

JE VOIS, J'AGIS

INTERVENIR EN TÉMOIN DE VIOLENCES OBSTÉTRICALES



Manuel destiné
aux professionnel·les
de la périnatalité

Rédactrices

Miriam Ben Jattou (Femmes de droit), Julia De Clerck (Femmes et Santé), Sophie Evrard (Henallux), Madeleine Linard (Plateforme citoyenne pour une naissance respectée), Charline Marbaix (Promo Santé et Médecine générale), Lucie Richard (Vinci), Fabienne Richard (GAMS Belgique / CeMAViE, CHU Saint-Pierre), Svetlana Sholokhova (Mutualité chrétienne), Hélène Sinan (Plateforme citoyenne pour une naissance respectée), Dorothee Van Avermaet (Garance), Charlotte Verdin (Plateforme citoyenne pour une naissance respectée), Irene Zeilinger (Garance)

Relecteurs·rices

Pierre Bindels, Daniela Bishop, Laura Boucher, Julie Buisson (Le Chien vert), Eric Cavatorta, Zoé Cleeren (Femmes et Santé), Muriel Conrard, Florence Degavre (UCL), Astrid Dewulf, Elena Diouf (Femmes et Santé), Catherine Donner (ULB), Jeanne Dujardin, Charlotte de Gelas, Anne Evrard (CIANE), Meredith Goffin, Bénédicte Goubau, Vanessa Guyot, Bénédicte Jacobs, Milena Jarosik (Henallux), Marie Kirsch, Marc Lancharro, Véronique Masson, Alexandra Moonens (Handicap et sexualités), Stephen O'Brien, médecin généraliste, Hélène Reul, Aline Schoentjes (Birth Matters / Amala), Alice Van Dormael

Éditrice responsable

Charlotte Verdin, Plateforme citoyenne pour une naissance respectée

Illustrations et mise en page

Marina Le Floch - lebruitdesimages.com

Date de publication : Juin 2025

DISCLAIMER

Des expert·es ont été entendu·es et consulté·es tout au long du projet. Leurs apports et analyses ont contribué à l'élaboration des propositions et de l'approche présentée.

La version finale résulte d'un consensus. Elle a été soumise au comité de pilotage pour validation. Les membres du comité de pilotage ne sont pas co-auteurs·rices du manuel et n'étaient pas nécessairement tous·tes en accord avec l'ensemble de son contenu.

La Plateforme citoyenne pour une naissance respectée et Femmes et Santé assument l'entière responsabilité des éventuelles erreurs ou omissions, ainsi que des recommandations adressées aux autorités publiques.

Avec le soutien de la Région wallonne
et de la COCOF



JE VOIS, J'AGIS

INTERVENIR EN TÉMOIN DE VIOLENCES OBSTÉTRICALES



NOTE SUR L'ÉCRITURE INCLUSIVE ET L'USAGE DU GENRE DANS CE DOCUMENT

Dans un objectif de représentation et d'inclusion, ce document utilise l'écriture inclusive, reflétant la diversité des personnes concernées.

Nous utiliserons le mot « femmes » pour désigner les personnes assignées femmes de par leur sexe, bien que nous considérons que « masculin/féminin, mâle/femelle sont les catégories qui servent à dissimuler le fait que les différences sociales relèvent toujours d'un ordre économique, politique et idéologique. »¹

Le terme « usagères » est ici employé au féminin pour désigner les femmes cisgenres². Cependant, les violences gynécologiques et obstétricales concernent également les personnes transgenres et non binaires.

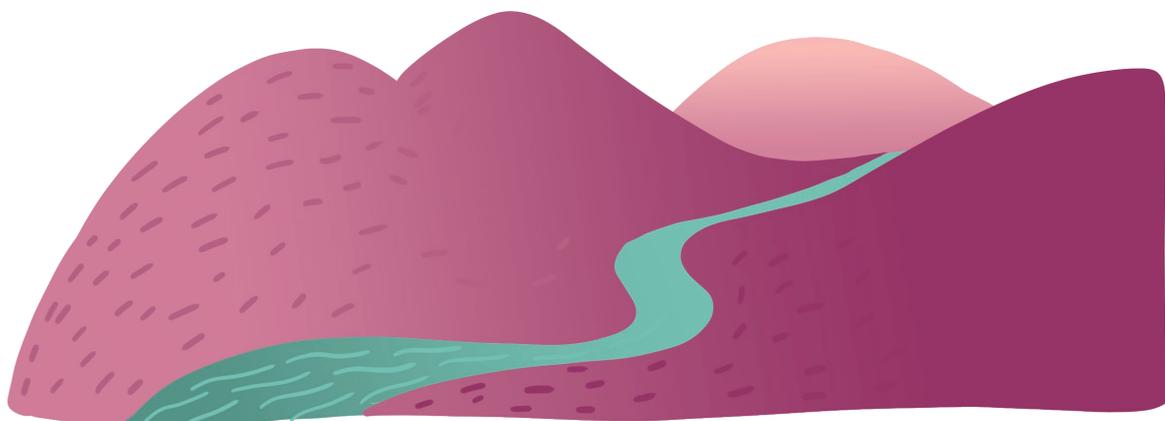
De même, nous emploierons le féminin pour évoquer les sages-femmes, profession composée majoritairement de femmes.

Enfin, nous utilisons dans ce document le pronom « iel » ou « iels » de manière à inclure explicitement l'ensemble des identités de genre sans privilégier le masculin ou le féminin.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	6
Pourquoi ce manuel ?.....	7
Comment a-t-il été conçu ?.....	8
À qui s'adresse-t-il ?	8
Comment l'utiliser ?	9
CADRE THÉORIQUE	11
Violences obstétricales	12
Origine systémique	19
Conclusion	22
ÉVALUER DES SITUATIONS AVEC LE SYSTÈME DES DRAPEAUX.....	23
Drapeaux.....	24
Critères d'évaluation	25
CADRE JURIDIQUE	33
Cadre déontologique	33
Cadre civil	36
Cadre pénal.....	40
COMMENT PRÉVENIR ET INTERVENIR	
EN CAS DE VIOLENCES OBSTÉTRICALES ?	45
Autodéfense féministe et intervention par les témoins	45
Intervenir en tant que témoin professionnel.....	49
LIENS ET RESSOURCES.....	68
MISE EN APPLICATION	71
Vignette verte : refus d'acte (streptocoque B)	73
Vignette jaune : accueil en salle d'accouchement	77
Vignette rouge : prise en charge de la douleur.....	80
Vignette bleue : contrainte physique (toucher vaginal).....	84
Pistes et propositions concrètes	88
BIBLIOGRAPHIE	91
ANNEXE - Mémo : Système des drapeaux et stratégies d'intervention	

INTRODUCTION



Chacun·e d'entre nous mérite de vivre une **vie sans préjugés ni discriminations**, que ce soit à la maison, à l'école, au travail, dans l'espace public ou lors de nos interactions avec les institutions. En Belgique, nous avons la chance de profiter d'une couverture sociale et d'un **système de soins de santé de qualité**. Nous sommes nombreux·ses à bénéficier de soins prodigués dans le **respect** de nos **droits**, de notre **autonomie** et de notre dignité. Ces soins ont des **effets** à long terme sur notre santé physique et mentale, dans toutes les sphères de notre vie et de celles de nos proches.

Dès la puberté, les femmes sont encouragées à consulter des spécialistes tel·les que des gynécologues³ et cela même lorsqu'elles jouissent d'une bonne santé. Lors de la grossesse et la période périnatale, les interactions avec les structures et les soignant·es se multiplient. Souvent perçus comme normaux ou incontournables, ces contacts fréquents exposent les femmes et les filles à des **pratiques inappropriées, intrusives ou non consenties** qui sont majoritairement **invisibilisées ou banalisées**. Mais **les témoignages relatant les abus et mauvaises expériences ne peuvent plus être niés ou minimisés**.

Nous, professionnel·les, usagères des soins de santé et représentant·es de la société civile, considérons ces abus et mauvais traitements comme une violation des droits humains. Nous affirmons que ce sujet nous concerne tous·tes et qu'il est essentiel, pour pouvoir y faire face collectivement, de le désigner clairement : ce sont des **violences gynécologiques et obstétricales (VGO)**.



Le saviez-vous ?

Diverses institutions nationales et internationales ont reconnu les violences gynécologiques comme une **forme de violence basée sur le genre**, directement liées aux rapports de domination et aux stéréotypes sexistes, dont le Haut Conseil de l'égalité entre les femmes et les hommes en France⁴ ou le Sénat de Belgique⁵.

En 2019, le rapport de la Commission sur l'égalité et la non-discrimination du Conseil de l'Europe les définit comme suit : « Les violences obstétricales et gynécologiques sont une forme de violence restée longtemps cachée et encore trop souvent ignorée. Dans l'intimité d'une consultation ou d'un accouchement, des femmes sont victimes de pratiques violentes ou pouvant être perçues comme l'étant. Il s'agit d'**actes non appropriés ou non consentis**, tels que des épisiotomies et des touchers vaginaux non consentis, l'utilisation de l'expression abdominale ou la non-utilisation de l'anesthésie pour des interventions douloureuses. Des comportements sexistes ont aussi été recensés lors de consultations. »⁶

POURQUOI CE MANUEL ?

L'idée du manuel a germé fin 2018 lors d'un congrès de l'UPSfb (Union professionnelle des sages-femmes belges). Après la conférence gesticulée *La place n'était pas vide* de Catherine Markstein, qui aborde la question de l'**autonomie des femmes** concernant leur corps et leur santé sexuelle et reproductive et la place laissée à leurs savoirs, Alice, une jeune sage-femme, s'est levée pour demander :

« Et comment réagir si on observe un-e collègue effectuer un acte non médicalement nécessaire ou sans anesthésie ? Quelle est notre marge d'action ? Pour les étudiant-es sages-femmes, c'est encore plus dur. Elles sont en bas de l'échelle hiérarchique. »

Une des intervenantes lui a répondu : « *Tu peux tenir la main de la femme et montrer que tu es avec elle.* »

Ce témoignage rejoint ceux de dizaines d'étudiant-es et professionnel·les en exercice qui se sentent démunis face à tout ce qu'ils voient sans savoir comment agir. Il a conduit Fabienne, sage-femme et membre de la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée, à initier une collaboration avec l'asbl Garance dans le but d'**adapter les outils de l'approche d'auto-défense féministe**, qui est une **approche globale de la prévention primaire des violences basées sur le genre** dont les violences obstétricales font partie **pour les professionnel·les témoins**.

