaux, il est possible de noter les questions de suivi à poser aux personnes concernées. Pour avancer, l'animateur·rice peut proposer de lui ou elle-même trancher sur la couleur afin de passer à l'étape 6.

7

CONCLURE (5 MIN)

Faire un tour de table en proposant à chaque personne de mentionner ce avec quoi elle repart comme par exemple une idée, une émotion, une action. L'animateur·rice peut demander un retour par rapport aux objectifs de la session.

MISE EN ŒUVRE DE L'OUTIL DANS LE CADRE D'UNE RÉUNION OU INTERVISION



TEMPS D'UTILISATION ESTIMÉ

1 heure 20



NOMBRE DE PARTICIPANT-ES RECOMMANDÉ

2 à 5 personnes



CONTEXTE

Cet outil peut être utilisé en réunion d'équipe, en GLEM, suite à une demande de supervision ou d'intervision ou de manière régulière dans l'équipe. Il peut s'agir par exemple d'examiner un cas toutes les deux semaines.

Si les premières utilisations peuvent amener des désaccords, des émotions diverses (culpabilité, stress, frustration, irritabilité...), il est important de garder l'objectif en vue : une meilleure qualité des soins et une équipe sûre d'elle sur la manière d'interagir avec ses patientes. Plus l'utilisation de l'outil est régulière, plus l'exercice de se remettre en question personnellement et collectivement peut devenir normal dans sa pratique professionnelle.

Ces réflexions venant chercher des sujets sensibles dans l'équipe, il peut être nécessaire de prévoir un « temps tampon » après la session pour pouvoir se poser avec ses propres réflexions et émotions avant de reprendre le service habituel. Il peut être nécessaire d'attribuer un rôle d'animateur·rice qui sera gardien·ne du temps et des étapes de travail.



POINTS D'ATTENTION POUR LE CADRE

- Attention à bien anonymiser la situation étudiée en session. Si plusieurs professionnel·les peuvent connaître l'identité de la personne, l'ensemble des personnes présentes n'ont pas besoin de la connaître.
- Attention à bien définir la confidentialité en groupe et préciser que les informations possibles à partager à la suite de la session sont : le schéma de réflexion, les erreurs à ne pas répéter, les mesures à prendre.

- Expliquer que le focus se fera sur les critères spécifiques de cet outil et non sur le médical comme en étude de cas clinique sur l'anamnèse etc. Si le réflexe en tant que soignant·e est d'aller sur ce terrain, l'idée est ici de se centrer sur la relation de soin.
- Cette session touche à des questions de pratique individuelle, organisationnelle et de déontologie. On se questionne sur ses propres pratiques et cela peut amener des émotions comme la colère, un sentiment d'injustice, la frustration, de la tristesse etc. Il est possible de prendre un temps de pause hors de la pièce si besoin pour souffler et il est important de se rappeler que ces émotions sont normales.



OBJECTIFS POUR LES PARTICIPANT-ES

- Se positionner en équipe sur un cas qui a posé question et questionner la pratique individuelle et collective en termes de bienveillance.
- Favoriser une prise de conscience du service sur des situations problématiques récurrentes ou non.
- Avoir listé des pistes d'actions à prendre concernant une ou des situations problématiques et avoir pensé comment en faire le suivi.



MÉTHODE D'UTILISATION

Les durées prévues peuvent varier en fonction du nombre de participant·es et de la teneur des discussions.

Il est toutefois conseillé de respecter l'ordre de grandeur des durées et garder plus de temps pour les étapes 4, 5 et 6. la qualité de soins pour tous et toutes.

#1

CADRE & PRÉSENTATIONS (5 MIN)

Faire une présentation du cadre, mais également des règles de groupe habituelles (ne pas se couper la parole, avoir une posture non jugeante...). Présenter le déroulé général et les objectifs de la session d'animation. Faire un tour de table pour se présenter brièvement chacun·e, il est possible de mentionner quel rôle chacun·e avait lors de la situation étudiée (soignant·e de la patiente, témoin lors de la situation, etc).

#2

CONTEXTUALISATION (5 MIN)

L'animateur·rice peut rappeler la raison de l'étude du cas proposé : proposition de l'équipe, demande spécifique de le ou la soignant·e en question, etc. Et les objectifs visés par cette session. Il ou elle peut rappeler des éléments de définition des violences gynécologiques et obstétricales du *Support 1 Définitions*.

#4

RÉFLÉCHIR À LA SITUATION EN GROUPE (20 MIN)

Regarder en groupe les différents critères et ce que la situation nous en dit.

- Quels drapeaux donner aux différents critères dans cette situation ?
- Quel drapeau ensuite donner à la situation en globalité par rapport au comportement du ou de la soignante ?

Si les avis divergent sur les drapeaux, il est possible de poser d'avantages de questions aux personnes présentes, témoins et soignant·s de la personne. L'idée est d'arriver à un consensus mais s'il n'y en a pas, les actions à mettre en place de différents drapeaux peuvent être discutées.

#3

INTRODUIRE LA MÉTHODE ET LE CAS PRATIQUE (20 MIN)

Introduire le cas choisi avec les détails rapportés, y compris sur la réaction de la patiente, décrire de manière neutre et pratique les faits. Présenter le gouvernail des 6 critères du *Support 2.1 Analyser : le gouvernail des 6 critères* et le tableau d'attribution des drapeaux du *Support 2.2 Analyser : Attribuer un drapeau à une situation*. Pour plus de clarté sur le chemin de pensée, il est possible de présenter des exemples de situations présentes sur le *Support 4 Exemples de situations*. Rappeler le cas pratique et proposer de tenter de regarder par critère quels drapeaux attribuer.

#5

RÉFLÉCHIR AUX ACTIONS À METTRE EN PLACE (20 MIN)

Selon les couleurs des drapeaux attribués à la ou les situations, réfléchir ensemble aux actions qui permettraient de prévenir ce type de situations (si elle n'est pas verte) à l'avenir. S'aider du *Support 3 Agir et réagir en fonction des drapeaux* pour s'inspirer.

- Lister des mesures au niveau personnel, relationnel, groupal, organisationnel, institutionnel.
- Il est possible de s'imaginer au niveau relationnel et immédiat ce que le ou la soignant·e aurait dû mettre en place et au niveau organisationnel et moyen ou long terme ce que l'équipe peut mettre en place.
- Questionner sur les mesures qui semblent les plus « faisables » et les plus « difficiles », se demander quelles seraient les conditions de réalisation de ces mesures.

#6

CONCLURE (10 MIN)

Faire un tour de table en proposant à chaque personne de mentionner ce avec quoi elle repart comme par exemple une idée, une émotion et une action. Se mettre d'accord sur la suite donnée aux mesures décidées ou mentionnées. Inviter l'équipe à prendre le « temps tampon » individuellement pour réfléchir seul, reprendre son souffle, avant de reprendre le travail habituel.

VOUS PARCOUREZ L'OUTIL SEUL·E

Cet outil est destiné à une utilisation à plusieurs, car il peut être difficile de s'apercevoir seul·e de comportements problématiques dans la relation de soin. Cet outil peut néanmoins permettre à la lectrice ou au lecteur de **prendre un moment de réflexion et de recul sur sa pratique professionnelle ou celle de son organisation**. La lecture de l'outil peut également vous inspirer à initier une discussion sur la bientraitance, voir sur l'utilisation de cet outil en groupe, dans votre cabinet, équipe, ou lors de GLEM.

LE CHOIX FAIT DANS CET OUTIL

La question des violences gynécologiques et obstétricales est sujette à de multiples recherches et réflexions collectives au moment de la rédaction de cet outil, y compris de débats entre personnes concernées, associations, unions de représentation de groupes professionnels, monde politique, etc. Le sujet peut mener à des levées de bouclier pour des raisons évidentes de défense d'intérêt ou de supposition d'incompétence du monde non médical. Dans cet outil, les violences gynécologiques et obstétricales sont considérées comme réelles et traitées au prisme de la relation de soin et de la prévention. **Le postulat de base est qu'une partie importante du personnel dans le milieu médical exprime une envie d'améliorer ses pratiques. L'outil leur propose dans cette optique une invitation à améliorer leurs compétences et leurs connaissances pour offrir des soins plus respectueux et centrés sur la patiente.**

Tout en ayant conscience des difficultés structurelles à l'exercice de la médecine et des soins, cet outil est donc voué à être utilisé par des professionnel·les souhaitant se questionner sur leurs pratiques. Par ailleurs, cet outil n'est pas voué à être utilisé en médiation, par courrier avec des patientes ou de l'utiliser sortant l'outil physique devant une patiente. Cette utilisation directe pourrait amener de forts biais et amener la patiente à se sentir lésée plus encore.

L'outil est voué à la réflexion individuelle et collective du milieu professionnel des soignant·es. Ce milieu étant très divers, des choix sont donc opérés pour pouvoir le rendre opérationnel : il ne traite pas de l'entièreté des contextes de travail dans ses exemples (dans le libéral, en hôpital, à domicile...) ou des situations de soin (routine, première consultation, accouchement, PMA, IVG, IMG⁶...). Mais donne des pistes à penser pour son propre contexte professionnel.

Dans cet outil, nous utilisons une écriture inclusive à point médiant (par exemple: soignant·es) afin que tous et toutes se sentent concerné·es et représenté·es. Concernant la patientèle, nous écrivons au féminin (par exemple : patiente). Nous utilisons alors le genre de la majorité de la patientèle. Nous rappelons qu'il est crucial de garder à l'esprit que les hommes transgenres, personnes non binaires, personnes agenres, et personnes intersexes peuvent utiliser d'autres pronoms et peuvent avoir besoin de consultations en gynécologie et/ou en obstétrique. Il est d'une importance majeure de respecter le pronom choisi par la personne afin de garantir l'accès au service et la qualité de soins pour tous et toutes⁷.

6 - PMA: procréation médicalement assistée. IVG: interruption volontaire de grossesse.

IMG : interruption médicale de grossesse.

7 - Pour plus d'information sur la relation de soin avec les personnes trans ou au-delà des binarités, contactez des asbl spécialisées comme par exemple Genres Pluriels ; <https://www.genrespluriels.be> consulté le 21.06.2024.

SUPPORT # 1

DÉFINITIONS

QU'EST-CE QU'UNE VIOLENCE GYNÉCOLOGIQUE ET OBSTÉTRICALE ?

Expression abdominale, point du mari, examen non consenti... sont les actes les plus connus quand le sujet des violences gynécologiques et obstétricales est abordé.

Une liste exhaustive serait difficile à établir au vu de la diversité des actes, alors que recourent-elles ?

LA MÉDECINE NEUTRE N'EXISTE PAS

Comme le reste de la société, la médecine est traversée de biais discriminatoires y compris lorsque nous pensons être de « bonne intention ». Tout particulièrement, l'histoire de la gynécologie et de l'obstétrique montre que le terrain de construction de ces savoirs n'a pas été neutre envers les femmes et la manière de les considérer. À l'origine, la gynécologie s'est fondée comme théorie de la féminité et des raisons pour lesquelles les femmes ne sont gouvernées que par leur système reproducteur, en faisant donc la différence avec la « nature humaine ». Les femmes se retrouvent assignées dans ces théories en-dessous de cette « nature humaine ». Cette gynécologie, datée et véritable philosophie de l'exclusion des femmes de la cité, s'est en parallèle tournée vers le thérapeutique⁸. Les techniques, matériels et savoirs sont devenus plus scientifiques et se sont multipliés. Mais une partie importante des découvertes a été permise, dans les premières heures de la gynécologie, grâce à des actes de violences sur des femmes. À ce sujet, un exemple révélateur est celui du docteur M.J. Sims, souvent nommé comme le « père fondateur » de la gynécologie. Il a inventé le spéculum moderne et nombre d'autres connaissances importantes, via des séances d'expérimentation où il torturait des femmes esclaves avec des actes répétés et à vif.

Dans le monde moderne, ces pratiques semblent lointaines. Mais **la médecine a continué d'être traversée des enjeux du contrôle des corps des femmes dans leurs capacités reproductrices comme lors des luttes pour un avortement dépenalisé, où les médecins étaient chargés de rapporter les cas d'avortement ou de fausse couche. La médecine reste aujourd'hui l'alliée principale à la bonne santé des femmes et à leur libre choix (accès à la PMA, à l'IVG en sécurité, etc.) mais elle est encore parfois limitée par son histoire sexiste⁹, des contraintes capitalistes (manque de ressources et de personnel), son histoire et ses biais racistes, ou encore validistes.**

8 - Vuille, M. Gynécologie. Dans : Juliette Rennes éd., *Encyclopédie critique du genre* (pp. 283-292). Paris : La Découverte, 2016 <https://doi.org/10.3917/dec.renne.2016.01.0283>

9 - EHRENREICH, Barbara & ENGLISH, Deirdre, 2016, *Fragiles et contagieuses : le pouvoir médical et le corps des femmes*. Paris: Ed. Cambourakis.