Après diverses tentatives de recherche de financement, le projet a pu se réaliser grâce au soutien reçu en 2024 de la Région wallonne et de la COCOF et via un partenariat avec l'asbl Femmes et Santé.

COMMENT A-T-IL ÉTÉ CONÇU ?

Ce manuel est une **co-construction** et a été élaboré via une **approche participative**.



La première étape a été la création d'un comité de pilotage.

Constitué de professionnel·les de la périnatalité, de chercheurs·euses, d'expert·es et représentant·es d'usagères, le comité de pilotage a été impliqué dès la conception du projet et pour toutes les étapes de relecture et de validation du manuel.



La deuxième étape a consisté à récolter des données spécifiques au contexte belge.

Quatre *focus groups* ont été réalisés entre octobre 2024 et janvier 2025 : un premier avec des étudiantes sages-femmes, deux avec des équipes mixtes de maternité hospitalière et un dernier avec des équipes de maison de naissance. Une dizaine d'entretiens individuels semi-dirigés avec des sages-femmes, gynécologues, pédiatres et anesthésistes ont été organisés sur cette même période.



La troisième étape a été l'analyse des données récoltées.

Les situations cliniques qui sont ressorties des *focus groups* ont été classées en fonction des profils des protagonistes

impliqué·es et de la période (prénatal, travail, accouchement, postnatal) et une **sélection** a été faite pour assurer la diversité des situations. Ce travail nous a permis d'identifier une trentaine de vignettes qui ont ensuite été analysées selon le **Système des drapeaux** décrit dans ce manuel. Des **stratégies d'interventions individuelles et structurelles** ont ensuite été proposées pour chaque vignette. À l'heure de publier ce manuel, nous avons décidé de limiter notre sélection à quatre vignettes. Les autres seront accessibles sur nos sites web respectifs (voir page ci-contre). Toutes les vignettes cliniques publiées dans ce manuel ou en ligne sont issues de faits réels collectés lors de cette phase préparatoire. Un travail de réécriture a été effectué afin d'anonymiser les situations et de répondre aux objectifs du manuel.



La quatrième étape a été la rédaction du manuel *Je vois, j'agis. Intervenir en témoin des violences obstétricales*.

En parallèle, deux modules de formation ont été organisés en avril et mai 2025 à Namur et à Bruxelles. Les retours et évaluations de la trentaine de professionnel·les (sages-femmes, médecins, assistant·es sociaux·les, coachs périnatales...) ont renforcé l'idée que ce manuel répond à des **besoins réels** du terrain.

À QUI S'ADRESSE-T-IL ?



Ce manuel s'adresse à toutes les personnes qui travaillent ou gravitent autour du secteur de la **périnatalité**. Les violences gynécologiques et obstétricales concernent **toutes les catégories de prestataires et professionnel·les du secteur et au-delà** : gynécologues-obstétricien·nes, anesthésistes, sages-femmes et infirmiers·ères, pédiatres, psychologues, assistant·es sociaux·ales

ou médicaux·ales, doulas et coachs de la périnatalité, interprètes, accueillant·es, mais également responsables et employé·es des structures de soins, enseignant·es et responsables pédagogiques, chercheurs·euses, responsables politiques, représentant·es d'usagères, travailleur·euses du monde associatif, etc., en formation, retraité·es ou en exercice. Les personnes qui ont un **pouvoir d'influence** (décideurs·euses, professeur·es d'université, chef·fes de département, managers...) sont particulièrement ciblées.

Les **perceptions** concernant les violences gynécologiques et obstétricales diffèrent énormément d'une personne à une autre. Ces perceptions dépendent de nombreux facteurs dont les **normes socioculturelles** qui, fort heureusement, évoluent au fil du temps. Pour certain·es profession-

nel·les, le terme est tout simplement inaudible et serait même violent. Nous croyons qu'il est temps de **briser le tabou**, de créer et d'alimenter des espaces de dialogue et de réflexion pour que les comportements et attitudes transgressifs cessent enfin. **Nous avons conscience que la grande majorité des violences ne sont pas commises dans l'intention de nuire.** Personne ne choisit d'exercer l'un des métiers du soin dans l'intention de faire du tort.

Se mobiliser pour des pratiques plus respectueuses des droits et de la dignité des personnes peut demander un **effort considérable**. C'est un cheminement qui demande de l'indulgence et de la compassion envers soi-même.



Nous souhaitons encourager toutes les personnes qui se sentent concernées et qui souhaitent s'engager sur cette voie en leur disant : vous n'êtes pas seul·es.

COMMENT L'UTILISER ?

Ce manuel se compose de deux parties complémentaires :

- Une **partie théorique** qui rappelle ce que sont les violences obstétricales, leur importance, leur impact, leur aspect systémique, et divers outils et repères permettant d'analyser les situations sous divers angles et d'agir en conséquence. Cette partie comprend un chapitre dédié au Système des drapeaux, un texte sur l'autodéfense féministe et l'intervention par les témoins, ainsi qu'une partie juridique.
- Une **partie pratique** composée de quatre vignettes cliniques. **Cette sélection s'intègre dans un corpus plus large de situations qui s'inscrivent sur tout le continuum périnatal : prénatal, accouchement, postnatal.** Les vignettes impliquent différents types de professionnel·les entourant la naissance car toutes les catégories sont concernées.



FICHE MÉMO

En annexe, vous trouverez une fiche mémo (A4 recto verso) à glisser dans la poche de votre blouse ou dans votre agenda. Cette fiche résume les principes essentiels de notre approche.

La fiche contient :

- les six critères du Système des drapeaux ;
- la grille des stratégies d'intervention.



L'ensemble du corps de vignettes seront disponibles en ligne sur les sites web de nos associations.

www.naissancerespectee.be
www.femmesetsante.be

ACCOMPAGNER LES ÉQUIPES À TRAVERS UN MODULE DE FORMATION

En complément du manuel que vous tenez dans vos mains, une formation conçue en partenariat avec l'asbl Garance vous permettra de mettre en pratique les contenus présentés dans le manuel. Ce module de **formation en présentiel** a pour but de vous aider à comprendre et appliquer les divers outils et méthodes dont le Système des drapeaux en se basant sur des cas pratiques.

Le manuel et la formation ont été conçus pour aider les professionnel·les à élargir leur marge d'action individuelle à court, moyen et long terme. **Réagir quand on est témoin, cela s'apprend.** Au départ, il s'agira peut-être de petits gestes, de réactions à froid *a posteriori*. Et au fur et à mesure, il est possible de **gagner en assurance** et de réagir à chaud pour prévenir une violence. Chacun·e fait ce qu'il peut en fonction de sa position hiérarchique, de son ancienneté, de ses possibilités sur le moment.

Il est parfois **difficile, quand on est la seule personne formée, de faire bouger les lignes**. Les violences obstétricales sont le résultat d'un système et non d'une personne qui serait défaillante. C'est pourquoi nous conseillons la formation et la lecture du manuel aux équipes dans leur entièreté (à tous les niveaux hiérarchiques), afin que tous·tes puissent partager la même grille d'analyse et avancer ensemble. Quelques pistes d'action à plus large échelle seront évoquées. Nous sommes persuadé·es que vous avez également de très bonnes idées pour favoriser le changement dans vos pratiques.



N'hésitez pas à nous faire part de vos retours, à nous partager vos réflexions, vos idées et vos expériences ou à nous solliciter afin d'organiser une rencontre ou une formation.

info@naissancerespectee.be



CADRE THÉORIQUE



Aline est médecin stagiaire en gynécologie dans un grand hôpital universitaire. Aujourd'hui, elle assiste pour la première fois à une myomectomie.

La patiente concernée est sous anesthésie générale. Le gynécologue indique à Aline qu'elle peut faire un toucher vaginal pour apprendre à situer un col d'utérus et à sentir sa consistance afin d'aiguiser ses futurs examens cliniques.

Elle ne pose pas de questions et, comme le personnel soignant et ses maîtres de stage l'encouragent, elle trouve cela normal. Dix ans plus tard, Aline est mère de deux enfants et travaille comme médecin en planning familial. Tant ses accouchements que son travail quotidien éveillent des questions : pourquoi a-t-elle effectué ces touchers vaginaux médicalement non nécessaires sans le consentement des patientes ?

Encore fréquemment pratiqué aujourd'hui, le toucher vaginal sous anesthésie générale « pour apprendre » pose question. **De quel apprentissage s'agit-il ?** Qu'est-ce qui explique que ce geste soit banalisé, voire encouragé dans le milieu du soin alors qu'il contrevient manifestement à la **Loi relative aux droits du patient** ? Qu'en est-il d'autres actes pratiqués dans les salles d'accouchement et tout au long des soins gynécologiques et obstétricaux ?

Parler de violences gynécologiques et obstétricales peut paraître paradoxal, voire impensable pour les professionnel·les de santé qui ont choisi leur métier dans le but d'accompagner et de prendre soin. Pourtant, les témoignages d'usagers qui rapportent avoir subi des comportements inappropriés et des événements traumatisants sont de plus en plus nombreux.

Employé depuis 20 ans en Amérique latine, le terme « violences gynécologiques et obstétricales » émerge en France vers 2014 à la suite du mouvement **#PayeTonUtérus** grâce auquel plus de 7 000 témoignages sont recueillis en moins de 24 heures⁷. La discussion s'ouvre également en Belgique. Cette vague de témoignages, toujours en cours, montre que **les violences obstétricales ne sont pas des actes isolés, mais relèvent d'une réalité systémique.**

Dans la littérature médicale et socio-anthropologique, le phénomène est de mieux en mieux documenté, bien que les recherches sur le sujet soient relativement récentes. Il n'est donc pas surprenant que les formations (para)médicales n'abordent pas (ou peu) cette thématique. Une fois dans la pratique, il n'est pas toujours évident de se tourner vers ses collègues pour en discuter.

Que sont les violences obstétricales et comment appréhender ce phénomène encore tabou ? Voici quelques clés de compréhension issues de la santé publique et des sciences humaines et sociales.