Ce contexte peut permettre de comprendre pourquoi les violences gynécologiques et obstétricales (ou VGO) ne sont parfois pas facilement identifiables par le milieu médical lui-même et pourquoi le sujet peut faire face à des levées de bouclier : ne pas vouloir être associé à cette histoire sexiste, à des pratiques non respectueuses, etc.

VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Les VGO font référence à tout acte médical, posture, intervention non approprié ou non consenti. Il recouvre donc :

- des actes non-conformes aux recommandations pour la pratique clinique (par exemple l'expression abdominale) ;
- des actes médicalement justifiés réalisés sans information préalable et/ou sans le consentement de la patiente ou avec une apparente brutalité, un refus non respecté (par exemple l'introduction d'un spéculum sans consentement);
- des attitudes, comportements, commentaires ne respectant pas la dignité, la pudeur et l'intimité (par exemple faire un commentaire sur un nombre de partenaires sexuels non convenable à la patiente).

Les VGO peuvent avoir lieu dès la première consultation gynécologique et tout le long de la vie d'une femme ou toute personne ayant un appareil génital dit « féminin ». Ceci inclut la consultation préventive (dépistage IST¹⁰/sein, prescription et/ou pose d'un contraceptif ou d'un traitement hormonal de substitution), la consultation curative (dans le cas du traitement de certaines maladies), l'éventuel passage par une grossesse, un accouchement ou une IVG. Selon les seuls chiffres disponibles au moment de l'écriture de cet outil, ceux de l'étude de la Plateforme Citoyenne pour une Naissance Respectée¹¹, 1 femme sur 5 en Belgique francophone est victime d'un des 3 types de violence obstétricale étudiés : expression abdominale, acte à vif et/ou point du mari.

Tout semble également indiquer que le risque de vivre des VGO augmente en fonction de certains critères de la patiente : selon l'origine, la religion, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, le poids, le ou les handicap(s), le statut socio-professionnel...¹² Ces critères peuvent amener des discriminations supplémentaires et donc des barrières d'accès, des violences supplémentaires et d'une forme différente.

Les conséquences¹³ suite à des VGO peuvent être similaires à celles des violences sexuelles (syndrome de choc post traumatique, dépression, idées noires, isolement...). Ce qui peut potentiellement engendrer des conséquences socio-professionnelles : difficulté à suivre des cours, aller au travail. Pour certaines, il existe aussi le risque d'un arrêt des suivis de

10 - IST : infection sexuellement transmissible.

11 - PCNR, 2021, *Accoucher en Belgique francophone avant et pendant le COVID, Eléments clés* (synthèse de l'étude. In <https://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2022/03/PCNR-synthese-Rapport-WEB-2-1.pdf>, consulté le 21.06.2024.

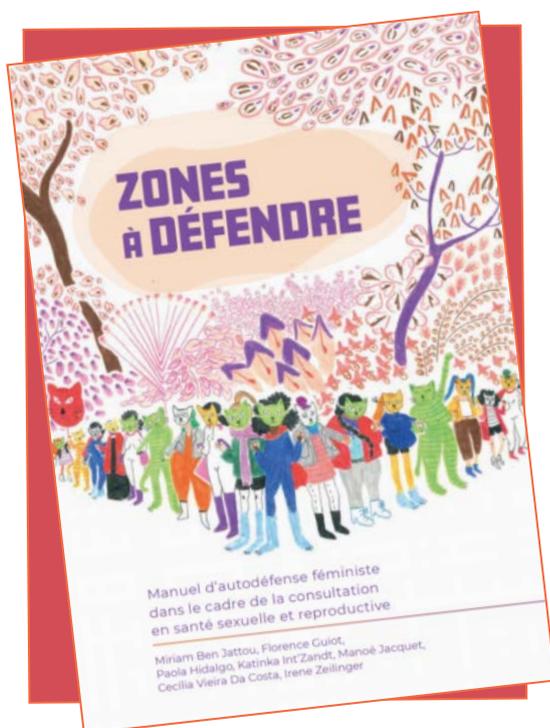
12 - Consulter à ce sujet le rapport de la PCNR, *Op. cit.*, 2.

13 - Haut Conseil à l'égalité (HCE), 2018, *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*. In <https://haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>, consulté le 21.06.2024

santé car le lien de confiance avec le milieu médical est fortement impacté. Il peut également dans certains cas, exister des conséquences physiques (douleurs, mauvaise cicatrisation, ...).

Concernant la diversité des actes, l'asbl Prémisse a pu les détailler dans son fascicule *Touche pas à mon corps sans mon accord*¹⁴. Elle reprend 6 types d'actes :

- 1 > **Non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation.**
- 2 > **Propos porteurs de jugements sur la sexualité, les expériences de vie, l'orientation sexuelle, le poids, l'âge, le background culturel et la volonté ou non d'avoir un enfant.**
- 3 > **Remarques et insultes sexistes.**
- 4 > **Actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente.**
- 5 > **Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement.**
- 6 > **Violences sexuelles : harcèlement sexuel, attentat à la pudeur et viol [remarque : l'attentat à la pudeur est aujourd'hui remplacé par l'atteinte à l'intégrité sexuelle dans le code pénal belge].**



La patiente a des droits face à ces violences, comme par exemple partir de la consultation.

Nos asbl ont édité en 2021 un guide à destination des patientes afin de connaître ces droits et savoir comment réagir: *Zones à défendre*¹⁵, manuel d'auto défense féministe dans le cadre de la consultation.

14 - ESSANNARHI , Rachida, 2019, *Touche pas à mon corps sans mon accord*, Bruxelles : Ed. Prémisse asbl. Téléchargeable ici : <https://premise.be/wp-content/uploads/2019/01/BrochurePre-misse-webFR.pdf>, consulté le 21.06.2024.

15 - Téléchargeable ici : <https://www.femmesetsante.be/resources/zones-a-defendre>

VGO ET VIOLENCES SEXUELLES

Lorsque les VGO sont évoquées, ce sont souvent les violences sexuelles qui viennent à l'esprit vu qu'elles évoquent l'appareil sexuel.

Si les VGO reprennent les actes qui ne respectent pas le consentement, la pudeur, la dignité humaine, les violences sexuelles ne sont pas à exclure si elles se passent dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

Contrairement aux VGO cela dit, les violences sexuelles sont clairement définies dans la loi et dans le Code pénal.

Les violences sexuelles sont, selon la réforme du Code pénal du 21 mars 2022 :

- **le viol** : une pénétration sexuelle (avec quelque moyen que ce soit) couplé à une absence de consentement clair ;
- **l'atteinte à l'intégrité sexuelle** (anciennement « attentat à la pudeur » dans l'ancien Code pénal) : tout acte qu'une personne normale et raisonnable considère comme sexuellement inapproprié et hors pénétration ;
- **le voyeurisme, l'outrage aux bonnes mœurs** (comme l'exhibitionnisme), le harcèlement sexuel...¹⁶

Il est important de se rappeler que selon les estimations 20 % des femmes ont été victimes de viol dans leur vie en Belgique¹⁷, ce qui peut se retrouver dans la patientèle. Pour les femmes ayant des situations d'autant plus discriminées, comme un handicap, ces chiffres vont jusqu'à être multipliés par 4¹⁸.

Le lien entre une consultation gynécologique et des violences sexuelles est important, pour leur prise en charge médicale notamment. Mais également pour le caractère sensible d'examens et pouvant réveiller une mémoire traumatique¹⁹, ou réactiver des symptômes de syndrome post traumatiques²⁰. Une attention particulière à cet état de fait et se former à l'écoute et réorientation des victimes peut alors être pertinent.

Se former aux questions d'écoute et de prise en charge des victimes de violences sexuelles est bénéfique à divers égards : une amélioration de la qualité des soins, un stress diminué face aux cas rencontrés par l'équipe et une relation de confiance accrue avec les patientes.

16 - Pour en savoir plus sur les définitions juridiques, consulter : https://justice.belgium.be/fr/themes/securite_et_criminalite/infractions_sexuelles#tab-5, consulté le 21.06.2024.

17 - Amnesty International et SOS Viol, 2020, *Sondage sur le viol : les chiffres 2020*. In : <https://www.amnesty.be/campagne/droits-femmes/viol/article/sondage-viol-chiffres-2020>, consulté le 24.06.2024.

18 - Esenca, 2020, *Femmes en situation de handicap, une double discrimination violence*. In : <https://www.esenca.be/etude-2020-femmes-en-situation-de-handicap>, consulté le 21.06.2024.

19 - Pour plus d'information sur les mécanismes psychologiques et neurobiologiques psychotraumatiques, consulter le site *Mémoire traumatiques et victimologie* de la Dr. Muriel Salmona : <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/memoire-traumatique.html#:~:text=La%20m%C3%A9moire%20traumatique%2C%20trouble%20de,%C3%A0%20l'identique%20tout%20ou>, consulté le 21.06.2024.

20 - ROZEE, Virginie, et SCHANTZ, Clémence, *Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique*. Santé Publique, vol. 33, no. 5, 2021, pp. 629-634.

QU'EN DIT LA LOI ?

Si les termes « violences gynécologiques et obstétricales » ne sont pas repris en tels quels dans la loi à l'heure actuelle, ce qu'elles comprennent sont pourtant en grande majorité interdites par la loi. Le fascicule *Touche pas à mon corps sans mon accord*²¹ rappelle certaines lois par rapport aux actes spécifiques (par exemple l'imposition d'une contraception plutôt qu'une autre sans justification, épisiotomie non nécessaire...).

Ces actes et comportements font appel à une diversité d'éléments juridiques. Au centre de ceux-ci se trouve la loi du Droit des Patients de 2002, qui promulgue des droits centraux à la relation de soin. Plusieurs outils légaux sont donc concernés, notamment :



La loi relative aux droits du patient (22 août 2002) : promulgue le droit à la prestation de services de qualité, le droit au libre choix du prestataire de soins, le droit à l'information sur l'état de santé (article 7), le droit au consentement (article 8), le droit à la consultation du dossier médical, le droit à la protection de la vie privée, le droit à la médiation des plaintes. Le droit civil à son tour fait état de droits pour les personnes.



Le Code pénal est pertinent sur certains aspects notamment l'article 398 concernant les coups et blessures, par exemple concernant des actes non nécessaires au soin qui seraient commis pour raisons diverses, autres qu'une nécessité thérapeutique. Comme un toucher vaginal non médicalement justifié pour « former les étudiant·es » lors d'une anesthésie générale. L'article sur la torture art. 417bis et suivants : actes commis sans avoir pris en compte la douleur (césarienne à vif, révision utérine à vif, points de suture d'une épisiotomie sans anesthésie...)

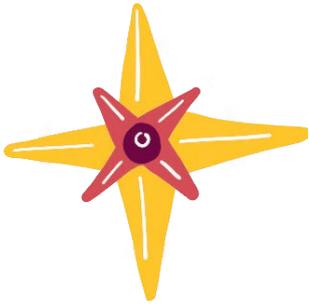
Bien que les patientes aient des droits clairs et que les enfreindre soit illégal, que cet ensemble de droits bafoués constituent tout ou partie des VGO, il est à l'heure actuelle très difficile pour les patientes de s'en défendre.

La loi relative aux droits du patient par exemple ne lie aucune sanction à l'infraction de ces droits. Le droit pénal, quant à lui, demande à la victime de démontrer la faute, le dommage et le lien entre les deux. Cela peut s'avérer très difficile notamment si le dommage est psychologique, et dans les cas où il est physique, comment démontrer qu'il se serait jamais advenu sans l'intervention d'un·e professionnel·le de santé.

Le code de déontologie quant à lui, ne vaut pas comme droit à proprement parler et serait utilisé en ultime référence.

Pourtant, le corps médical témoigne souvent de la peur d'être poursuivi·e. Souvent du côté des soignant·es, la peur se situe sur l'urgence vitale (peur d'être accusé·e de ne pas avoir assez agi ou assez vite pour une femme et/ou son fœtus) ou une peur plus générale d'être attaqué·e, par méconnaissance du droit belge (par exemple penser que la stérilisation volontaire n'est pas autorisée pour les femmes nullipares, et donc que l'on serait en faute de l'effectuer). Ce qui prime pourtant, est le consentement libre et éclairé de la patiente.