VIOLENCES OBSTÉTRICALES

Aujourd'hui, le fait que les personnes qui accouchent risquent de subir des **comportements inappropriés** de la part des professionnel·les de santé, voire des événements traumatisants, ne fait plus l'objet de discussion. C'est davantage la **terminologie** qui pose problème, notamment l'usage du terme « violence ». Néanmoins, différentes instances internationales, de nombreuses équipes de recherches universitaires et des organisations de terrain s'accordent sur la nécessité de nommer ces comportements comme étant violents afin de **reconnaître la souffrance** psychologique et physique des victimes, ainsi que le **caractère inacceptable** et parfois illégal de ces actes.



Loin de remettre en question le fait que la plupart des soignant-es exercent leur métier avec l'intention de prendre soin, ni de prétendre que tout acte médical désagréable relève de la violence, ce choix terminologique vise à rendre visible une réalité. Malgré leur bonne volonté, les soignant-es peuvent poser des actes qui causent de la souffrance.

Utiliser ce terme permet aussi de mettre en avant le fait qu'il ne s'agit pas d'événements isolés et disparates, mais qu'ils s'inscrivent à l'intersection **des violences institutionnelles et des violences de genre**⁸.

Les **violences institutionnelles** sont des violences qui surviennent dans des institutions et qui en sont le produit. Les violences gynécologiques et obstétricales surviennent dans tous les lieux, parcours et institutions de soins. L'organisation sociale de ces institutions favorise l'émergence et la perpétuation des violences gynécologiques et obstétricales notamment par la charge de travail ou le type de connaissances transmises.



Le saviez-vous ?

L'Académie nationale de médecine affirme : « Le vocable de violences obstétricales regroupe tout acte médical, posture, intervention, non approprié ou non consenti. Il recouvre donc, non seulement des actes non conformes aux recommandations pour la pratique clinique (RPC) mais aussi des actes médicalement justifiés réalisés sans information préalable et/ou sans le consentement de la patiente ou avec une apparente brutalité. Enfin, les attitudes, comportements, commentaires ne respectant pas la dignité, la pudeur et l'intimité des femmes sont également cités sous ce terme et rapprochés de la non-prise en compte de la douleur pendant et après l'accouchement. »⁹

« Les **personnes intersexes** sont des personnes nées avec des caractéristiques sexuelles (telles que les chromosomes, les organes génitaux, ou bien encore la structure hormonale) ne correspondant pas entièrement aux catégories mâle ou femelle, ou appartenant aux deux en même temps. »

Genres Pluriels (2019). Visibilité intersexe, information de base, Genres Pluriels.

genrespluriels.be/IMG/pdf/brochureintersexegps-rev7-web.pdf



Le saviez-vous ?

Selon les Instituts de recherche en santé du Canada¹⁰, « les termes “sexe” et “genre” sont souvent utilisés de manière interchangeable même s'ils ont des sens différents :

Le terme “**sexe**” renvoie à un ensemble d'attributs biologiques retrouvés chez les humains et les animaux. Il est lié principalement à des caractéristiques physiques et physiologiques, par exemple les chromosomes, l'expression génique, les niveaux d'hormones et l'anatomie du système reproducteur. On décrit généralement le sexe en termes binaires, “mâle” ou “femelle”, mais il existe des variations touchant les attributs biologiques définissant le sexe (on estime la population **intersexe** à 1,7 % des naissances) ainsi que l'expression de ces attributs.

Le terme “**genre**” renvoie aux rôles, aux comportements, aux expressions et aux identités que la société construit pour les hommes, les femmes, les filles, les garçons et personnes de divers sexes et de genre. Le genre influe sur la perception qu'ont les gens d'eux-mêmes et d'autrui, leur façon d'agir et d'interagir, ainsi que la répartition du pouvoir et des ressources dans la société. L'identité du genre n'est ni binaire (fille/femme, garçon/homme) ni statique. Elle se situe plutôt le long d'un *continuum* et peut évoluer au fil du temps. Les individus et les groupes comprennent, vivent et expriment le genre de manières très diverses, par les rôles qu'ils adoptent, les attentes à leur égard, les relations avec les autres et les façons complexes dont le genre est institutionnalisé dans la société. »

Parler du genre, c'est donc souligner le fait que **les différences entre les sexes sont socialement construites**, existent dans l'opposition d'un sexe à l'autre (ce qui manquerait à l'un serait l'avantage de l'autre), et en outre que les relations sociales entre les sexes sous-tendent des rapports de pouvoir et une hiérarchisation. C'est aussi mettre en lumière l'existence « du système de bicatégorisation hiérarchisée entre les sexes (hommes/femmes) et les valeurs et représentations qui leur sont associées (masculin/féminin)¹¹ ».

Pour définir les **violences basées sur le genre**, nous reprenons la proposition de la Directive 2012/29/UE du Parlement européen et du Conseil de l'Union européenne du 25 octobre 2012 établissant des normes minimales concernant les droits, le soutien et la protection des victimes de la criminalité et remplaçant la décision-cadre 2001/220/JAI du Conseil de l'Union européenne¹² :

« La violence dirigée contre une personne en raison de son sexe, de son identité ou expression de genre ou la violence qui touche de manière disproportionnée les personnes d'un sexe en particulier est considérée comme de la violence fondée sur le genre. »

Les **violences gynécologiques et obstétricales (VGO)** s'inscrivent dans cette logique : elles visent majoritairement des femmes, en lien avec leur place sociale et les rôles auxquels elles sont traditionnellement assignées, notamment dans le champ de la reproduction. Cependant, des personnes issues de minorités de genre comme les hommes trans ou les personnes non binaires peuvent également subir des VGO.

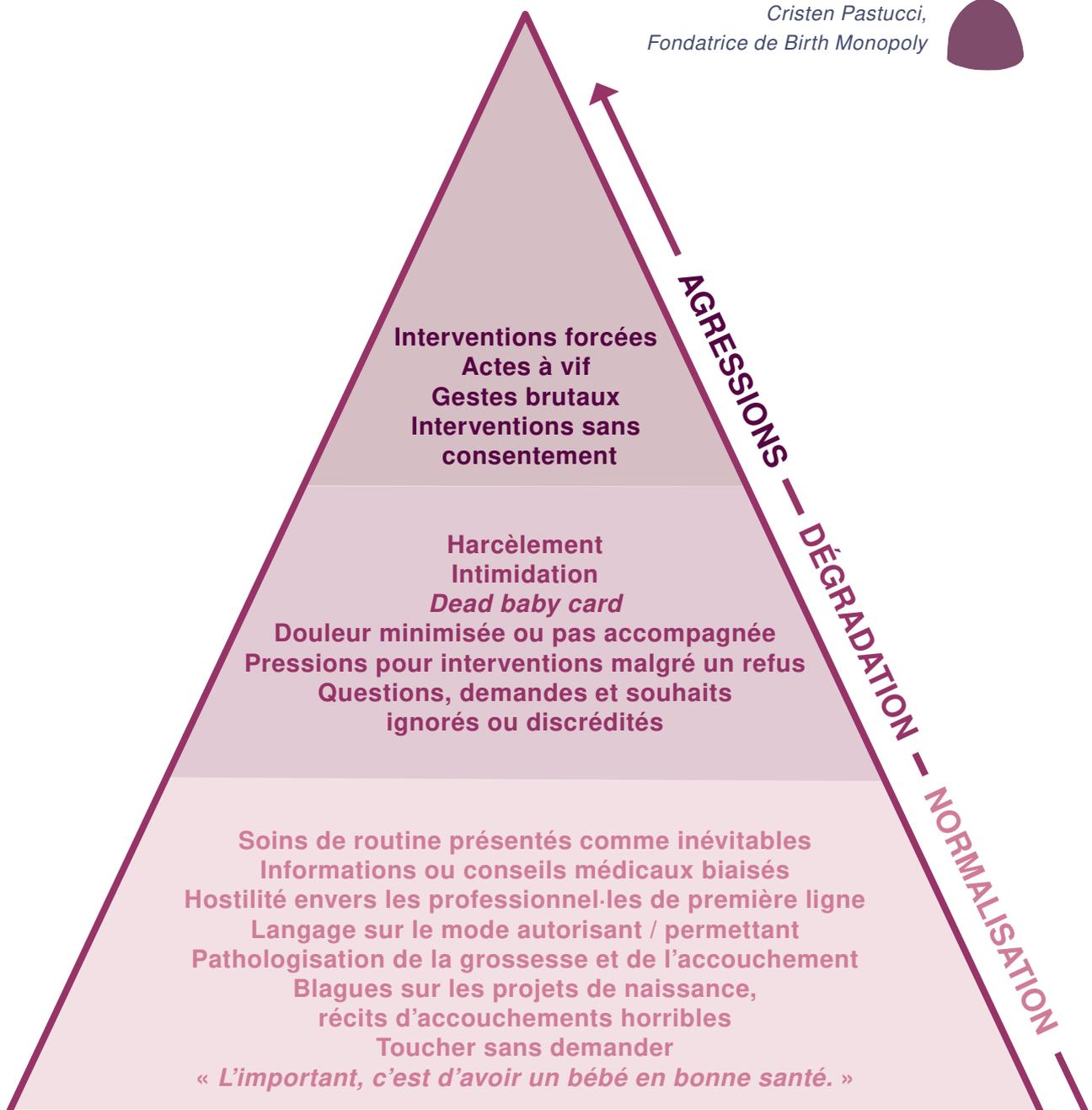
PYRAMIDE DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES

La pyramide des violences obstétricales est un outil conçu par Cristen Pastucci, activiste et autrice américaine, fondatrice de Birth Monopoly. Elle permet de visualiser les **différents niveaux de violence** subis par les personnes qui accouchent, et met en lumière comment des pratiques banalisées et tolérées à la base du système peuvent légitimer, voire encourager, des atteintes graves aux droits humains au sommet.

Les violences obstétricales peuvent toucher toutes les personnes qui accouchent, mais elles touchent de manière disproportionnée les personnes racisées, les personnes LGBTQI+, les personnes en situation de handicap, les personnes grosses et les personnes issues d'autres communautés marginalisées.

La tolérance envers les comportements au bas de l'échelle encourage et excuse les comportements au sommet. Pour changer les résultats, nous devons changer la culture.

Cristen Pastucci,
Fondatrice de Birth Monopoly



Pyramide des violences obstétricales inspirée du *Birth Monopoly* de Cristen Pastucci

CADRE NATIONAL ET INTERNATIONAL

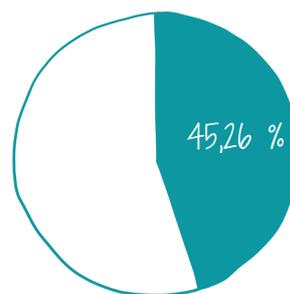
En 2014, l'**Organisation mondiale de la santé** a officiellement reconnu comme violences obstétricales les comportements suivants : agressions physiques, humiliations graves, agressions verbales, procédures médicales imposées, absence de consentement éclairé, manque de confidentialité, refus d'antidouleurs, violation flagrante de l'intimité, négligences entraînant des complications évitables¹⁵. En 2019, l'Assemblée parlementaire du **Conseil de l'Europe** a adopté une résolution sur les violences obstétricales qui appelle les États membres à instaurer des mesures pour les éviter¹⁶.

En Belgique, en 2024, le **Sénat** a publié le *Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales*¹⁷ basé sur des auditions d'acteurs-rices de divers secteurs professionnels, académiques et associatifs. Ce rapport souligne que les pratiques des soins en Belgique ne suivent pas toujours les recommandations internationales. Il appelle à « reconnaître explicitement les violences gynécologiques et obstétricales comme un problème subséquent à de nombreuses causes (culturelles, sociétales, socio-économiques, matérielles, individuelles ou institutionnelles) et comme **une forme de violence liée au genre** ». Le rapport formule également une série de recommandations qui visent à améliorer les connaissances sur le sujet, l'information et la sensibilisation des soignant·es et des usagères des services de soins de santé, l'évolution du cadre normatif, l'amélioration des voies de recours et de dépôt des plaintes, ainsi que l'amélioration des pratiques des soins.

AMPLEUR DU PROBLÈME

Actuellement, **on ne dispose pas de données officielles** sur les violences gynécologiques et obstétricales en Belgique. Il n'existe pas de dispositif spécifique de signalement pour reporter ces violences de manière centralisée. Différentes sources permettent cependant d'estimer l'ampleur du problème.

Premièrement, il existe des études menées dans d'autres pays. Une **revue systématique** portant sur 25 études réunissant 65 343 participant·es dans des pays à haut revenu (comme les États-Unis, l'Australie, l'Italie, l'Espagne, l'Irlande, les Pays-Bas, etc.) estime la prévalence récente des violences obstétricales entre 10,6 % et 81,0 %, avec **une prévalence globale de 45,26 %**¹⁸. Environ une femme sur cinq a été victime d'un manque d'accès à l'analgésie, de cris et de réprimandes de la part du personnel ou de demandes d'aide ignorées. Dans le cas de l'expression abdominale (manœuvre de Kristeller), il s'agit d'une femme sur trois.



Prévalence des violences obstétricales dans les pays à haut revenu



1 femme sur 5

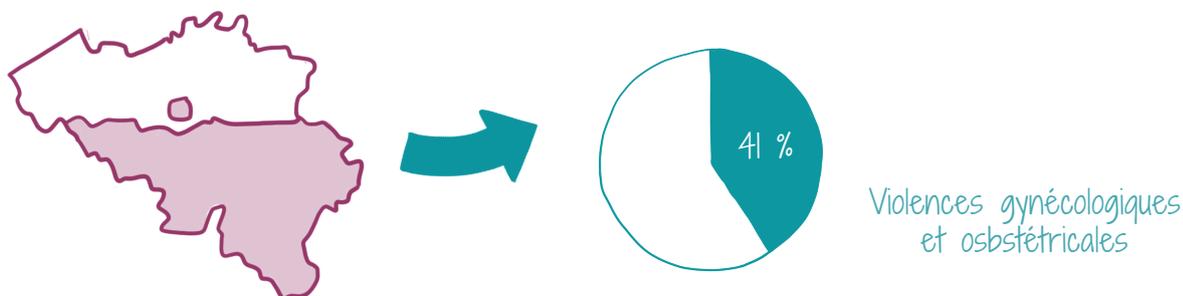
Manque d'accès à l'analgésie, cris et réprimandes de la part du personnel ou demandes d'aide ignorées.



1 femme sur 3

Expression abdominale (manœuvre de Kristeller).

Les **données belges** de l'enquête menée par la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée en 2021 auprès de plus de 4 200 femmes habitant à Bruxelles et en Wallonie¹⁹ concordent avec les études d'autres pays. Selon ces résultats, l'acte médical effectué n'a été expliqué à la patiente que dans un cas sur trois et le consentement n'a pas été demandé dans un cas sur deux. Le taux moyen des violences gynécologiques et obstétricales (physiques, psychologiques et verbales) était de 41 % pour l'ensemble des maternités analysées.



Enfin, les données relatives aux pratiques de soins, telles que le recours à l'épisiotomie, les accouchements par césarienne ou encore les inductions du travail, sont des indicateurs pertinents pour évaluer l'étendue de la problématique.



Le recours à l'**épisiotomie** est actuellement en baisse en Belgique. Néanmoins, il existe des différences importantes entre les régions et surtout entre les hôpitaux. Dans certains hôpitaux, l'épisiotomie se pratique dans 8 % des accouchements tandis que d'autres enregistrent un taux d'épisiotomie dix fois plus élevé²⁰.



Le nombre de **césariennes** continue quant à lui d'augmenter depuis plusieurs années : aujourd'hui un enfant sur cinq naît par césarienne au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles, avec de grandes variations entre hôpitaux également. Une étude récente²¹ a démontré que cette variabilité n'est pas corrélée avec la situation socio-économique des personnes, ou avec les équipements des hôpitaux (nombres de places dans les unités intensives par exemple), mais semble être davantage liée à la philosophie institutionnelle de soins.



L'**induction du travail** est également un acte largement pratiqué lors des accouchements en Belgique. Selon le **Centre d'épidémiologie périnatale**²², en 2023 en Wallonie, 32,6 % des accouchements débutent avec une induction, à Bruxelles, 34,5 %. Notons qu'en 2021, il s'agissait respectivement de 31,1 % et 32,2 %.

L'épisiotomie, l'induction du travail ou encore la césarienne ne sont pas des pratiques problématiques en soi. Néanmoins, les **écarts importants entre hôpitaux** montrent que ces pratiques ne reposent pas uniquement sur des critères médicaux, mais aussi sur des habitudes locales ou des facteurs institutionnels. Or, un **acte invasif non nécessaire** transgresse toujours les limites de la déontologie professionnelle et peut constituer une forme de violence. Ces actes peuvent aussi s'accompagner de pratiques particulièrement problématiques comme le fait de recoudre sans anesthésie ou de rétrécir l'orifice vaginal (le « point du mari ») dans le cas d'une épisiotomie, ou encore de complications iatrogènes comme le risque d'hémorragie du post-partum avec un usage élevé d'ocytocine pendant le travail²³.

IMPACT DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES

Les violences obstétricales entraînent des **conséquences délétères** sur les personnes tant sur leur santé mentale que physique, aussi bien à long terme qu'à court terme. La réalité et l'ampleur de ces conséquences ont été démontrées par des études scientifiques internationales.

Certains effets négatifs doivent toutefois encore être étudiés, par exemple l'impact sur la vie relationnelle, sociale et professionnelle tant des victimes ou des co-parents que des auteurs·rices des violences obstétricales, ou encore sur les nourrissons et leur futur développement.

IMPACT SUR LES PERSONNES ENCEINTES ET QUI ACCOUCHEMENT

Les recherches internationales montrent l'impact important des violences obstétricales sur la **qualité de vie pendant le post-partum**, notamment sur la **santé mentale**, l'estime de soi, mais aussi sur le risque de dépression et de trouble de stress post-traumatique²⁴. Les usagères se sentent « déshumanisées », « violentées », « impuissantes »²⁵, mais se sentent aussi « coupables » de n'avoir « pas fait mieux dans la situation »²⁶. Les violences obstétricales ont aussi un impact sur la **santé physique** des personnes qui accouchent (notamment en cas d'usage de force excessive)²⁷. Enfin, la **vie sexuelle** pourrait aussi être impactée, notamment en raison de douleurs lors des rapports pénétrants. Les **nouveau-nés** peuvent également être affectés : une étude²⁸ montre qu'en quittant la maternité, les enfants dont les parents ont été victimes des comportements violents sont allaité·es moins longtemps. S'il n'y a pas de corrélation ou de lien de cause à effet observé à ce stade, une étude publiée en mars 2024 par l'Inserm et Santé publique France a montré que le suicide est devenu la première cause de mortalité maternelle entre le moment de la conception jusqu'à un an après l'accouchement en France²⁹.



IMPACT SUR L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Une conséquence importante des violences obstétricales est la **perte de confiance envers les professionnel·les de santé** et le système de soins de santé en général. Cela peut entraîner une réticence à consulter, voire le report des soins nécessaires - y compris pour la santé de l'enfant. À cela s'ajoute le fait que les femmes rencontrent déjà plus de difficultés d'accès aux soins par rapport aux hommes³⁰. Les violences obstétricales peuvent ainsi aggraver les obstacles existants pour des personnes déjà en situation de vulnérabilité.



IMPACT SUR LES PROFESSIONNEL·LES DE LA SANTÉ

Les violences obstétricales sont liées au fonctionnement du système de soins de santé : manque de personnel, conditions de travail difficiles et stressantes, relations de pouvoir entre différentes disciplines du corps médical, lacunes de formation, etc. Être témoin des violences obstétricales peut contribuer au **mal-être des soignant·es**.

Se sentir mal à l'aise, frustré·e, révolté·e face à une situation jugée problématique ou inacceptable peut entraîner un sentiment d'impuissance ou une perte de sens dans son travail. Or, ces ressentis sont des facteurs

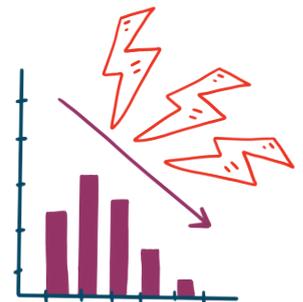


de risque importants de **burn-out**³¹. Le burn-out augmente à son tour le risque de se distancier de son travail et de perdre de l'empathie envers les patient·es et les collègues³². Ce processus peut nourrir un véritable **cercle vicieux**, dans lequel des soignant·es en souffrance en viennent à reproduire, sans le vouloir, des violences obstétricales.