21 - Téléchargeable ici : <https://premise.be/wp-content/uploads/2019/01/BrochurePremisse-webFR.pdf>



Lors de la rédaction de cet outil, l'écoute politique a fait un pas important et ce type de violences est désormais reconnu dans plusieurs textes de planification de la lutte contre les violences de genre au niveau de l'État.

Les mesures contre les VGO au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles, la Région wallonne et la COCOF se retrouvent à l'objectif opérationnel 8 dans le Plan intra-francophone de lutte contre les violences faites aux femmes 2020-2024.

Quant à lui, le Plan d'Action National de Lutte contre les violences basées sur le genre 2021-2025 fait référence à divers endroits aux VGO et prévoit des mesures en son Axe IV - Mesures 86 & 87.

Au niveau des droits humains, le Conseil de l'Europe a pris une Résolution en 2019 (2306) sur les Violences Gynécologiques et Obstétricales. En même temps que ce sujet se retrouve sur la table des droits humains et des droits des femmes, s'engage un long processus qui parfois amène à une judiciarisation plus « juste » ou forte.

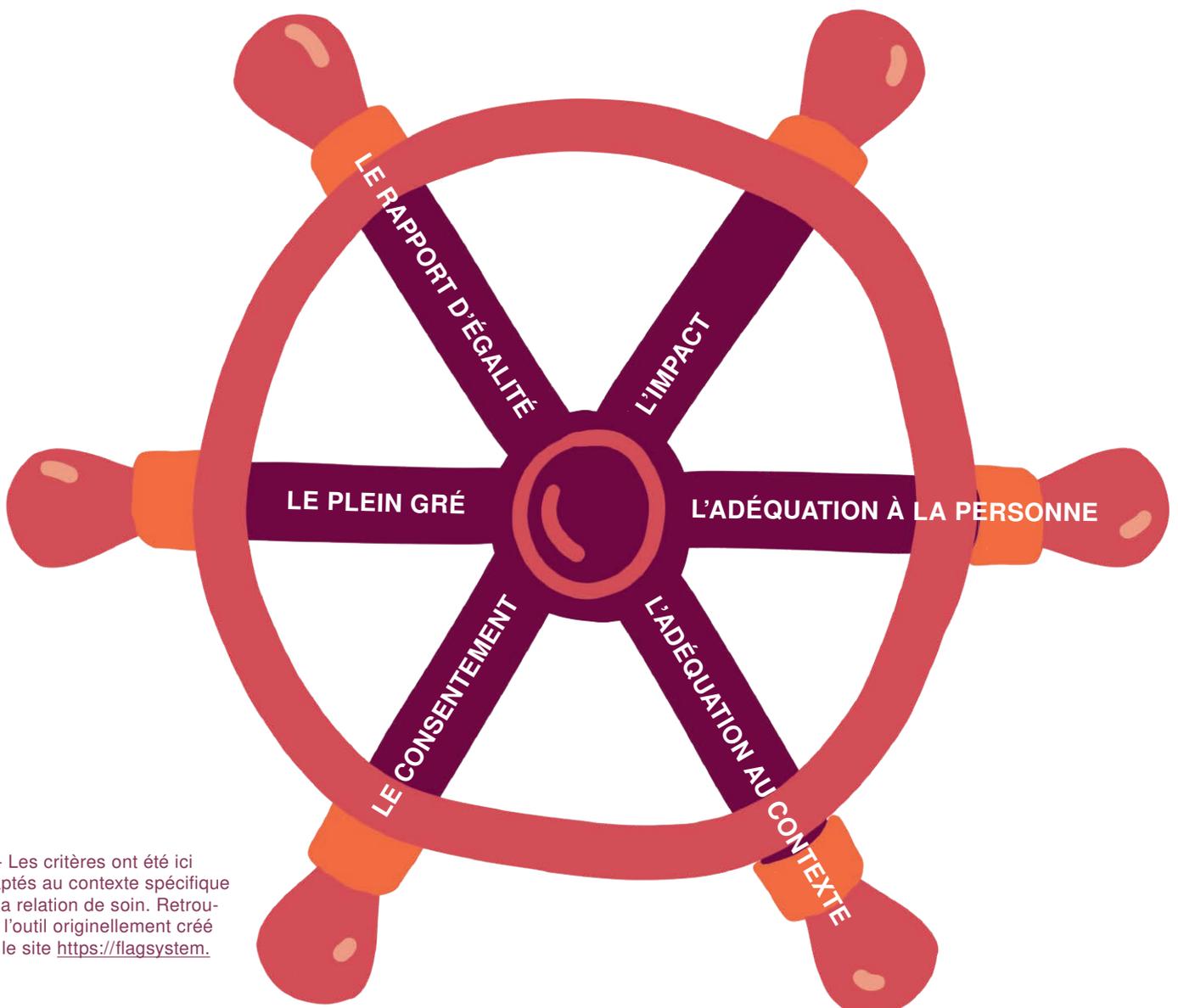
SUPPORT # 2.1

ANALYSER :

LE GOUVERNAIL DES 6 CRITÈRES

Le *Flag system* s'appuie sur 6 critères²² pour faire l'évaluation d'une problématique. Ces critères sont utilisés pour qualifier la gravité de la situation, comme une sorte de boussole, de gouvernail qui peut guider l'action.

Il n'y a pas un ordre précis pour analyser les situations, mais il convient de passer par l'ensemble des critères pour attribuer un drapeau. Tous les critères ont une égale importance, et ne doivent pas être considérés hiérarchiquement.



22 - Les critères ont été ici adaptés au contexte spécifique de la relation de soin. Retrouvez l'outil originellement créé sur le site <https://flagsystem.org>

LE CONSENTEMENT

Le terme de consentement réfère souvent à un consentement mutuel. Il implique que les parties ont conscience des actes qui vont prendre place, sont en mesure de donner leur accord, explicitement donnent ce consentement, peuvent le révoquer.

Au-delà de la signature d'un papier, souvent demandée pour les actes d'envergure, l'analyse de ce critère concerne ici l'information et l'accord donné en connaissance des informations disponibles et des alternatives. Cela peut être une nouvelle habitude à créer : nommer l'acte et demander l'accord, attendre l'accord pour procéder.

Cela n'est généralement pas enseigné lors des études de soins, mais **peut devenir une réelle habitude avec le temps et participe grandement à l'amélioration de la qualité des soins**. Les autres critères de plein gré, d'adéquation à la personne viennent compléter cette définition du consentement dans le milieu médical.

La consultation ou les soins gynécologiques peuvent et amènent souvent un contact des parties intimes. **Le ou la professionnel·le doit ainsi définir et formaliser les actes, vécus comme intimes, nécessaires aux soins afin d'éviter tout malentendu et écouter la voix de la patiente lors de ce processus.**

Est souvent associé le terme « mutuel » au consentement. Bien sûr, les actes sont engagés par le ou la soignant·e et opérés « sur » la patiente. Il existe donc ici une asymétrie de fait dans ce consentement mutuel, important à prendre en compte. Le caractère mutuel du consentement peut également ici être compris pour la ou le professionnel·le, d'écouter ses propres limites en termes de compétences nécessaires et ressenties, état de fatigue, perte de moyens dû à un contexte particulier. Écouter ses propres limites pour continuer des soins de bonne qualité est important.

UNE CONSULTATION OU UN SOIN RESPECTE

LE CONSENTEMENT DE LA PERSONNE LORSQUE :

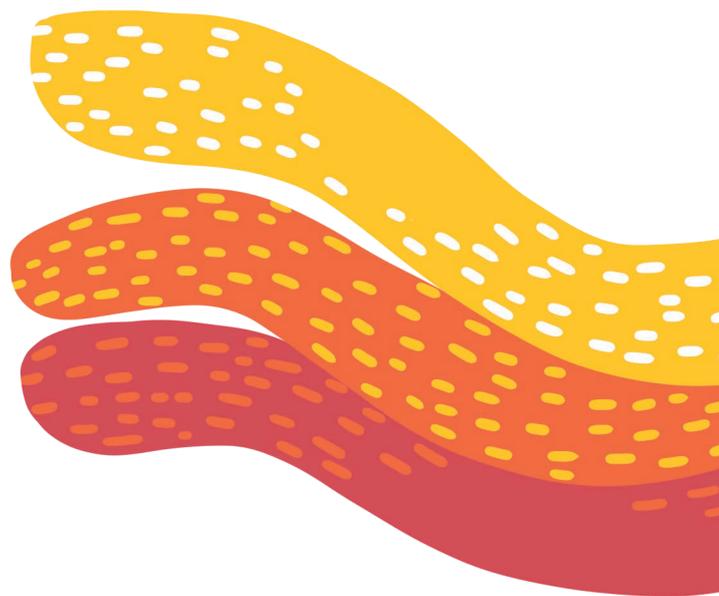
- ➔ **La patiente a eu les informations nécessaires à la prise d'une décision face à un acte** - même considéré habituel par la ou le soignant·e. Certaines informations incontournables sont : pourquoi l'acte est nécessaire, que cherche-t-on à obtenir par cet acte, quels en sont les risques, quelles en sont les alternatives, elle a été informée de son droit à refuser l'acte.
- ➔ **La patiente a eu le temps de réfléchir à ces informations et a pu poser un choix de manière explicite.** La prise en compte de l'accord implicite, comme se mettre en position sur les étriers, a été suivie d'une vérification d'accord à l'oral pour les actes qui impliquent du toucher.
- ➔ **Le ou la professionnel·le se sent capable et en capacité d'exercer ces actes.**
- ➔ **La patiente a la possibilité de retirer son consentement.** Même si l'acte a été accepté, les paroles de refus, les signaux d'inconfort, de silence face à des questions, sont pris en compte et suivis de questions de vérification de la part du ou de la soignant·e afin de mettre fin au soin ou trouver des alternatives : comme une meilleure prise en compte de la douleur, une position différente, des informations complémentaires, etc.

COMMENT ÉVALUER LE CONSENTEMENT ?

- Ai-je²³ donné à la patiente :
 - > l'explication de l'acte ;
 - > les risques de l'acte ;
 - > l'impact financier de l'acte ;
 - > le degré de nécessité et d'urgence de l'acte ;
 - > les alternatives à l'acte ;
 - > les risques en cas de refus de l'acte ;
 - > le recueil de l'accord de la patiente sur la pratique de l'acte et sa temporalité (bon moment)²⁴ ;
 - > Ai-je permis à la patiente de réfléchir et prendre une décision en connaissance de ces données ?
- Ai-je évoqué à la patiente la possibilité de refuser les actes ? Même pendant l'acte (manifester une douleur, un désaccord) ?
- Ai-je respecté un refus de consentement ?

Il peut y avoir une composante subjective dans l'acte de consentir (par exemple : la patiente a hoché la tête pour dire oui mais elle était très impressionnée et pensait que c'était obligatoire). Pour cette raison, il est important que le ou la soignant-e mentionne les actes et la possibilité de dire non, car une position sur la table de consultation ne devrait pouvoir présumer du fait d'être consciente qu'un spéculum va être inséré et qu'elle sait qu'elle a le droit de dire non.

Le consentement libre (voir chapitre *Le plein gré*, ci-après) et éclairé est une démarche qui vise également à limiter les appréhensions, créer un lien de confiance, autant qu'à préserver ou à restaurer la dignité de la patiente.



23 - Les questions sont formulées en « je » mais peuvent se référer aussi à une équipe.

24 - Ces différentes informations sont inscrites comme nécessaires au recueil du consentement dans la loi relative au droit des patients de 2002, In : *Fiches pratiques: informations juridiques en droit belge*, consulté le 21.06.2024.

LE PLEIN GRÉ

Le plein gré rejoint la question de consentement en appuyant sur l'aspect d'absence de pression. La limite entre « volontaire » et « contraint » n'est pas évidente dans le cadre de soins de santé car ce n'est pas forcément ce que la personne « aimerait » : par exemple de subir une intervention dans le cadre d'une maladie.

Au-delà, il s'agit d'éviter tout abus de pouvoir du ou de la soignant·e allant à l'encontre du libre choix de la personne. Cela est d'autant plus important lorsque l'on traite de droits sexuels et reproductifs qui induisent des choix de vie importants.

Le plein gré est l'inexistence de moyens de pression établis par l'équipe soignante (économique, temporelle, morale, physique) ou par une personne tierce. Cette personne peut être un·e accompagnant·e de personne en situation de handicap, un parent, un·e partenaire. La patiente peut se rendre en rendez-vous avec la personne de son choix²⁵ mais il peut être nécessaire de s'assurer qu'un temps d'échange seul·e est permis quand il s'agit d'actes médicaux potentiellement d'importance pour la personne (par exemple, dans le cas d'une IVG).