Être témoin de violences obstétricales peut également causer du **stress vicariant**, un stress indirect subi par les professionnel·les de la relation d'aide. Il résulte de l'exposition répétée à la souffrance et à la détresse des personnes qu'ils accompagnent. Une expérience d'impuissance face à une situation de violence peut amplifier le stress vicariant³³.

INÉGALITÉS SOCIALES

Enfin, les violences obstétricales n'affectent pas tout le monde de la même façon : certains publics y sont plus exposés que d'autres. Cela s'explique notamment par le fait que les personnes qui accouchent ne forment pas un ensemble homogène. Il existe des différences en fonction de l'identité de genre, du revenu, de la présence ou non de handicap, de la langue parlée, de l'origine, etc. Les situations individuelles se trouvent ainsi souvent à l'**intersection de plusieurs formes de discrimination**. La juriste Kimberlé Crenshaw a proposé le concept d'**intersectionnalité**³⁴, qui permet de rendre visible la manière dont les rapports de pouvoir se croisent, s'articulent et se renforcent dans chaque expérience individuelle. Ainsi selon l'enquête de la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée³⁵, le risque de subir une intervention délétère (expression abdominale, actes à vif, point du mari) était augmenté pour les femmes racisées (une sur trois) et les femmes avec un niveau d'étude du secondaire ou inférieur (une sur quatre).



ORIGINE SYSTÉMIQUE

UN HÉRITAGE QUI LAISSE DES TRACES

Les violences obstétricales s'inscrivent dans une longue histoire de **contrôle du corps des femmes**, de leur sexualité et de leur capacité à enfanter³⁶. Pendant des siècles, en Europe, ce sont les matrones qui accompagnent les accouchements, transmettant leur savoir de manière orale, de génération en génération. À partir du 16^{ème} siècle, l'Église et l'État s'approprient cette fonction et instaurent une **politique nataliste coercitive**. Soupçonnées de pratiquer des avortements, de donner accès à la contraception ou de commettre des infanticides, les matrones sont persécutées, et les accouchements entre femmes interdits³⁷. Peu à peu, une nouvelle norme s'impose : l'enfantement devient un acte médical, réservé aux médecins – presque exclusivement des hommes, les femmes étant exclues des universités. Les savoirs obstétricaux se construisent alors sur l'objectivation du corps féminin, parfois au prix d'expérimentations violentes, comme en témoignent les opérations pratiquées sans consentement ni anesthésie sur des femmes noires réduites en esclavage³⁸. C'est dans ce contexte que sont développés des instruments tels que le spéculum ou les forceps, tandis que la position gynécologique (décubitus dorsal) est imposée aux parturientes pour répondre aux besoins des praticien·nes³⁹.

Il m'est déjà arrivé de devoir demander à une patiente de se retenir de pousser pour attendre son gynéco. Je ne comprends pas car nous avons les compétences pour accompagner les femmes dans la physiologie.

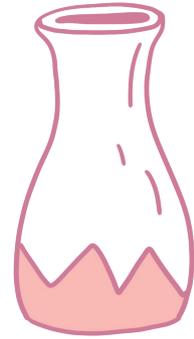


Témoignage
d'une sage-femme

SOCIALISATION PROFESSIONNELLE ET RISQUE DE DÉSHUMANISATION

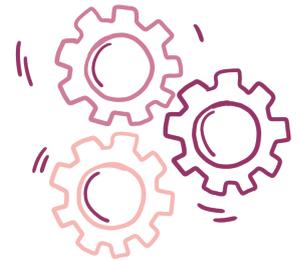
CORPS-OBJET...

La sociologue Colette Guillaumin appelle « **sexage** » le processus d'**appropriation collective des corps des femmes par les hommes**⁴⁰. Ce phénomène est visible dans le cas du harcèlement de rue, où les corps féminins sont perçus comme disponibles, accessibles au regard, au toucher et d'autres formes de violence sexiste et sexuelle. Le sexage contribue à la perception des femmes comme des objets plutôt que des sujets autonomes, ce qui a des répercussions sur leur prise en charge médicale. Par exemple, l'expression selon laquelle « **le gynécologue accouche la patiente** » interroge : pourquoi est-ce que la personne qui accouche devient secondaire par rapport à l'action du ou de la professionnel·le ? Cette inversion du rôle montre comment l'accouchement peut être perçu : non pas comme une expérience vécue par l'usagère, mais comme une procédure médicale dirigée par un·e praticien·ne.



... ET CORPS-MACHINE

La socialisation professionnelle, c'est-à-dire l'**apprentissage des pratiques et des normes** d'un métier, peut conduire les soignant·es à adopter certaines pratiques et perceptions qui, sans intention consciente, risquent de déshumaniser la relation avec l'usagère. Les sociologues Peter Freund et Meredith McGuire ont théorisé le concept de « **corps-machine** », qui décrit la façon dont le corps humain peut être perçu en médecine occidentale. Dans cette vision, le corps est fragmenté en une série de pièces détachées, chaque spécialité se concentrant sur un organe ou une fonction spécifique⁴¹. Cette approche peut amener les soignant·es à se concentrer sur une pathologie ou un organe plutôt que sur la personne dans sa globalité. Cette dynamique se reflète parfois dans le langage hospitalier lorsque les patient·es sont désigné·es uniquement par leurs pathologies (« le genou à la salle 36 » ou « la cirrhose au 23 »)⁴². En obstétrique, des pratiques comme la position en **décubitus dorsal** peuvent limiter le contact visuel entre le ou la soignant·e et le visage du ou de la patient·e, ce qui peut exacerber cette **déshumanisation**.



CAPITALISME ET VALORISATION DE LA TECHNIQUE

Le capitalisme s'est immiscé dans les institutions de soins, et les **logiques économiques** renforcent le risque de déshumanisation des patient·es. Dans les maternités hospitalières, la **standardisation des accouchements** est souvent privilégiée pour maximiser la rentabilité, au détriment d'une approche individualisée⁴³. Cette logique s'apparente à une organisation de type fordiste, visant un rendement maximal avec un personnel réduit. Les soignant·es, souvent sous pression, sont plus exposé·es au burn-out, ce qui peut compromettre la qualité des soins⁴⁴. Dans ce contexte, **respecter la physiologie de l'accouchement devient un véritable défi**.

Il y a cette idée selon laquelle, plus un technicien est performant sur un organe, plus il est un bon médecin. Et ce médecin est alors perçu comme un robot omniscient qui agit. Or, une femme n'est pas un assemblage d'organes⁴⁵.

Clara De Bort,
directrice d'hôpital



ASYMÉTRIE FONCTIONNELLE

Dans une relation de soin, les médecins détiennent un savoir que les patient-es n'ont pas et dont ils dépendent. C'est ce que Martin Winckler appelle l'« **asymétrie fonctionnelle** »⁴⁶. Cette situation engendre une relation asymétrique où les soignant-es se trouvent en position dominante. Cette asymétrie augmente lorsque les usagères se trouvent en situation de vulnérabilité (nues, anxieuses par rapport à un diagnostic, etc.). Les **savoirs expérimentiels** (des patient-es) ne sont pas valorisés dans les formations médicales, ce qui accentue l'asymétrie fonctionnelle lors d'une relation de soin⁴⁷. L'asymétrie fonctionnelle se croise avec d'autres rapports de pouvoir comme le sexisme ou le racisme. Les femmes ont longtemps été considérées comme des personnes incapables d'autonomie et de faire leurs propres choix. Cet héritage peut se traduire par des **préjugés et des biais inconscients** de la part des soignant-es ne reconnaissant pas l'autonomie de l'usagère.



BIAIS IMPLICITES DANS LES SOINS

Un « biais » est une erreur conduisant à des résultats ou à des conclusions qui sont systématiquement différents de la réalité⁴⁸. Les biais implicites sont inconscients et proviennent de l'**intérieurisation de normes et de hiérarchies sociales** telles que le racisme ou le sexisme⁴⁹. Le caractère systématique du biais est important : il ne s'agit pas simplement d'une erreur aléatoire ou d'un manque de précision.

Comme la pratique de la médecine se déroule dans un contexte social et historique, **les soignant-es ont le même niveau de biais implicites que la population générale**⁵⁰. Les études montrent que ces biais **influencent les décisions cliniques** à différents niveaux. Par exemple, Coisy et al. (2024)⁵¹ montrent que le degré de priorisation pour une douleur thoracique est différent selon la position sociale des patient-es : délai d'attente plus court pour un homme blanc, moyen pour une femme blanche et plus long pour une femme noire. De même, les femmes sont moins susceptibles de recevoir un électrocardiogramme (ECG) ou un dosage d'enzymes cardiaques lorsqu'elles se présentent avec une douleur thoracique. Elles sont plus à risque de recevoir des anxiolytiques lors d'une douleur abdominale contrairement aux hommes qui reçoivent plutôt facilement des morphiniques⁵². **Le mythe du « syndrome méditerranéen »**, selon lequel les personnes racisées seraient plus expressives lorsqu'elles ont mal, peut quant à lui mener à une moins bonne prise en charge de leur douleur⁵³.

À force, on a l'impression que ça devient normal. En se concentrant plus sur les monitos, les actes, plutôt que sur les personnes, des humains, on sectionne un petit peu ce qu'il se passe, on ne prend pas assez dans sa globalité (...) sous le prisme de la patiente (...) On parle (...) du vécu d'une personne humaine.

Témoignage
d'une étudiante sage-femme



CONCLUSION

Cette partie théorique a montré **l'ampleur des violences gynécologiques et obstétricales**. Les études internationales mentionnées plus haut estiment qu'en moyenne 40 % des accouchements se passent dans des conditions problématiques : absence de consentement, manque d'accès à l'analgésie, cris et réprimandes, recours à la manœuvre de Kristeller, etc. Les violences gynécologiques et obstétricales ne sont donc **pas des cas isolés**.

Loin de relever de mauvaises intentions individuelles, ces violences s'inscrivent dans des dynamiques complexes : héritages historiques, **inégalités structurelles** et rapports de pouvoir, organisation des soins, pressions institutionnelles, **normes biomédicales**, rapports de genre. Ainsi, les VGO doivent être appréhendées dans leur **perspective structurelle, historique et sociale**.

En moyenne, 40 %
des accouchements se passent
dans des conditions
problématiques : absence de
consentement, manque d'accès à
l'analgésie, cris et réprimandes,...

Comprendre ce phénomène dans sa globalité permet de dépasser les oppositions stériles entre « bon·nes » et « mauvais·es » soignant·es, pour **interroger les conditions** dans lesquelles les soins sont prodigués, ainsi que les effets possibles de certaines pratiques sur les personnes qui accouchent. Les violences gynécologiques et obstétricales ne sont pas anodines, car elles ont des **conséquences délétères** pour les usagères, leur entourage, leur famille. Ces faits ne sont pas des phénomènes purement subjectifs. En plus des usagères, un grand nombre de soignant·es dénonce **l'organisation problématique des soins**.

Il s'agit d'un véritable **problème de santé publique**. Problème qui touche ou qui peut toucher une partie importante de la population et qui trouve sa **source dans l'organisation même de la société**. Or ces violences ne sont pas inéluctables. Une meilleure compréhension de leurs mécanismes, des enjeux de pouvoir à l'œuvre et des contextes dans lesquels elles émergent constitue une première étape pour les prévenir. Ce manuel propose des **outils de réflexion et d'analyse**, à la fois pour identifier les situations à risque et pour **soutenir des pratiques respectueuses** des droits, des corps et des expériences des patient·es.

ÉVALUER DES SITUATIONS AVEC LE SYSTÈME DES DRAPEAUX

Le Système des drapeaux (ou *Flag System*) a été développé en 2010 par Erika Frans de l'association belge flamande Sensoa⁵⁴. Il s'agit d'une méthode pour évaluer des comportements sexuels afin de **distinguer** les **comportements acceptables des comportements transgressifs**, identifier la sévérité d'une transgression à l'aide de drapeaux de différentes couleurs et intervenir de manière pédagogique auprès des auteurs·rices, victimes et éventuels témoins d'une transgression. Il forme aussi la base pour le développement de **politiques organisationnelles** en matière de **prévention** des violences sexuelles.

Visant à l'origine la détection de comportements sexuels transgressifs entre enfants et jeunes, il a été adapté à une multitude de contextes (sport, enseignement, mouvements de jeunesse, accueil résidentiel...) et, en 2021, élargi aux comportements sexuels transgressifs entre adultes, en particulier les personnes dans une situation de dépendance. Le **secteur médical** est un des domaines cibles du Système des drapeaux pour adultes. Il est utile pour détecter les violences obstétricales et outiller les professionnel·les pour intervenir quand iels en sont témoins. Par ailleurs, la Fédération laïque des centres de planning familial l'utilise déjà pour former ses équipes à ce sujet.

On est d'accord que, sur le dos et les pieds dans les étriers en position horizontale, ce n'est pas l'idéal. Il y a des endroits où on peut choisir la position pour accoucher, et d'autres où l'on ne peut pas. On nous dit que c'est comme ça parce que le gynécologue est plus à l'aise.

Témoignage
d'une sage-femme



Si en Flandre, le Système des drapeaux est utilisé à large échelle et représente le cœur du plan d'action flamand de lutte contre les violences sexuelles, il a été traduit tardivement en français et ne bénéficie pas encore du même soutien institutionnel. Le Système des drapeaux a connu un grand succès en Flandre parce qu'il offre de nombreux avantages. Tout d'abord, il rend des transgressions et violences - jusqu'alors taboues - visibles et il développe la capacité des professionnel·les à les aborder. Pour ce faire, il offre une **grille de lecture objective et adaptable** à une large panoplie de situations, ce qui permet aux professionnel·les de différents services, organisations et secteurs de parler de ces sujets avec le même langage et le même **cadre de référence**.

Cet apport est particulièrement important dans un contexte où les professionnel·les ne sont pas suffisamment soutenu·es, ni lors de la formation initiale et continue, ni par leurs organisations professionnelles, et sont censé·es gérer des situations de manière individuelle. Cela pose une responsabilité lourde sur leurs épaules sans leur donner les moyens d'y répondre, laissant la place aux réponses paniquées, aux idées préconçues et biaisées et à l'indifférence. Le Système des drapeaux brise les tabous et permet aux professionnel·les de s'approprier un sujet complexe tout en améliorant l'aspect relationnel des interactions avec leur public. Les **évaluations de la méthodologie** et de son impact sont très positives, de la part des professionnel·les, des responsables d'organisations et des publics.

DRAPEAUX

Les **évaluations** des critères individuels et de la situation globale se font à l'aide de drapeaux de **quatre couleurs : vert, jaune, rouge et bleu**. Les trois premières couleurs fonctionnent selon les principes d'un feu de circulation, tandis que la dernière couleur alerte sur la gravité des transgressions et la nécessité d'intervenir :



Le **drapeau vert** indique que **tout va bien** et qu'on peut continuer sa route. Dans ce cas-là, le comportement évalué est considéré comme respectueux et donc non transgressif.



Le **drapeau jaune** appelle à l'attention et au freinage, car une **légère transgression** a eu lieu et qu'il faut rectifier le tir en rappelant les règles.



Le **drapeau rouge**, tout comme un feu rouge, signifie l'injonction d'**arrêter immédiatement**. Il s'agit d'une transgression grave qui demande une pose de limites et un rappel des règles.



Le **drapeau bleu** est réservé aux **transgressions très graves** qui demandent non seulement une mise à l'arrêt immédiate de la situation, mais aussi des conséquences pour l'auteur·rice (signalement, plainte, ...).



Dans le Système des drapeaux originel de Sensoa, le dernier drapeau est noir. Sensoa permet d'adapter cette couleur. Nous avons choisi le bleu en référence à la police, car il s'agit souvent de situation où il est possible de porter plainte.

Dans le Système des drapeaux, chacun des six critères d'évaluation est évalué à l'aide des drapeaux.

L'évaluation globale de la situation ne se fait pas par une moyenne, mais par le critère le moins bien évalué. Par exemple, une situation peut avoir un drapeau vert sur tous les critères sauf un où le drapeau est rouge ; l'évaluation globale de la situation sera alors aussi un drapeau rouge. Aussi, quand une limite a déjà été imposée à l'auteur·rice et qu'il·elle répète l'acte ou le comportement, le drapeau monte d'un grade, par exemple de jaune au rouge ou du rouge au bleu.

CRITÈRES D'ÉVALUATION

Le Système des drapeaux se base sur **six critères d'évaluation**. Adaptés à un contexte de soins de santé, ces critères sont le **consentement**, le **plein gré**, l'**égalité**, l'**adéquation à la personne ou capacité d'agir**, l'**adéquation par rapport au contexte** et l'**impact**. Nous vous proposons d'abord une explication détaillée de chaque critère et puis une vue globale avec une mise en lien avec les drapeaux.



	Le Système des drapeaux de Sensoa pour adultes	Manuel <i>Je vois, j'agis, intervenir en tant que témoin de violences obstétricales</i>
1	Consentement	Consentement
2	Plein gré	Plein gré
3	Égalité	Égalité
4	Adéquation par rapport au niveau de développement et de fonctionnement	Adéquation à la personne / Capacité d'agir
5	Adéquation par rapport au contexte	Adéquation par rapport au contexte
6	Impact	Impact

CONSENTEMENT

Un consentement est nécessaire pour tout acte médical. Il constitue donc une condition minimale pour le respect des droits des patient-es. Les professionnel·les de santé ont également intérêt à respecter le consentement, car depuis 2022, le Code pénal belge définit le consentement en matière de violences sexuelles⁵⁵. Il précise qu'il doit être libre et peut être retiré à tout moment, mais ne définit pas quelle forme il doit prendre. Le consentement n'est pas l'absence de résistance, l'abus d'une vulnérabilité de la victime (maladie, handicap, sommeil ou inconscience) ou l'accord obtenu par menace, contrainte, surprise, ruse ou violence.

J'ai fait face à une situation où le rythme cardiaque du bébé décélérait et la gynécologue a quand même pris le temps de tout expliquer, d'exposer les choix et ce qui allait probablement se passer, si on devait envisager une césarienne ou pas et selon quels critères... Elle a exposé les possibilités de la situation. Mais il faut être formé·e à le faire.

Témoignage
d'une sage-femme



Comme la loi ne fait pas de définition positive du consentement, voici quelques éléments indispensables pour qu'un oui soit vraiment un oui :

- La personne comprend la notion du consentement, ainsi que ce qui est proposé avec tous les risques et bénéfices potentiels. Elle montre **son accord explicite** verbalement et/ou non-verbalement sur les actes médicaux spécifiques proposés, et cela en amont ou, au plus tard, au moment même de l'acte. Pour obtenir un tel consentement, le moyen le plus sûr et efficace est de le **demandeur à chaque nouvelle étape** du traitement, ainsi qu'à plusieurs reprises quand un acte médical dure plus longtemps. Un simple « *Est-ce que ça va toujours ?* » suffit dans ce cas-là.
- Il est important de s'assurer que la personne entende et comprenne vos questions et qu'elle ait le temps de réagir.
- Attention aux éventuelles conditions émises au moment du consentement, elles doivent être respectées scrupuleusement, sans quoi le consentement est invalidé.

DANS LE SYSTÈME DES DRAPEAUX



Le drapeau est vert si le critère de consentement est rempli, c'est-à-dire quand **toutes les parties impliquées ont donné un consentement libre et clair**.



Le drapeau passe au jaune lorsqu'un **doute** subsiste quant à l'existence du consentement (encore valide ou non) ou sur ce à quoi il s'applique précisément.



Le drapeau devient rouge quand une personne transgresse, en connaissance de cause, une limite posée par l'absence de consentement ou par un **refus explicite, verbal ou non-verbal**.



Le drapeau passe au bleu lorsque cette transgression est **répétée**.

PLEIN GRÉ

Dans ce critère, il s'agit d'assurer qu'un consentement est demandé et donné **sans contrainte**, que l'usagère a un réel choix par rapport à des actes médicaux où son intimité et l'intégrité de son corps et celui de son enfant (à naître) sont en jeu.