Cet aspect peut concerner des pressions parfois subtiles, et si le ou la soignant·e ne peut pas tout déceler certains aspects peuvent être importants à analyser.

UNE CONSULTATION OU UN SOIN RESPECTE

LE PLEIN GRÉ DE LA PATIENTE

LORSQUE :

➔ **Aucune pression n'est présente concernant l'orientation d'un choix selon les valeurs morales de l'équipe médicale, y compris quand considérée comme une « erreur de chemin de vie »** (par exemple : un choix de stérilisation volontaire).



COMMENT ÉVALUER LE PLEIN GRÉ ?

- Ai-je évité tout moyen de pression (économique, temporelle, morale, physique...) qui aurait pu influencer la patiente dans sa prise de décision ?
- Ai-je été attentif·ve autant que possible à ce que son entourage ou son accompagnant·e n'en exerce pas ? Si elle était accompagnée, j'ai proposé *a minima* un temps d'échange seul·e avec la patiente ?
- Ai-je veillé à ce que l'assistant·e ou stagiaire ne soit pas présent·e lorsque je demandais à la patiente son accord pour qu'il ou elle assiste à la consultation ?
- Ai-je évité tout commentaire non sollicité sur son passé et présent concernant sa vie sexuelle et reproductive ?
- Ai-je veillé à ne pas montrer de jugement quant à la décision prise par la patiente ?
- Ai-je veillé à ne pas demander de justifications non nécessaires médicalement à la patiente vis-à-vis de ses choix ?

25 - Comme le stipule la loi relative au droit des patients de 2002.

LE RAPPORT D'ÉGALITÉ

Le rapport d'égalité est un critère délicat et important à analyser quand on se questionne sur une relation de soin bienveillante. Le ou la professionnel·le détient le « savoir » dont l'autre personne a besoin pour sa bonne santé, son bien-être global, ils et elles se doivent un respect mutuel de personne à personne.

C'est alors avec d'autant plus de conscience de ce pouvoir qu'une véritable interaction. **Il existe une asymétrie de fait entre la personne « consultante » et la personne « consultée »**²⁶. Cela n'empêche pas de veiller à laisser le dialogue ouvert, reconnaître la place de la patiente dans son propre vécu, l'expertise de son corps. Le rapport d'égalité suppose bien entendu également de considérer toute patiente comme égale à l'autre,

et de ne pas traiter de manière différenciée une patiente d'une couleur de peau différente d'une autre par exemple, vivant un handicap en société ou encore ayant une orientation sexuelle non hétérosexuelle. **Le rapport d'égalité implique enfin de pouvoir se remettre en question en tant qu'une relation d'humain à humain. C'est pour cela qu'une inégalité pourrait aussi venir de la perception même du métier occupé par le ou la soignant·e. La patiente peut présumer qu'un·e soignant·e est toujours expert·e, est infallible, et se reposer entièrement sur sa position d'expert·e.** En ce sens, le rapport d'égalité suppose également admettre ses propres limites par rapport au sujet traité, à l'acte à mener.

UNE CONSULTATION OU UN SOIN RESPECTE

UN RAPPORT D'ÉGALITÉ LORSQUE :

- ➔ **La patiente a été écoutée sur son expertise de son corps** (douleurs, symptômes,...) et ses connaissances de la question médicale abordée (par exemple : un vécu d'endométriose).
- ➔ **La patiente a été informée des éventuelles limites des compétences du ou de la praticien·ne sur le sujet.**
- ➔ **Les enjeux de pouvoir qui peuvent prendre place en société sont réfléchis** par le ou la soignant·es (discrimination par rapport à l'origine, au niveau de langue, le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, la classe sociale, le handicap).



26 - Ce que Martin Winckler nomme « l'asymétrie fonctionnelle » (téléchargeable ici : https://www.francetvinfo.fr/france/les-brutes-en-blanc-un-ouvrage-qui-denonce-le-comportement-des-medecins_1870457.html), consulté le 21.06.2024.

27 - Il est possible de se tester via le questionnaire du *Project Implicit* développé par l'Université d'Harvard : <https://implicit.harvard.edu/implicit/takeatouchtestv2.html>.

Il existe également des ressources pour mieux comprendre les différents biais cognitifs et leur conséquence. Comme le *guide pratique des biais cognitifs* : <https://www.shortcogs.com>. L'association québécoise Regroupement pour une Naissance Respectée, dans son deuxième cahier de formation rappelle ces biais et leur impact sur la manière d'aborder des diagnostics, des soins, de femmes en périnatalité : <https://www.naissancesrespectees.org>, tout consulté le 21.06.2024.

COMMENT ÉVALUER LE RAPPORT

D'ÉGALITÉ ?

- Ai-je cru la patiente concernant son vécu avec son corps (sensations, niveaux de douleurs, symptômes divers) ?
- Est-ce que je la crois mais je ne la considère pas experte de son corps ?
- Ai-je conscience de mon autorité implicite en tant que soignant·e ? Surtout concernant une première consultation dans la vie de la personne ?
- Est-ce qu'aucune caractéristique de la personne (son orientation sexuelle, identité de genre, son poids, son travail, sa vie amoureuse, son origine, son âge...) n'a influencé le bon déroulement de la consultation ? En cas de doute, ai-je réfléchi à la même situation pour une personne au profil identitaire différent ?²⁷
- Ai-je évité de justifier des actes peu ou pas acceptables auprès de la personne par ma vie professionnel·le (fatigue des heures de travail, manque de personnel, etc) ?
- Ai-je informé la patiente de mes limites de connaissances ou de compétences concernant sa demande et donné des pistes de réorientation ?

L'ADÉQUATION À LA PERSONNE LA CAPACITÉ D'AGIR

Devant la même situation, nous ne sommes pas toutes pareil·les, et le Système des drapeaux tient compte de ces différences, surtout en ce qui concerne la capacité d'agir des patient·es. Car plus cette capacité est présente, plus les personnes pourront faire leurs propres choix et les faire respecter. Ce critère sert particulièrement à prendre en compte les spécificités notamment physiques, cognitives et/ou sensorielles de la personne, de même que l'état émotionnel visible ou verbalisé dans lequel celle-ci peut être au moment de la situation. L'adéquation à la personne physique peut être un matériel adapté aux personnes grosses, l'adéquation à une personne sur le spectre autistique peut être de répondre à des besoins en termes de calme de consultation, **l'adéquation à un état émotionnel peut être**

d'éviter de donner des informations cruciales seulement à l'oral après une annonce importante comme celle d'une maladie à vie.

Il peut également s'agir d'une situation où les capacités cognitives sont altérées par une anesthésie ou une sortie d'anesthésie.

Concernant ce critère, nous vous invitons à consulter le rapport *Violences gynécologiques et obstétricales vécues par les femmes avec une déficience intellectuelle vivant en institution*, publié par Femmes et Santé, le Centre de Ressources Handicaps et Sexualités, et Handicaps et Santé en mars 2023. Vous y trouverez des exemples de situations et des ressources pour vos équipes (outils, formations) concernant les femmes vivant avec une déficience intellectuelle.

UNE CONSULTATION EST DONC D'AUTANT PLUS EN ADÉQUATION

AVEC LES CAPACITÉS ET L'ÉTAT DE LA PERSONNE LORSQUE :

- ➔ **Son développement physique/sa condition physique est pris en compte** : par exemple, j'ai une table et/ou du matériel qui me permet d'accueillir des personnes grosses²⁸, j'ai une table qui me permet d'accueillir une personne en fauteuil.
- ➔ **Ses capacités cognitives sont prises en compte** : par exemple, je dispose de supports pour expliquer mon propos, je parle avec des phrases courtes et des mots simples. Cela peut également être le cas en cas de début ou de sortie d'anesthésie ou lors de médicaments lourdes. Je m'assure de laisser des traces écrites le cas échéant avec la personne et ses proches de référence.
- ➔ **Le niveau de connaissances linguistiques et médicales est pris en compte** : j'adapte mon langage aux connaissances linguistiques de la personne en face de moi, je sollicite un·e interprète (ou communique à la patiente qu'elle peut solliciter ce service).
- ➔ **Les capacités sensorielles de la personne sont prises en compte** : si une personne par exemple n'est pas entendante, je lui demande comment communiquer au mieux avec elle, et vérifie qu'elle me comprend.
- ➔ **L'état émotionnel visible ou verbalisé de la personne est pris en compte** : par exemple, je prends en compte qu'à l'annonce d'une très bonne nouvelle ou d'une très mauvaise nouvelle, la personne peut être dans un état d'euphorie ou au contraire, de sidération, telle qu'elle n'est plus attentive à ce que je lui raconte.



28 - Face au manque d'accessibilité de services aux personnes grosses (terme utilisé à but militant, non considéré comme une insulte par ce groupe), l'asbl Fat Friendly répertorie les lieux accessibles aux personnes grosses, y compris dans le secteur médical <https://fatfriendly.be>.

COMMENT ÉVALUER L'ADÉQUATION À LA PERSONNE ?

- Ai-je cherché à estimer l'état émotionnel de la patiente pour m'y adapter ?
- Lorsque je ne pouvais pas voir le visage de la personne (par exemple : examen gynécologique), ai-je veillé à questionner la patiente sur son bien-être à des temps différents ?
- En cas de détresse émotionnelle apparente et verbalisée, ai-je pris le temps avec la personne et proposé un autre rendez-vous pour poursuivre tout acte non nécessaire sur le moment ?
- Ai-je demandé à la personne ayant un handicap sensoriel la meilleure manière de communiquer et mis en application ses conseils ?
- Ai-je adapté mon langage si la personne avait l'air de peu saisir ce que j'expliquais ?
- Dans les cas de capacités cognitives et intellectuelles diverses, ai-je été informé·e par son institution ou ses aidant·es de ses droits actuels (décisions de justice, notamment sur le droit de payer elle-même la consultation) et est-ce que je comprends qu'elle a le droit de prendre ses propres décisions sur son corps ?
- Ai-je vérifié que la personne avait compris les informations que je lui avais données ? En cas d'annonce sensible j'ai envoyé une trace écrite pour faire face aux possibles oublis liés au choc ?
- Ai-je demandé de répéter les informations énumérées avec la méthode *teach back*²⁹ ?

29 - Moyen de vérifier la compréhension en demandant aux patient·es d'expliquer avec leurs propres mots ce qu'ils doivent savoir ou faire pour leur santé (voir in *Teach-back method* - Wikipedia, consulté le 21.06.2024).



L'ADÉQUATION AU CONTEXTE

L'adéquation au contexte peut concerner le contexte général de la situation mais également le contexte de la consultation. Le contexte général de la situation peut faire référence à des raisons de consulter, à l'aménagement du lieu. Le contexte de consultation peut faire référence à la pertinence du contexte médical (le besoin ou non de tel acte, l'orientation vers tel acte, etc), le cadre légal, mais aussi la pertinence du soin apporté par rapport à l'état des connaissances actuelles : les recommandations actuelles et pratique dans le cadre de l'*Evidence-Based Medicine*³⁰.

Ce sujet peut être épineux dans le milieu médical car est souvent rapportée la nécessité d'un acte médical ou d'une urgence réelle contre la question du consentement, ou le ou la soignant·e pratique selon les habitudes de soin du service, beaucoup de situations se trouvent en zones perçues comme « grises ».

UNE CONSULTATION OU UN ACTE MÉDICAL EST ADAPTÉ

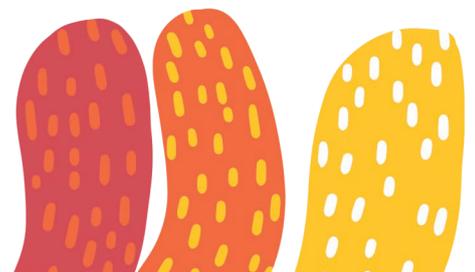
AU CONTEXTE LORSQUE :

- ➔ **L'aménagement de l'espace permet d'avoir une discussion discrète** à l'accueil et dans la salle de consultation / de soin.
- ➔ L'aménagement de l'espace **permet de ne pas mettre en vis-à-vis des femmes aux questions de santé opposées** (par exemple mettre une personne ayant accouché à côté d'une personne qui vient de vivre une grossesse arrêtée ou fausse couche).
- ➔ Le ou la soignant·e **a veillé à être au courant des questions d'anamnèse médicales classiques**.
- ➔ S'est assuré·e d'avoir **compris la demande ou le problème exprimé par la personne**.
- ➔ Le ou la soignant·e **respecte la législation en vigueur** au sujet des droits des patients (libre choix, service de qualité, ...) mais aussi évite tout acte interdit (comme la manoeuvre de Kristeller)³¹.
- ➔ Le ou la soignant·e **respecte au mieux les recommandations médicales et l'evidence based medicine**.
- ➔ **Le ou la soignant·e a permis des moyens respectueux de la pudeur suffisants** à la personne en fonction du besoin de nudité lors de l'acte ou la consultation.
- ➔ **En cas d'urgence, les informations et questions de choix encore possibles ont été abordées.**



30 - L'*evidence-based medicine* ou EBM se définit comme l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient·e. Il s'agit donc de l'intersection entre l'état des données scientifiques actuelles, l'expertise clinique du docteur et les préférences du ou de la patient·e (voir in : *Evidence-based medicine* - Wikipedia, consulté le 21.06.2024).

31 - *En quoi consiste la manoeuvre de Kristeller ?* - Être parents (<https://etreparents.com/>), consulté le 21.06.2024.



COMMENT ÉVALUER L'ADÉQUATION AU CONTEXTE ?

- Est-ce que l'espace d'accueil et de consultation permet une discrétion à la patientèle qui vient discuter ?
- Est-ce que les espaces d'attente et post chirurgie permettent de ne pas regrouper des personnes aux vécus opposés (par exemple : IVG, accouchement et grossesse arrêtée) ?
- Préalablement à l'acte à poser, voire avant la consultation, ai-je pris connaissance du passif de la personne soignée, des éléments qui dépassent le cadre de l'anamnèse médicale classique (pronom, rapport au toucher, langage déclenchant, besoin d'un support explicatif, dysphorie de genre...) ?
- Ai-je veillé à ce que mon soin ou traitement ou geste médical réponde à la demande de la patiente ?
- Ai-je veillé à ce que la personne soit dans un environnement confortable sans témoins non souhaités, ni risque d'irruption dans la pièce ?
- Ai-je évité de demander la nudité lorsqu'elle n'était pas nécessaire ?
- Ai-je laissé la patiente faire elle-même les gestes de déshabillage et d'installation quand elle en était capable ? Ai-je veillé à disposer de moyens respectueux de la pudeur si besoin (tissu à mettre au-dessus des jambes, espace de déshabillage...) ?
- Ai-je demandé l'autorisation de toucher le corps de la patiente à chaque fois que cela devait se produire, en précisant la partie de son corps que j'allais toucher ?
- Ai-je respecté la pudeur psychologique de la personne (vie intime, sexualité, transition, troubles psychologiques...) ?
- Ai-je respecté les dernières recommandations médicales en vigueur, d'après *evidence-based medicine* ?
- Ai-je respecté la temporalité de la situation (s'il y avait urgence, j'ai agi vite, s'il n'y avait pas d'urgence, j'ai pris le temps nécessaire du point de vue médical mais aussi du point de vue du propre *timing* de la patiente) ?
- En cas d'urgence, ai-je donné les informations et tenté de recueillir un consentement à minima de la part de la patiente ?

L'IMPACT

L'impact concerne les conséquences neutres, positives ou négatives suite à un acte médical. Il s'agit d'un impact négatif lorsque des personnes sont lésées et/ou blessées. Cela la peut concerner un état psychologique (peur, colère, etc), un état physique (séquelles, douleurs anormales suite à un acte violent, etc), en lien avec l'acte médical posé. Dans le cas ici étudié, l'impact sur la patiente est central et peut être formulé à différents moments : après une parole de la ou du soignant·e, pendant l'acte ou a posteriori (par exemple par courrier). L'impact peut être d'autant plus négatif lorsqu'il réactive des violences vécues antérieurement, notamment car le soin peut toucher aux parties blessées : violences sexuelles ou violences gynécologiques et obstétricales passées.

Moins l'acte est posé en respect des critères de bientraitance, plus une réactivation de ces traumatismes est possible.

L'impact peut aussi concerner ces tierces personnes et tout particulièrement : des (jeunes) collègues entendant des faits désobligeants concernant une patiente, donnant l'exemple que le respect ne serait pas nécessaire (par exemple : commenter son physique sans qu'elle puisse l'entendre, faire des gestes obscènes dans le dos). Un ou une partenaire qui par exemple peut être le lieu de questionnements inappropriés sur sa compagne ou sur les traitements à suivre sans en parler directement à la patiente. Un·e ou des parent·es qui par exemple peuvent voir leur enfant commenté de manière inapproprié lors d'une échographie.

Il s'agit dans un premier temps d'analyser les impacts que cette situation a pu avoir sur la patiente. Afin d'évaluer si une situation de soins est acceptable de ce point de vue, le *Flag system* propose d'identifier :

- des éventuels signaux de malaise émis par la patiente ;
- le degré d'invasion physique ou psychique de l'acte pour la patiente ;
- la fréquence du comportement ;
- et enfin la compréhension du ou de la professionnel·le de la santé.

Nous supposons qu'une attitude, un comportement ou un acte aura d'autant plus d'impacts négatifs sur la personne :

- **Qu'il est (ou a été) douloureux physiquement ou psychologiquement**, qu'il crée de l'anxiété, une rupture de confiance avec le ou la professionnel·le de la santé ou plus fortement avec le système de santé, qu'il réactive par sa violence ou sa forme de potentielles traumatismes (liés à des vécus de violences sexuelles ou de VGO antérieures).
- **Qu'il est invasif ou atteint l'intégrité ou l'intimité de la personne** : par exemple, des examens vaginaux ou rectaux non-consentis, une épisiotomie ou une césarienne à vif.
- **Qu'il est ou a été fréquent** : par exemple, des examens vaginaux à répétition pendant l'accouchement.
- **Que l'auteur·e de la violence a agi en conscience de l'impact** : par exemple, faire intentionnellement mal pendant une intervention parce que le ou la soignant·e ne valide pas la décision de la patiente.

COMMENT ÉVALUER L'IMPACT ?

- Ai-je l'impression que la patiente est sous le choc à la suite de la consultation ?
- Ai-je repéré des signes de traumatisme ou de retour de mémoire traumatique (sidération, incapacité de bouger, ou réaction forte immédiate ou au contraire totale apathie) et ai-je questionné la patiente pour savoir comment avancer ?
- Ai-je l'impression que le vécu de la consultation n'a pas été le même pour la patiente que pour moi ?
- A-t-elle contacté le service pour faire part d'un vécu difficile ou blessant de consultation ou d'acte médical ?
- Ai-je l'impression que la patiente est en rupture de confiance avec moi-même ou avec le système de santé ?
- Ai-je agi intentionnellement ?
- Est-ce que d'autres personnes rapportent des impacts négatifs (collègues, partenaire de la patiente, parents) ?



SUPPORT #2.2

ANALYSER : ATTRIBUER UN DRAPEAU À UNE SITUATION

Il s'agit ici de comprendre le caractère transgressif ou non par critères d'analyse de la situation.

Aidez-vous à l'aide du Support 2.1 *Analyser : Le gouvernail des 6 critères* qui détaille plusieurs questions à se poser concernant chaque critère. Vous pouvez répondre à ces questions en vous demandant :

- 1 > Est-ce que cette question s'applique bien à la situation ?
- 2 > Si oui, est-ce que nous pouvons répondre oui, cela a été respecté ?

Le tableau ci-dessous permet de penser par catégories quels drapeaux attribuer : vert, jaune, rouge ou bleu, et les raisons pour lesquelles nous attribuons les couleurs peuvent varier en fonction du détail des critères.

L'attribution d'un drapeau dépend du comportement du ou la professionnel·le et du service qui a transgressé ou non les limites.

DRAPEAUX

CRITÈRES



CONSENTEMENT

Consentement clair.

PLEIN GRÉ

Absence de toute forme de contrainte ou de menace, de surprise ou de pression extérieure.

RAPPORT D'ÉGALITÉ

Absence d'abus de pouvoir.

ADÉQUATION À LA PERSONNE / CAPACITÉ D'AGIR

Personne qui jouit de compétences suffisantes pour comprendre la situation, a le sens de ses droits, et peut comprendre la situation, personne qui arrive à accéder au service comme les autres.

ADÉQUATION AU CONTEXTE

Acte adapté au contexte de santé de la personne, aux recommandations médicales et à l'EBM.

IMPACT SUR LES PERSONNES

Absence d'impact préjudiciable (psychique, physique, social) pour la personne.



Absence de consentement clair.

Absence de consentement, refus clair.

Absence de consentement, refus clair et répété.

Usage d'une légère contrainte ou persuasion, la personne concernée peut facilement se soustraire à ce qu'il se passe, le dialogue est possible.

Exercice d'une contrainte exercé par le ou la professionnel·le ou une tierce personne, la personne ne peut pas se soustraire à ce qu'il se passe, le dialogue n'est pas permis.

Contrainte, menace, violence grave.

Soupçons d'abus de pouvoir, existence d'une mise en dépendance vis-à-vis d'une seule personne.

Existence d'une relation d'autorité importante vis-à-vis de la patiente et de ses choix, abus de pouvoir.

Existence d'une relation d'autorité abusive vis-à-vis de la patiente et de ses choix, abus de pouvoir important.

Léger doute sur les compétences de la personne à comprendre la situation, le fonctionnement du service pose soucis pour qu'elle puisse y accéder entièrement.

Doute important concernant les compétences de la personne, le fonctionnement du service pose problème pour qu'elle puisse y accéder.

Personne qui ne jouit pas de compétences suffisantes pour comprendre la situation et n'a pas été accompagnée pour une meilleure compréhension, l'accès n'est pas possible.

Acte qui n'est pas tout à fait adapté au contexte de santé de la personne, mais respecte les recommandations médicales et à l'EBM. Sans risque pour la personne.

Acte qui n'est pas adapté au contexte de santé de la personne, aux recommandations médicales et à l'EBM, potentiels risques pour la personne.

Acte qui n'est pas adapté au contexte de santé de la personne, aux recommandations médicales et à l'EBM et implique des risques de graves conséquences pour la personne.

Existence d'un risque limité de mal-être, ou mal-être limité exprimé par la patiente (psychique, physique, social).

Ou par une personne tierce impactée par le comportement du ou de la soignant·e.

Existence d'un risque réel de préjudice ou d'un préjudice exprimé par la patiente (psychique, physique, social).

Ou par une personne tierce impactée par le comportement du ou de la soignant·e.

Danger élevé et conséquences graves exprimées par la patiente (psychique, physique, social).

Ou par une personne tierce impactée par le comportement du ou de la soignant·e.

POUR ATTRIBUER UN DRAPEAU GLOBAL À LA SITUATION, TENTEZ DE SITUER LA SITUATION DANS UNE DE CES CATÉGORIES



Une situation est classée vert et non problématique si le consentement est respecté (consentement), si aucune forme de pression ou de contrainte n'est exercée (plein gré) et si les deux parties sont sur un pied d'égalité malgré la relation soignant·e/soigné·e (rapport d'égalité). Le comportement doit également être adéquat par rapport à la situation émotionnelle et cognitive (adéquation à la personne), et par rapport au contexte dans lequel il se déroule (adéquation au contexte) et ne causer aucun préjudice psychologique et physique hors des questions médicales (impact).



Une situation est classée jaune et légèrement problématique en l'absence d'un consentement clair (consentement) ou si une forme modérée de contrainte ou de pression est exercée (plein gré), ou s'il y a une légère utilisation du rapport d'inégalité patiente-soignant·e au désavantage de la personne (rapport d'égalité). De même, un comportement pas tout à fait adéquat par rapport à l'état émotionnel ou cognitif (adéquation à la personne) pas tout à fait adéquat par rapport au contexte (adéquation au contexte) ou potentiellement blessant est classé jaune (impact).



Une situation est classée rouge et problématique en l'absence d'un consentement clair (consentement) ou si un acte médical est imposé par la surprise, la force, la pression (plein gré) ou s'il y a une inégalité significative entre les personnes concernées (rapport d'égalité). Les comportements suivants sont également inacceptables : profiter d'un état de faiblesse émotionnelle ou cognitive pour pratiquer l'acte (adéquation à la personne), qui n'est pas adéquat par rapport au contexte (adéquation au contexte) ou qui est susceptible d'entraîner des préjudices physiques, émotionnels ou psychologiques (impact).



Une situation est classée bleue et totalement problématique en l'absence d'un consentement clair (consentement) ou si l'acte est imposé par la menace, l'agression ou la violence (plein gré) ou s'il y a une grande inégalité entre les deux parties (rapport d'égalité). Idem si le comportement n'est pas adéquat par rapport à l'état émotionnel ou cognitif de la personne (adéquation à la personne), s'il n'est pas adéquat par rapport au contexte (adéquation au contexte) ou s'il entraîne des préjudices physiques, émotionnels ou psychologiques graves pour la patiente (impact).