Il n'y a pas de plein gré quand une personne se sent forcée à faire ou accepter quelque chose. La contrainte peut prendre différentes formes qui ont toutes en commun qu'elles restreignent le **libre choix** de la personne. Par exemple, si elle n'a pas toutes les informations, si elle ne connaît pas toutes les alternatives et leurs éventuels risques et conséquences, ou si elle a déjà dit non et qu'on tente quand même de la convaincre de toutes les manières possibles, cet acharnement constitue une pression indue.

Il n'y a pas de plein gré quand une personne se sent forcée à faire ou accepter quelque chose.

D'autres **formes de pression** comme le chantage, l'intimidation, la menace ou la pression sociale - tout le monde l'accepte, donc ne pas l'accepter reviendrait à transgresser une norme - existent aussi. La **manipulation**, que ce soit par la ruse ou par des promesses, est également une forme de contrainte. Et un effet de surprise empêche également la personne de décider de son plein gré, car il laisse peu de temps et la personne peut avoir l'impression d'être devant le fait accompli.

Les soignant·es ont la responsabilité de présenter toutes les informations, y compris celles sur d'éventuelles conséquences négatives, afin de permettre aux patient·es de faire des **choix informés**. Mais pour ce faire, il est nécessaire de présenter ces informations de la manière la plus objective possible sans exagérer les risques (menace) ni taire des éventuels bénéfices ou alternatives (manipulation). Le fait de privilégier l'usage des **chiffres en risque absolu plutôt qu'en risque relatif** permet aux patient·es de mieux évaluer la portée réelle des risques. Par exemple, dire : « *Si l'on ne fait pas cette intervention, le taux de complications passe de 1 % à 4 %* », ou encore : « *...passe de une à quatre femmes sur cent* », est plus juste et compréhensible que : « *Le risque est multiplié par quatre* ». Cette dernière formulation peut susciter une inquiétude disproportionnée, alors que le risque absolu reste faible. **Donner les chiffres en risque absolu** évite les effets sensationnalistes et soutient une prise de décision réellement éclairée. Et surtout, il faut s'abstenir de remarques générales telles que « *ce n'est pas bon pour le bébé* » qui seront vécues comme des menaces particulièrement **anxiogènes** pour la vie et le bien-être de l'enfant car leur imprécision ferme l'espace décisionnel de l'usagère qui doit se soumettre à la volonté supérieure du ou de la soignant·e.

DANS LE SYSTÈME DES DRAPEAUX



Le drapeau est vert s'il n'y a **aucune contrainte**, si l'usagère a tout le temps, toutes les informations et ne subit aucune pression pour prendre ses décisions.



Le drapeau devient jaune quand il y a une **légère contrainte**. Cela veut dire qu'un dialogue est toujours possible ou que l'usagère a la **possibilité d'échapper à cette pression** sans trop de peine, par exemple en résistant, en changeant de lieu ou de professionnel·le.



Le drapeau rouge est appliqué à des situations où la **contrainte** est vécue comme **inéluçtable**, et que ni le dialogue, ni l'évitement ne sont possibles. Il s'agit alors d'un **abus d'autorité**.



Le drapeau devient bleu quand **la contrainte est grave**, par exemple quand elle est faite par des **menaces** ou de la violence.

ÉGALITÉ

L'égalité est un critère d'évaluation, car plus les parties impliquées se situent sur un pied d'égalité, plus chacune peut décider librement et pour elle-même, moins l'autre peut lui imposer des choses. Une inégalité peut apparaître lorsqu'**une partie est plus forte** que l'autre ou détient **plus de ressources**, matérielles et immatérielles. C'est aussi le cas lorsqu'une personne se retrouve face à plusieurs autres qui se lient contre elle. Le **charisme** et le **statut social** sont également des sources de pouvoir. Les rapports de pouvoir qui hiérarchisent notre société peuvent également influencer la situation à évaluer, comme par exemple le genre, la classe, la race, l'orientation sexuelle, le handicap, l'expérience et l'ancienneté ou encore l'âge. Il est important **d'être conscient·e de sa propre position sociale** et des privilèges qu'elle confère ou non : d'une part pour s'ouvrir aux points de vue des personnes moins privilégiées, et d'autre part pour **s'abstenir d'abuser** de la valeur sociale qui est attribuée à une position sociale supérieure ou de discriminer les moins privilégiés.

À cela s'ajoute, dans le contexte médical, une **inégalité systémique** entre les professionnel·les et les patient·es (cfr. asymétrie fonctionnelle, décrite dans le chapitre à la page 21). En général, les professionnel·les ont des savoirs et savoir-faire dont les patient·es ne disposent

pas, ce qui leur confère une certaine autorité sur les patient·es. Au même moment, les patient·es viennent avec des **besoins** souvent urgents et existentiels vers les professionnel·les qui ne sont pas dans la même situation de besoin, ce qui crée une dépendance. En soi, cette inégalité n'est pas

Le charisme et le statut social sont également des sources de pouvoir.

un problème, même si elle demande aux professionnel·les d'être à tout moment conscient·es de leur pouvoir. La question est d'identifier où cette **inégalité de pouvoir** commence à poser un problème. C'est le cas quand le ou la professionnel·le utilise son pouvoir et/ou son autorité pour porter préjudice à la personne ; il s'agit alors d'un **abus de pouvoir/d'autorité**. Dans le contexte médical, cela peut prendre la forme de nier les connaissances des patient·es sur leurs propres corps et santé, **de ne pas les croire** quand iels expriment des ressentis physiques ou émotionnels, mais aussi l'indifférence à leur bien-être, la privation de soins ou encore des violences verbales, physiques ou sexuelles.

DANS LE SYSTÈME DES DRAPEAUX



Le drapeau est vert lorsque ce critère est respecté, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas d'abus de pouvoir, que les professionnel·les sont à l'écoute des patient·es, qu'ils leur permettent de prendre des décisions **autonomes** sur leurs corps et leur santé et qu'ils **respectent leur intimité et intégrité**.



Le drapeau vire au jaune lorsqu'il y a des soupçons d'abus de pouvoir, ou qu'une **dépendance** est induite par la situation. La **vigilance** est de mise.



Le drapeau passe au rouge si dans une relation d'autorité, les choix de l'usagère ne sont pas respectés et/ou il y a des **abus de pouvoir**.



Le drapeau devient bleu quand ces **abus** prennent des formes **plus graves** et/ou les décisions sont exécutées de manière **autoritaire**.

ADÉQUATION À LA PERSONNE / CAPACITÉ D'AGIR

Devant la même situation, nous ne sommes pas tous·tes sur un pied d'égalité. 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.

Or, plusieurs facteurs peuvent entraver la capacité d'agir des patient·es, au-delà des critères déjà mentionnés ci-avant :

- **La capacité de communiquer** (y compris son consentement ou son refus) peut-être limitée si la personne ne parle pas la même langue que les professionnel·les et si aucune interprétation n'est disponible. Cela concerne des **patient·es issu·es de l'immigration**, mais aussi des **personnes en situation de handicap auditif ou intellectuel**. Malheureusement, un certain nombre de structures de santé n'ont pas toujours les moyens pour mettre à disposition des **interprètes** ou de former leur personnel à la communication en **Facile à lire et à comprendre (FALC)**, ce qui constitue une barrière supplémentaire.
- **Des incapacités d'agir** peuvent être liées à des traumatismes qui se réactivent, par exemple, au moment d'un examen gynécologique. Les professionnel·les devraient donc faire preuve

de **vigilance** par rapport à d'éventuels états de sidération ou de dissociation de leurs patient·es. Certains types de handicap intellectuel, maladies ou états psychiques peuvent également diminuer la capacité d'action, tout comme l'usage de drogues. En contexte obstétrical, n'oublions pas la douleur qui peut être incapacitante.

Plusieurs facteurs peuvent entraver la capacité d'agir des patient·es.

C'est pourquoi les professionnel·les de santé doivent s'assurer que leurs patient·es non seulement donnent leur consentement, mais qu'ils aient les **capacités nécessaires pour identifier et exprimer leurs souhaits et refus**. Le principe de base est de ne pas décider à la place des patient·es. La question de la capacité d'agir se pose aussi du côté des professionnel·les, car le protocole médical, l'organisation logistique du service, y compris le manque de personnel, le manque de formations sur les violences obstétricales, peuvent entraver leur empathie, leur capacité de communiquer de manière respectueuse, de respecter les limites des patient·es et de trouver des solutions avec elleux pour arriver aux meilleurs résultats de santé et de bien-être.

DANS LE SYSTÈME DES DRAPEAUX



Le drapeau est vert si l'usagère a les **compétences** nécessaires **pour comprendre la situation**, connaît ses **droits** et a le même **accès** au service que tout le monde.



Le drapeau est jaune si l'usagère a des **difficultés** pour accéder entièrement au service ou si des **doutes** existent quant à sa capacité de comprendre la situation et d'y réagir.



Le drapeau rouge correspond à des situations où des **serieux doutes** existent sur sa compréhension de la situation et/ou **sur sa capacité d'agir** ou lorsque l'usagère est confrontée à des **obstacles importants** pour accéder au service.



Le drapeau est bleu lorsque la personne **ne possède pas les compétences et capacités d'action** nécessaires et **n'a pas été accompagnée** pour surmonter ces difficultés.

ADÉQUATION PAR RAPPORT AU CONTEXTE

Ici, l'objet de l'évaluation porte sur l'adéquation des soins ou du comportement de la part du ou de la soignant·e au **contexte de santé de la personne** et des **recommandations médicales** et de la **médecine fondée sur les faits** (*evidence-based healthcare*), ainsi que, plus généralement, au contexte professionnel.

En ce qui concerne l'adéquation au contexte professionnel, la déontologie professionnelle est la première référence. L'abstention de mauvais traitement et de discrimination, ainsi que le **respect de la vie privée, de l'intimité et des choix des patient·es** en font partie. Les professionnel·les doivent aussi faire preuve de sensibilité aux différences culturelles en matière de grossesse et de naissance. L'instauration par le service d'un cadre ou d'un règlement déterminant les comportements considérés comme acceptables ou inacceptables, peut représenter un bon appui pour les professionnel·les.