SUPPORT #3

AGIR ET RÉAGIR EN FONCTION DES DRAPEAUX

En tant que professionnel·les de la santé, des soins de qualité doivent être indiqués par une situation dont le drapeau est vert. Dans le cas contraire, certaines actions peuvent être prises, à court (réagir) ou à long terme (agir) afin d'éviter la répétition. Les pistes décrites en fonction des drapeaux peuvent varier selon la discussion d'équipe, les causes et les conséquences de l'acte identifié comme problématique.

Si le nombre de mesures à prendre proposé semble trop important et que le service se sent « submergé » par ces mesures, il faut tenter d'identifier ensemble une étape à prendre dès la sortie de l'exercice. **Une action possible dès à présent - vers la patiente ou dans le service.**

Il est possible de réfléchir aux actions à mettre en place en fonction de la Grille d'Ardoino³² sur les niveaux d'action : individuel, relationnel, groupal, organisationnel, institutionnel, et également sur le moment de la réaction : immédiate ou *a posteriori* dans un temps plus long. Dans les tableaux suivants, nous nous intéresserons à la réaction immédiate au niveau relationnel : entre le ou la soignant·e, son ou sa collègue éventuellement présent·e et la patiente. Et à la réaction à moyen et long terme au niveau organisationnel : au sein du service ou de l'équipe *a posteriori* de l'acte.

RÉACTION IMMÉDIATE AU NIVEAU RELATIONNEL

Cette section concerne une interaction immédiate avec la patiente. Il est central de se rappeler qu'en cas de drapeau jaune, rouge ou bleu, le réflexe peut être de vouloir se justifier et vouloir se faire excuser immédiatement. Ce réflexe est humain mais nie le ressenti et centre la discussion sur le besoin ressenti du ou de la soignant·e de se faire pardonner. **En dehors du cas grave où l'intentionnalité est présente, tout le monde fait des erreurs, l'habitude, un manque d'attention, et plusieurs facteurs de vie peuvent amener ces erreurs. Il est donc important de se concentrer sur la patiente et non sur l'acceptation d'excuses par cette dernière.** Il se peut également que le ou la professionnel·le ait des angles morts sur la vision des choses, du soin, des informations qui ne sont plus à jour, et que qu'il ou elle ne perçoive pas ce que le comportement a provoqué chez l'autre personne. Ce tableau donne donc plutôt des pistes de réflexions pour prévenir le comportement en cas de situation problématique.

32 - Voir par exemple le texte rédigé par l'association des médiateurs en institutions de soins sur la grille d'Ardoino : https://www.mediateurs-amis.be/uploads/Grille_Ardouano_Notes_Fusion.pdf si cette note parle de « conflit » nous invitons plutôt ici à regarder les niveaux de réflexion : individuel, relationnel, groupal, organisationnel, institutionnel, historicité.

POINT D'ATTENTION PAR DRAPEAU

**OBJECTIF VISÉ. LE OU
LA SOIGNANT·E OU TÉ-
MOIN (ex: collègue) DOIT
VIS-À-VIS DE LA PATIENTE
PERMETTRE DE**



**ARRÊTER
OU NE PAS ARRÊTER
LE COMPORTEMENT**

Ne pas arrêter le
comportement.

**METTRE DES MOTS
SUR LE COMPORTEMENT,
EN PARLER**

Nommer les faits, poser des
questions, mieux comprendre
la situation.

**POUVOIR EXPRIMER
SON POINT DE VUE**

Poser des questions sur
les sentiments, pensées,
souhais, interrogations de
la patiente - et éventuel·les
témoin(s).

**SAVOIR QUEL
COMPORTEMENT
EST ACCEPTABLE
ET POURQUOI**

Confirmer ce qui était
médicalement nécessaire et
expliquer pourquoi.

**SAVOIR QUEL
COMPORTEMENT
N'EST PAS ACCEPTABLE
ET POURQUOI**

<p>La priorité doit être mise sur l'écoute de la patiente et la reconnaissance de l'erreur.</p>	<p>La priorité doit être mise sur l'arrêt rapide du comportement et l'écoute de la patiente et la reconnaissance de l'erreur.</p>	<p>La priorité doit être mise sur l'arrêt rapide du comportement et l'écoute de la patiente et la reconnaissance de l'erreur.</p>
		
<p>Si constaté à temps, éventuellement arrêter le comportement.</p>	<p>Si constaté sur le moment, arrêter le comportement, et lorsque c'est possible, temporiser l'acte ou la consultation et proposer un espace de discussion avec un·e collègue.</p>	<p>Si constaté sur le moment, arrêter le comportement, et lorsque c'est possible, temporiser l'acte ou la consultation et proposer un espace de discussion avec un·e collègue.</p>
<p>Nommer les faits, poser des questions, mieux comprendre la situation.</p>	<p>Nommer les faits, poser des questions, mieux comprendre la situation.</p>	<p>Nommer les faits, poser des questions, mieux comprendre la situation.</p>
<p>Poser des questions sur les sentiments, pensées, souhaits, interrogations de la patiente - et éventuel·les témoin(s).</p>	<p>Poser des questions sur les sentiments, pensées, souhaits, interrogations de la patiente - et éventuel·les témoin(s).</p>	<p>Poser des questions sur les sentiments, pensées, souhaits, interrogations de la patiente - et éventuel·les témoin(s).</p>
<p>Confirmer ce qui était nécessaire médicalement et expliquer pourquoi.</p>	<p>Confirmer ce qui était nécessaire médicalement et expliquer pourquoi.</p>	<p>Cette étape est superflue à ce drapeau au vu de sa gravité. Si la demande vient de la patiente, il est possible d'évoquer ce qui était selon vous médicalement nécessaire.</p>
<p>Identifier ce qui était problématique en nommant les critères du gouvernail non respectés et expliquer pourquoi cela était problématique (par exemple : « mes suppositions étaient stéréotypées »).</p>	<p>Identifier ce qui était problématique en nommant les critères du gouvernail non respectés et expliquer pourquoi cela était problématique (par exemple : « cet acte n'était pas en accord avec les recommandations actuelles »).</p>	<p>Identifier ce qui était problématique en nommant les critères du gouvernail non respectés et expliquer pourquoi cela était problématique (par exemple : « je n'ai pas écouté votre refus »).</p>

**SAVOIR DE
QUELLE MANIÈRE
LA SITUATION SERA GÉRÉE**

Discuter des bonnes pratiques
et si elles sont généralisables
au service.

**BÉNÉFICIER
D'UN SUIVI**

33 - Attention au cadre de médiation mis en place dans votre service ou institution. Si celle-ci est opérée dans un cadre d'important mélange d'intérêts (le ou la médiateur-riche fait partie du service), alors exprimer cette complexité à la victime. Il est nécessaire de faire appel à un-e médiateur-riche multipartial-e.

34 - Attention, une aide n'est pas efficace si elle est imposée, il est important de respecter les souhaits de la patiente. Ce n'est peut être pas par le service qui lui a causé un mal qu'elle veut être réorientée.

35- Rédiger un rapport : importance de faire le suivi, noter tout ce qui s'est passé, avoir des informations sur la fréquence des comportements, le nombre d'interpellations, les circonstances. Le rapport peut être interne ou externe dans le cas notamment d'un drapeau bleu, auprès de l'ordre professionnel du corps de métier concerné.

36 - *Op. cit.*

37 - *Op. cit.*

38 - *Op. cit.*

Se mettre d'accord sur les conditions pour que la situation ne se répète pas.

Expliquer les conséquences : les mesures que vous projetez de prendre au sortir du rendez vous (par exemple : « réviser le cadre légal sur la stérilisation volontaire »).

Répondre aux demandes selon les options proposées (par exemple : être orienté·e vers un·e collègue pour le prochain rdv).

Se mettre d'accord sur les conditions pour que la situation ne se répète pas.

Expliquer les conséquences : les mesures que vous projetez de prendre au sortir du rendez vous (par exemple : « en référer à mon équipe pour prendre des mesures afin que cette situation ne se reproduise pas »).

Proposer une aide ou une médiation.³³

Proposer d'orienter la patiente vers une aide externe au service.³⁴

Informeur sur l'éventualité de la rédaction d'un rapport.³⁵

Expliquer que la patiente n'est pas obligée de payer la consultation.

Se mettre d'accord sur les conditions pour que la situation ne se répète pas.

Expliquer les conséquences : les mesures que vous projetez de prendre au sortir du rendez vous (par exemple : en référer à mon supérieur).

Proposer une aide ou une médiation.³⁶

Proposer d'orienter la patiente vers une aide externe au service.³⁷

Informeur sur l'éventualité de la rédaction d'un rapport.³⁸

Expliquer que la patiente n'est pas obligée de payer la consultation.

Offre de suivi : demander quel suivi est désiré pour la suite. Si elle souhaite un entretien pour discuter des suites données par exemple.

Pour le ou la soignant·e : chercher un suivi auprès de collègues, ou d'intervisions pour débriefing et implémenter les mesures mentionnées.

Offre de suivi : demander quel suivi est désiré pour la suite. Si elle souhaite un entretien pour discuter des suites données par exemple.

Pour le ou la soignant·e : chercher un suivi auprès de collègues, ou d'intervisions pour débriefing et implémenter les mesures mentionnées.

RÉACTION À MOYEN ET LONG TERME AU NIVEAU ORGANISATIONNEL

Cette section concerne une réaction dans un temps plus long, à moyen ou long terme. Elle permet de réfléchir à ce que l'organisation : ici le service, l'équipe, ou toute autre organisation autour du ou de la soignant·e, peut proposer et mettre en place afin d'aller vers des drapeaux verts.

POINT D'ATTENTION PAR DRAPEAU

**OBJECTIF VISÉ
- L'ORGANISATION
DOIT PERMETTRE DE**



**ARRÊTER OU OU NE PAS
ARRÊTER
LE COMPORTEMENT**

**METTRE DES MOTS
SUR LE COMPORTEMENT,
EN PARLER**

**POUVOIR EXPRIMER
SON POINT DE VUE**

Discuter avec le ou la soignant·e de son point de vue.

Avoir les informations de retour sur l'avis de la patiente (propos rapportés, témoignage, courrier...).

**SAVOIR QUEL
COMPORTEMENT EST
ACCEPTABLE ET POURQUOI**

Nommer les comportements qui étaient nécessaires médicalement et en accord avec les critères du gouvernail.

**SAVOIR QUEL
COMPORTEMENT N'EST
PAS ACCEPTABLE
ET POURQUOI**

<p>La priorité doit être mise sur un accord en équipe sur ce type de situations.</p>	<p>La priorité doit être mise sur la non répétition et fixer une limite claire avec la personne responsable du comportement tout en l'informant des raisons.</p>	<p>La priorité doit être mise sur la non répétition et fixer une limite claire avec la personne responsable du comportement tout en l'informant des raisons.</p>
		
<p>Demander à éventuellement arrêter le comportement.</p>	<p>Demander à arrêter ce type de comportement pour la suite.</p>	<p>Demander à arrêter ce type de comportement pour la suite.</p>
<p>Nommer les faits pratiques et les détailler.</p>	<p>Nommer les faits pratiques et les détailler.</p>	<p>Nommer les faits pratiques et les détailler.</p>
<p>Discuter avec le ou la soignant·e de son point de vue.</p> <p>Avoir les informations de retour sur l'avis de la patiente (propos rapportés, témoignage, courrier...).</p>	<p>Discuter avec le ou la soignant·e de son point de vue.</p> <p>Avoir les informations de retour sur l'avis de la patiente (propos rapportés, témoignage, courrier...).</p>	<p>Discuter avec le ou la soignant·e de son point de vue.</p> <p>Avoir les informations de retour sur l'avis de la patiente (propos rapportés, témoignage, courrier...).</p>
<p>Nommer les comportements qui étaient nécessaires médicalement et en accord avec les critères du gouvernement.</p>	<p>Nommer les comportements qui étaient nécessaires médicalement et en accord avec les critères du gouvernement.</p>	<p>Nommer les comportements qui étaient nécessaires médicalement et en accord avec les critères du gouvernement.</p>
<p>Nommer les comportements qui ne sont pas en accord avec les critères du gouvernement.</p> <p>Donner des conseils pour la suite sur ce type de comportement pour le ou la soignant·e dans le service.</p>	<p>Nommer les comportements qui ne sont pas en accord avec les critères du gouvernement.</p> <p>Mettre des limites pour la suite sur ce type de comportement pour le ou la soignant·e et dans le service.</p>	<p>Nommer les comportements qui ne sont pas en accord avec les critères du gouvernement.</p> <p>Mettre des limites pour la suite sur ce type de comportement pour le ou la soignant·e et dans le service.</p>

**SAVOIR DE QUELLE
MANIÈRE LA SITUATION
SERA GÉRÉE**

Discuter des bonnes pratiques et si elles sont généralisables au service.

**BÉNÉFICIER
D'UN SUIVI**

Trouver une manière de récolter les avis des patientes (boîte anonyme, questionnaires de qualité mentionnant la relation patiente-soignant·e...).

39 - Rédiger un rapport : importance de faire le suivi, noter tout ce qui s'est passé, avoir des informations sur la fréquence des comportements, le nombre d'interpellations, les circonstances. Le rapport peut être interne ou externe dans le cas notamment d'un drapeau bleu, auprès de l'ordre professionnel du corps de métier concerné.

Se mettre d'accord avec le ou la soignant·e sur la manière dont il·elle peut adapter son comportement et ses besoins à cet effet.

Se mettre d'accord avec le ou la soignant·e sur la manière dont il·elle peut adapter son comportement et ses besoins à cet effet.

Expliquer les conséquences si le comportement persiste mais également si le comportement change en positif. Chercher collectivement avec la personne concernée les objectifs, le tempo, les méthodes.

Intensifier l'accompagnement, faire attention au suivi et à la réparation.

Rédiger un rapport interne et éventuellement externe.

Rédiger un rapport.³⁹

Vu la gravité de ce drapeau, il est nécessaire de considérer le danger plus large pour la patientèle.

La capacité de changement à court terme reste limitée.

Se mettre d'accord avec le ou la soignant·e sur la manière dont il·elle peut adapter son comportement et ses besoins à cet effet.

Expliquer les conséquences si le comportement persiste mais également si le comportement change en positif.

Chercher collectivement avec la personne concernée les objectifs, le tempo, les méthodes.

Prendre des mesures disciplinaires, limiter le champ d'action du ou de la professionnel·le pendant un temps défini.

Dans le cas d'un drapeau bleu, la rédaction d'un rapport est nécessaire.

Faire appel à la police, à la justice : dans les cas de transgressions graves il est nécessaire de signaler les faits en justice (par exemple : abus sexuels sur la patientèle).

Éventuellement contacter la patiente afin de proposer de débriefer de l'acte problématique.

Offrir un suivi pour le ou la soignant·e selon ses besoins pour changer le comportement : formation pour le renforcement de compétences ou de connaissances, participation à un GLEM, etc.

Trouver une manière de récolter les avis des patientes (boîte anonyme, questionnaires de qualité mentionnant la relation patiente-soignant·e...).

Éventuellement contacter la patiente afin de proposer de parler des suites de cet acte grave.

Offrir un suivi pour le ou la soignant·e selon ses besoins pour changer le comportement : formation pour le renforcement de compétences ou de connaissances, participation à un GLEM, etc.

Et un suivi concernant son travail et les éventuels risques de répétition : intervision, supervision, etc.

Trouver une manière de récolter les avis des patientes (boîte anonyme, questionnaires de qualité mentionnant la relation patiente-soignant·e...).

Contacteur la patiente afin de proposer de parler des suites de cet acte très grave.

Proposer un suivi avec le ou les responsables du comportement pour suivre les suites du dossier, les objectifs de changement, et le cas échéant les suites disciplinaires.

Trouver une manière de récolter les avis des patientes (boîte anonyme, questionnaires de qualité mentionnant la relation patiente-soignant·e...).

POUR ALLER PLUS LOIN...

LE CAS DU DÉSACCORD TOTAL DE L'ÉQUIPE SUR LES ACTIONS À PRENDRE

Une situation peut mener à un désaccord sur les faits et les solutions. La Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial (FCPPF) a récemment mis au point un *toolkit*⁴⁰ permettant de réfléchir au « plus petit pas » possible vers le changement de comportement ou de vision qui ferait consensus dans l'équipe.

L'ÉCOUTE DES VICTIMES

L'outil DPO (Détecter Prendre en charge Orienter)⁴¹ développé par la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial (FLCPF) donne des principes importants sur la manière d'écouter des victimes de violences conjugales et violences sexuelles. Les conseils d'écoute et de posture peuvent être utilisés également dans le contexte d'une victime de VGO cherchant de l'aide. Nous vous encourageons donc à imprimer cet outil et à le lire en équipe afin de définir vous informer.



À SAVOIR

Au moment de la rédaction de cet outil, les organismes s'occupant des violences de genre comme les violences sexuelles ne sont pas encore spécifiquement formé·es à l'accueil des victimes de VGO. Ceci dit, partir des besoins exprimés par la victime est primordial, l'orienter vers un service d'aide psychologique et sociale ou juridique peut permettre une réorientation secondaire par la suite.

40 - FCPPF, outil *Leur corps, leurs droits ! : toolkit pour les soignant·es*, 2023, disponible en téléchargement gratuit : <https://fcppf.be/produit/leur-corps-leurs-droits-toolkit-pour-les-soignant%C2%B7es-2/>

41 - FLCPF, outil *Détection, Prise en charge & Orientation des victimes (DPO)*, 2021, disponible en téléchargement gratuit : <https://www.planningfamilial.net/thematiques/violences/outil-dpo/>

SUPPORT #4

EXEMPLES DE SITUATIONS LES DRAPEAUX EN ACTION



LE DRAPEAU VERT



Dans le système des drapeaux, une situation est classée verte et non problématique si le consentement est respecté (consentement), si aucune forme de pression ou de contrainte n'est exercée (plein gré) et si les deux parties sont sur un

ped d'égalité malgré la relation soignant·e/soigné·e (rapport d'égalité). Le comportement doit également être adéquat par rapport à la situation émotionnelle et cognitive (adéquation à la personne), et par rapport au contexte dans lequel il se déroule (adéquation au contexte) et ne causer aucun préjudice psychologique et physique hors des questions médicales (impact).

Un obstétricien demande à une dame si elle est d'accord de recevoir une épisiotomie en urgence afin de remédier à une détresse du bébé.

Les questions de consentement et de bienveillance médicale sont souvent mises en avant comme incompatibles avec l'urgence médicale ou une violence intrinsèque aux actes médicaux, à l'accouchement etc. Or, demander un consentement peut être très bref si on a expliqué les termes à l'avance, les risques et bénéfices des procédures qui sont courantes. Cela permet un consentement éclairé, même dans des situations d'urgence.

EN FONCTION DES CRITÈRES

⊙ **Consentement**

OK - Le consentement est informé et demandé.

⊙ **Plein gré**

OK - Il s'agit d'une situation amenant des pressions intrinsèques pour la patiente, si le temps possible a été pris pour demander et recevoir l'accord, le plein gré est respecté.

⊙ **Rapport d'égalité**

OK - Pas d'abus de pouvoir.

⊙ **Adéquation à la personne -/ Capacité d'agir**

OK - Malgré la situation stressante on considère qu'elle peut répondre, il s'agit de son corps et de son choix.

⊙ **Adéquation au contexte**

OK - Nécessaire médicalement sur le moment.

⊙ **Impact**

OK - Si suivi médical et à discuter avec la patiente a posteriori.

EXEMPLES DE RÉPONSES

1

Envers les professionnel·les impliqués : un comportement en drapeau vert ne nécessite pas de changement.

2

Envers la patiente : s'assurer *a posteriori* d'une écoute et d'un retour par rapport à l'acte et l'accouchement en général (réitérer à plusieurs mois pour plus de recul), s'assurer d'informer la patiente sur le suivi nécessaire de la suture post épisiotomie.

3

Organisationnel : un comportement en drapeau vert doit être également non problématique au sein de votre structure. Définir dans la politique de votre structure quels comportements sont non problématiques, dans quel contexte et sous quelles conditions.

LE DRAPEAU JAUNE



Une situation est classée jaune et légèrement problématique en l'absence d'un consentement clair (consentement) ou si une forme modérée de contrainte ou de pression est exercée (plein gré), ou s'il y a une légère

utilisation du rapport d'inégalité soignant-e/soignée au désavantage de la personne (rapport d'égalité). De même, un comportement pas tout à fait adéquat par rapport à l'état émotionnel ou cognitif (adéquation à la personne) pas tout à fait adéquat par rapport au contexte (adéquation au contexte) ou potentiellement blessant est classé jaune (impact).

Lors d'un suivi de routine d'une patiente, sa gynécologue fait un commentaire sur la fertilité probablement en baisse de la patiente sans qu'il n'y ait eu de demande de sa part à ce sujet.

Quand on exerce sa pratique depuis longtemps, il est possible d'avoir des automatismes autour des questions que certaines personnes nous ont posées. Par exemple ici, la gynécologue a pu entendre des inquiétudes autour de la fertilité, en baisse, de personnes d'âge similaire et présume qu'il serait donc important de l'avertir. L'habitude mais aussi le fait de connaître le parcours de vie de la patiente peut amener à présumer « la prochaine étape de vie » que celle-ci prendra (par exemple : union récente).

EN FONCTION DES CRITÈRES

⊙ **Consentement**

-/+ **OK** - Il n'y a pas eu de demande de la patiente mais il ne s'agit pas d'un acte requérant consentement.

⊙ **Plein gré**

Pas OK - Une forme de pression est exercée par la gynécologue sur une injonction à avoir des enfants.

⊙ **Rapport d'égalité**

-/+ **OK** - La gynécologue amène ici des informations non sollicitées et ne remet pas forcément sa position en question.

⊙ **Adéquation à la personne / Capacité d'agir**

+/- **OK** - La patiente n'est pas dans une situation spécifiquement dure mais on ne connaît pas son passif sur la question de la fertilité (passée par des IVG ? pression d'un conjoint pour avoir des enfants ?)

⊙ **Adéquation au contexte**

Pas OK - Une consultation de routine ne veut pas dire que la personne cherche à connaître son évolution de fertilité.

⊙ **Impact**

Pas OK - Peut être perçu comme un commentaire déplacé, une injonction à se reproduire pour les femmes.

EXEMPLES DE RÉPONSES

1

Envers les professionnel·les impliqué·es : penser à la fréquence de ce type de commentaires non sollicités que l'on peut avoir dans sa pratique, essayer de freiner ce réflexe en se demandant pourquoi cela nous dérange, la prochaine fois laisser à la patiente l'espace de faire ses demandes sur les sujets de son choix.

2

Envers la patiente : si elle revient, demander si elle veut revenir sur ce qu'il s'est passé et reconnaître son tort s'il est identifié comme tel. Ne pas insister si la personne souhaite être réorientée vers un confrère ou une consoeur ou ne pas en reparler.

3

Organisationnel : se faire former (seul·e ou en équipe) sur les injonctions faites aux femmes et l'écoute des demandes.

LE DRAPEAU ROUGE



Une situation est classée rouge et problématique en l'absence d'un consentement clair (consentement) ou si un acte médical est imposé par la surprise, la force, la pression (plein gré) ou s'il y a une inégalité significative

entre les personnes concernées (rapport d'égalité). Les comportements suivants sont également inacceptables : profiter d'un état de faiblesse émotionnelle ou cognitive pour pratiquer l'acte (adéquation à la personne), qui n'est pas adéquat par rapport au contexte (adéquation au contexte) ou qui est susceptible d'entraîner des préjudices physiques, émotionnels ou psychologiques (impact).

Lors d'un examen de datation d'une grossesse, la praticienne utilise une sonde échographique. La patiente pleure et dit avoir mal. La praticienne ne relève pas et continue l'examen.

La prise en charge de la douleur physique est centrale à des soins effectués dans un cadre non violent et bienveillant. Une réaction comme des pleurs est peut être dû à une souffrance psychique ou physique et doivent questionner les actes en train d'être pratiqués. Prendre le temps de questionner la personne sur un possible arrêt de l'examen est central dans ce scénario.

EN FONCTION DES CRITÈRES

⊙ **Consentement**

Pas OK - Si la patiente a peut être pu consentir à l'examen, elle pleure et dit avoir mal, ce qui doit amener une discussion sur continuer ou non l'examen et dans quelles conditions.

⊙ **Plein gré**

Pas OK - La force est utilisée pendant le déroulement de cet examen.

⊙ **Rapport d'égalité**

Pas OK - Le pouvoir ici de la praticienne qui manipule la machine rend inégale la situation par rapport à la patiente. C'est un abus de pouvoir.

⊙ **Adéquation à la personne / Capacité d'agir**

Pas OK - Ici une détresse physique et émotionnelle est exprimée mais la praticienne continue et ignore.

⊙ **Adéquation de l'acte médical/ du comportement**

Pas OK - Il n'y a ici pas d'urgence à continuer l'examen dans de telles conditions.

⊙ **Impact**

Pas OK - Il n'y a pas de respect de la douleur de la personne. Il n'y a pas de respect de l'intégrité physique et psychique de la patiente, les impacts traumatiques peuvent être importants et une perte de lien avec les suivis de santé dans le futur est possible. Des collègues témoins pourraient également être choqué-es, penser que c'est la manière dont on traite les patientes.

EXEMPLES DE RÉPONSES

1

Envers les professionnel·les impliqués : ne plus répéter cette situation. Chercher conseil auprès de son équipe ou de son service pour prendre du recul envers sa pratique. Essayer de se mettre à la place de la patiente. Penser à la fréquence de verbalisation ou de pleurs de la part des personnes que l'on a suivies ou examinées, est-ce que l'on ignore toujours ? Qu'est ce qui a poussé à ignorer ce jour-là et comment changer cela ?

2

Envers la patiente : laisser l'espace de réparation ouvert, faire un suivi sur les retours reçus. Si elle revient, demander si elle veut revenir sur ce qu'il s'est passé et reconnaître son tort s'il est identifié comme tel. Ne pas insister si la personne souhaite être réorientée vers un confrère ou une consœur ou ne pas en reparler.

3

Organisationnel : se former (seul·e ou en équipe) sur les questions de gestion de la douleur et d'écoute des patientes.

LE DRAPEAU BLEU



Une situation est classée bleue et totalement problématique en l'absence d'un consentement clair (consentement) ou si l'acte est imposé par la menace, l'agression ou la violence (plein gré) ou s'il y a une grande inégalité

entre les deux parties (rapport d'égalité). Idem si le comportement n'est pas adéquat par rapport à l'état émotionnel ou cognitif de la personne (adéquation à la personne), s'il n'est pas adéquat par rapport au contexte (adéquation au contexte) ou s'il entraîne des préjudices physiques, émotionnels ou psychologiques graves pour la patiente (impact).

Une institution amène une femme ayant des déficiences intellectuelles en consultation, l'accompagnante demande à stériliser la patiente et explique qu'il s'agit de sa demande. Le médecin engage la procédure sans poser de question.

La personne qui devrait opérer des choix pour sa santé et ses droits sexuels et reproductifs est ici niée. Personne n'a permis l'échange lors du rendez-vous afin que cette personne soit informée à hauteur de ce qu'elle peut comprendre, le médecin semble se ranger du côté de l'accompagnante. Une situation de pression est bien présente et non consentie par la patiente. Par ailleurs, la stérilisation volontaire, si elle est légale pour tous et toutes, ce n'est pas le cas pour certaines personnes ayant des déficiences intellectuelles (décision du juge de paix). Cette situation se rapporte à une pression vers une stérilisation forcée.

EN FONCTION DES CRITÈRES

☉ **Consentement**

Pas OK - Le consentement n'a ni été informé ni demandé à la patiente.

☉ **Plein gré**

Pas OK - La personne a fait l'objet de pressions et de contraintes totales en n'ayant aucun espace de compréhension et de discussion.

☉ **Rapport d'égalité**

Pas OK - Il s'agit ici d'un abus de pouvoir, de la part de l'accompagnante et du médecin, sur les droits et la santé sexuelle et reproductive de la patiente.

☉ **Adéquation à la personne / Capacité d'agir**

Pas OK - Il n'y a aucune adéquation aux capacités cognitives de la dame, on ne sait pas ce qu'elle a pu comprendre ou non de cette interaction entre le médecin et l'accompagnante.

☉ **Adéquation au contexte**

Pas OK - Le contexte de consultation n'est pas un lieu où une personne prend une décision pour une autre, un moment individuel n'a pas été permis. Il n'y a pas d'urgence à engager un processus de stérilisation. Le contexte légal n'a pas été respecté également (il semble aller vers la stérilisation forcée).

☉ **Impact**

Pas OK - La patiente va se sentir niée dans ses éventuels projets de vie. Elle peut vivre de grandes souffrances psychiques. Cela peut amener une rupture totale de confiance avec le milieu médical. Par ailleurs, l'accompagnante est validée dans son comportement par le médecin, cela ne mènera qu'à répéter le comportement avec elle ou d'autres femmes.

EXEMPLES DE RÉPONSES

1

Envers les professionnel·les impliqué·es : ne plus répéter cette situation. Le professionnel doit changer sa posture envers les femmes ayant des déficiences intellectuelles et mieux comprendre la loi concernant leurs droits sexuels et reproductifs. Il est possible de se former et/ou de discuter avec des pairs sensibilisés.

2

Envers la patiente : s'il est encore possible de prendre contact avec la patiente, s'assurer de permettre un rendez-vous individuel dans peu de temps. Utiliser des outils disponibles pour le « facile à comprendre ». Discuter de son choix, de l'impact d'un tel acte et comprendre où elle se situe. Faire un rapport informé à l'institution sur le refus de la patiente le cas échéant.

3

Organisationnel : il existe éventuellement un problème de compréhension légale et des conditions d'accueil de personnes vivant avec un handicap. Il est nécessaire de se poser des questions en équipe (s'il y en a une) et de chercher un accompagnement pour transformer les pratiques. Il peut être utile d'engager une discussion avec l'institution qui a amené la patiente afin de les informer que leurs pratiques ne sont pas légales.

SUPPORT #5

SUPPORT VIERGE DE PRISE DE NOTES

DESCRIPTIF DE LA SITUATION

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CRITÈRES D'ANALYSE ET SITUATION DÉTAILLÉE (SUPPORT 2.1)

Selon les critères :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[gouvernail avec critères nommés et espace d'écriture pour détailler]

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DRAPEAUX (SUPPORT 2.2)

Drapeaux par critères :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Drapeau global :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AGIR ET RÉAGIR (SUPPORT 3.1)

Ce que nous aurions pu améliorer en amont :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ce que nous aurions pu améliorer sur le moment :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ce qui est à améliorer pour la suite :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

POUR ALLER PLUS LOIN...

...D'AUTRES OUTILS

Zones à défendre, manuel d'autodéfense féministe dans le cadre des consultations en santé sexuelle et reproductive, 2021

<https://www.femmesetsante.be/ressources/zones-a-defendre>

FCPPF, outil *Leur corps, leurs droits ! : toolkit pour les soignant-es*, 2023, disponible en téléchargement gratuit

<https://fcppf.be/produit/leur-corps-leurs-droits-toolkit-pour-les-soignant%C2%B7es-2>

FLCPF, outil *Détection, Prise en charge & Orientation des victimes (DPO)*, 2021, disponible en téléchargement gratuit

<https://www.planningfamilial.net/thematiques/violences/outil-dpo>

Regroupement Naissance Respectée, Québec, cahiers de formation

<https://www.naissancesrespectees.org>

Outil du *Projet Implicit*, de l'Université d'Harvard, Etats Unis

<https://implicit.harvard.edu/implicit/takea-touchtestv2.html>

Outil du projet Shortcog sur les biais cognitifs, Québec

<https://www.shortcogs.com>

La cartographie de Fat Friendly asbl

<https://fatfriendly.be/map>

Fiches conseil sur le suivi médical des personnes en situation de handicap à destination du monde médical

<https://handiconnect.fr/fiches-conseils>

...ET RÉFÉRENCES MENTIONNÉES

Vuille, M. Gynécologie. Dans : Juliette Rennes éd., *Encyclopédie critique du genre* (pp. 283-292), Paris : La Découverte, 2016

<https://doi.org/10.3917/dec.renne.2016.01.0283>

Barbara Ehrenreich et Deirdre English, *Fragiles et contagieuses : le pouvoir médical et le corps des femmes*, 2016

PCNR, *Accoucher en Belgique francophone avant et pendant le COVID, Eléments clés (synthèse de l'étude)*, Novembre 2021

<https://www.naissancesrespectee.be/wp-content/uploads/2022/03/PCNR-synthese-Rapport-WEB-2-1.pdf>

Haut Conseil à l'égalité (HCE), *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*. Paris : HCE, 2018. p.164, rapport n° 2018-06-26-SAN-034

Prémisse asbl, *Touche pas à mon corps sans mon accord*, Rachida Essannarhi, 2019, Bruxelles, <https://premise.be/wp-content/uploads/2019/01/BrochurePremise-webFR.pdf>

Femmes et Santé, le CRHS et Handicaps et Santé, *Violences gynécologiques et obstétricales vécues par les femmes avec une déficience intellectuelle vivant en institution*, mars 2023.

<https://www.femmesetsante.be/ressources/vgo-vecues-par-les-femmes-avec-une-deficience-intellectuelle-vivant-en-institution>

M. Winckler, *Brutes en blanc*, 2016



FEMMES ET SANTÉ

Femmes et Santé asbl soutient une approche féministe de promotion de la santé. Elle interroge la médicalisation des cycles de vie des femmes et l'impact du genre sur leur santé. Femmes et Santé a développé une expertise sur la question des violences gynécologiques et obstétricales suites aux témoignages de femmes, demandes de professionnel·les.

Contactez-nous à l'adresse : info@femmesetsante.be



Plateforme
citoyenne pour
une naissance
respectée

LA PLATEFORME CITOYENNE POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE (PCNR)

La PCNR est un collectif regroupant des usagères, professionnel·les de la santé, associations, féministes. Elle rappelle le droit des femmes à choisir les circonstances de leur accouchement dans l'intérêt des nouveau-nés, des mères et de leur partenaire. Elle défend l'accès à des services de santé de qualité et le droit des femmes à être actrices de leur grossesse, de leur accouchement et plus généralement des toutes les étapes de leur vie sexuelle et reproductive.

Contactez-nous à l'adresse : info@naissancerespectee.be



BRUXELLES LAÏQUE ASBL

Asbl chargée de la promotion de la laïcité en Région bruxelloise qui bénéficie d'un fort ancrage dans le réseau francophone et se bat pour l'autodétermination des individus, les droits des patient·es et dénonce les mécanismes discriminatoires.

Contactez-nous à l'adresse : bruxelles.laique@laicite.be
ou au 022896900



CENTRE DE RESSOURCES HANDICAPS ET SEXUALITÉS (CRHS)

Le CRHS s'adresse à toute personne concernée de près ou de loin par la vie affective, relationnelle et sexuelle des personnes en situation de handicap. Plus précisément, il répond à toute demande formulée par des personnes vivant elles-mêmes une situation de handicap, leurs proches, les professionnel·les et futur·es professionnel·les du secteur du handicap, de la santé, les travailleurs·euses du sexe, les politicien·nes, etc. Face à ces demandes, le CRHS joue essentiellement un rôle d'écoute, d'information, de relais et de sensibilisation.

Contactez-nous à l'adresse : info@handicaps-sexualites.be
ou au 0478390637



LE GROUPE D'ACTION DES CENTRES EXTRA HOSPITALIERS PRATIQUANT L'AVORTEMENT (GACEHPA)

Le GACEHPA est une asbl qui regroupe les centres de planning familial francophones de Belgique, qui pratiquent l'avortement en dehors des hôpitaux en Wallonie et à Bruxelles. Il milite pour un meilleur accès à un avortement de qualité et respectueux des personnes.

Contactez-nous à l'adresse : gacehpa@gmail.com
ou au 025027207

Le présent outil est une adaptation de la méthodologie du *Flag system* dans le contexte de la consultation en santé sexuelle et reproductive. Il cible les professionnel·les de la santé qui exercent dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive : médecins, gynécologues, obstétricien·nes, sages-femmes, infirmier·ières, etc.

Il sert à toute personne ou groupe souhaitant réfléchir à l'impact et les alternatives éventuelles de certains actes dans sa pratique de soins en santé sexuelle et reproductive.

Le *Flag system* dans le cadre de la relation de soin en santé sexuelle et reproductive sert à :

- ➔ évaluer le caractère problématique ou non d'un comportement dans la relation de soin en santé sexuelle et reproductive au travers de 6 critères ;
- ➔ évaluer la gravité de celui-ci en attribuant un des 4 drapeaux (vert, jaune, rouge, bleu) ;
- ➔ identifier des lignes directrices quant à la manière d'y réagir (en fonction de la couleur du drapeau attribué).

Ce projet a été piloté par Femmes et Santé asbl et réalisé avec l'étroite collaboration de la Plateforme Citoyenne pour une Naissance Respectée, Bruxelles Laïque, le Centre de Ressources Handicaps et Sexualités et le GACEHPA.

Cet outil a été réalisé avec le soutien de la politique fédérale pour l'égalité des genres.