Les professionnel·les doivent aussi faire preuve de sensibilité aux différences culturelles en matière de grossesse et de naissance.

DANS LE SYSTÈME DES DRAPEAUX



Le drapeau est vert si les soins prennent en compte le **contexte de santé** de l'usagère et se fondent sur les **recommandations médicales** et l'**evidence-based healthcare**, et globalement, les comportements du personnel de santé respectent la **déontologie** professionnelle.



Le drapeau devient jaune lorsque les actes posés ne sont **pas tout à fait adaptés au contexte de santé** de la personne, mais respectent globalement les recommandations et l'*evidence-based healthcare*, ou que le comportement du ou de la professionnel·le est en **légère inadéquation** avec la déontologie.



Le drapeau passe au rouge quand les actes ne sont **ni adaptés au contexte de la personne, ni aux recommandations** ou quand il y a des **transgressions importantes** de la déontologie professionnelle.



Le drapeau bleu est réservé à des situations lors desquelles ces transgressions prennent des **formes plus graves** encore.

IMPACT

Les violences obstétricales, nous l'avons vu, peuvent avoir des **conséquences néfastes** importantes pour les **patient-es**, leurs **enfants** et leurs **familles**, mais aussi pour les **professionnel·les**, **auteurs·rices** et **témoins**. Elles peuvent entraîner des complications médicales et affecter la santé physique et mentale des patient-es, parfois de façon irréversible. Ces pratiques fragilisent le lien de confiance et la collaboration entre usagères et équipes médicales, ainsi qu'au sein même des équipes. Du côté des praticien·nes, elles rendent plus difficile l'adéquation avec leurs valeurs, compromettent le bien-être au travail et entravent la capacité d'assurer un accompagnement adéquat. Elles peuvent aussi conduire à la culpabilité, à la perte d'emploi ou de statut social, voire à des poursuites judiciaires ou à des dommages à indemniser. Prévenir ces violences, quel que soit leur degré de gravité, est essentiel pour garantir une meilleure santé globale, une relation de soin respectueuse et une expérience positive pour toutes les parties. Pour tenir compte de ces enjeux, le dernier critère évalue les **impacts réels et potentiels** du comportement.

Pour ce faire, le Système des drapeaux s'appuie sur plusieurs **facteurs aggravants**, dont la **fréquence des faits**, leur **intensité** ou encore l'**impact émotionnel** sur l'usagère victime de violence. Quand c'est non seulement l'usagère qui est impactée, mais aussi l'enfant (à naître), cela augmente également le degré de gravité de l'impact. Il est important de tenir compte non seulement des impacts réels, mais aussi des impacts potentiels, car une situation qui a certaines conséquences peut en générer d'autres dans des circonstances différentes. L'idée est donc de ne pas occulter les conséquences qui auraient pu venir d'une situation, dans l'optique de mettre des mesures en place pour les éviter à l'avenir. En posant l'acte, le ou la soignant·e prend un risque : c'est ce risque qui est évalué à travers le critère de l'impact.

Il est important de tenir compte non seulement des impacts réels, mais aussi des impacts potentiels.

DANS LE SYSTÈME DES DRAPEAUX



Le drapeau est vert quand il n'y a d'**impact négatif** (psychologique, physique, social) **pour personne**.



Le drapeau vire au jaune quand l'acte ou le comportement engendre **une gêne, un mal-être ou une douleur légère**, mais les parties prenantes peuvent continuer à fonctionner normalement.



Le drapeau tourne au rouge quand le mal-être commence à **impacter le fonctionnement** des parties prenantes (stress ou douleur aiguë, panique), ou si la victime ne reçoit pas de soutien, mais est culpabilisée.



Le drapeau est bleu si le comportement transgressif est **répétitif** ou si l'impact est **sévère**, voire durable dans le temps ou nécessitant un soutien à long terme.

CONSENTEMENT

Un accord a-t-il été donné/demandé ?

				
CONSENTEMENT <i>Un accord a-t-il été donné/demandé ?</i>	Consentement clair	Absence de consentement clair	Refus explicite ou pas de consentement	Refus explicite et répété
PLEIN GRÉ <i>Une pression a-t-elle été exercée ?</i>	Absence de contrainte	Légère contrainte, il y a des alternatives	Contrainte importante	Contrainte massive (répétition, violence)
ÉGALITÉ <i>Existe-t-il une différence de pouvoir et/ou une dépendance ?</i>	Respect des choix, absence d'abus de pouvoir	Soupçon d'abus de pouvoir	Abus de pouvoir : non-respect des choix	Abus de pouvoir répété et/ou autoritaire
CAPACITÉ D'AGIR / ADÉQUATION À LA PERSONNE <i>La personne est-elle suffisamment compétente ? Jouit-elle de sa pleine capacité d'action ?</i>	Connaissance des droits, capacité de décider	Doute sur la capacité d'agir ; accès au service compliqué	Peu de capacité d'agir ; barrières d'accès au service	Pas de capacité d'agir ; pas d'accompagnement pour l'accès
ADÉQUATION AU CONTEXTE <i>Ce comportement ou cet acte est-il approprié dans le cadre des soins de santé/médicaux ?</i>	Acte OK pour la santé globale et en accord avec les guidelines	Acte en accord avec les guidelines, pas OK pour la santé globale	Acte inadapté à la santé globale et aux guidelines	Transgressions graves de la déontologie
IMPACT <i>Ce comportement a-t-il un impact négatif sur la personne ou des tiers ?</i>	Aucun impact négatif	Impact négatif, mais fonctionner reste encore possible	Impact négatif, y compris sur le fonctionnement	Impact sévère, répétitif ou à long terme

CADRE JURIDIQUE

Le cadre juridique qui entoure la question des droits des soignant·es et celle des droits des patient·es nécessiterait, à lui seul, un ouvrage de plusieurs centaines de pages. Dans la partie qui suit, nous allons donc en faire une synthèse, sans prétendre à l'exhaustivité. En outre, les lois et réglementations varient régulièrement. Nous conseillons donc aux lecteurs·rices de vérifier les informations qui suivent si la lecture s'éloigne fortement de la date de publication.

CADRE DÉONTOLOGIQUE

Les professionnel·les de la santé sont tenu·es de respecter un ensemble de **règles et de devoirs, propres à leur profession**, qui guide leur conduite, leurs rapports entre professionnel·les et leurs rapports avec les patient·es.

Le cadre déontologique varie en fonction de la profession. Depuis 2019⁵⁶, la **Commission fédérale de contrôle** garantit aux patient·es une pratique professionnelle dans le respect des lois en vigueur. Munie de chambres multidisciplinaires, elle surveille l'exercice des professionnel·les de la santé notamment quant à leur aptitude physique et psychique, le respect de la loi qualité et le respect des limites de chaque profession.

TEXTES DE DÉONTOLOGIE

CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Les **docteur·es en médecine** sont les seul·es professionnel·les de la santé à disposer d'un code déontologique⁵⁷. Il s'agit du **Code de déontologie médicale**⁵⁸, qui est discuté, mis en application et pouvant permettre des sanctions envers ses membres au sein de leur ordre professionnel spécifique. Le Code de déontologie médicale date de 2018 et est régulièrement mis à jour. Le texte **n'a pas valeur de loi**. Pourtant, la Cour de cassation estime que ça ne l'empêche pas de constituer un ensemble de règles qui s'imposent aux médecins⁵⁹ et dont le non-respect peut entraîner des sanctions disciplinaires⁶⁰.

Le texte du Code de déontologie médicale reprend notamment une partie des obligations que l'on retrouve dans la Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient que nous aborderons ci-dessous.

Ainsi, selon l'article 19 du Code de déontologie médicale, les médecins doivent informer les patient·es sur leur état de santé, les examens et les traitements proposés afin qu'ils puissent donner un consentement libre et éclairé. L'article 20 précise quant à lui que le consentement des patient·es doit être obtenu avant tout acte médical et peut être retiré à tout moment. En cas d'incapacité du/de la patient·e à donner son consentement, les médecins doivent prodiguer des soins appropriés dans son intérêt. Les médecins ont également un devoir d'intervention en cas de nécessité envers les patient·es vulnérables ou en danger. Ainsi, selon l'article 29 du Code de déontologie médicale⁶¹, il leur incombe de signaler toute situation de maltraitance, d'exploitation ou de négligence. En cas de danger grave et imminent, ils peuvent alerter le ou la Procureur·e du roi.

Par ailleurs, l'article 9 du Code de déontologie médicale distingue les **erreurs médicales** des **fautes professionnelles** engageant la responsabilité des médecins. Toute faute grave peut être sanctionnée par l'Ordre des médecins. Les sanctions disciplinaires possibles sont l'avertissement, la censure, la réprimande, la suspension du droit d'exercer pour une durée déterminée et la radiation. La procédure peut également aboutir à un classement sans suite ou un acquittement.

Le consentement des patientes doit être obtenu avant tout acte médical et peut être retiré à tout moment.

En outre, les médecins doivent respecter les principes fondamentaux d'éthique, comme le **principe de bienfaisance** et de **non-malfaisance**, qui implique d'agir dans l'intérêt des patient·es tout en évitant de leur causer du tort. Le texte impose également le principe de **respect de l'autonomie** qui vise à permettre aux patient·es de prendre des décisions concernant leur propre santé. Nous pouvons aussi penser au **principe de justice et d'équité**, qui assure, en principe, aux patient·es un **accès aux soins sans discrimination**. Ainsi, l'article 30 du Code de déontologie médicale interdit aux médecins de pratiquer des **actes inhumains ou dégradants**, conformément à l'article 3 de la Convention européenne des droits humains⁶².

CODE DE DÉONTOLOGIE DES PRATICIEN·NES DE L'ART INFIRMIER BELGE

Les **infirmiers·ères** disposent d'un code de déontologie propre à leur profession. Le Code de déontologie des praticien·nes de l'art infirmier belge⁶³ est un ensemble de **principes éthiques et professionnels** que les infirmiers·ères doivent suivre dans l'exercice de leur profession. Il vise à garantir que les soins prodigués soient de **haute qualité**, **respectent la dignité** des patient·es et soient réalisés de manière professionnelle et éthique. Il s'agit d'un cadre de **bonnes pratiques** qui guide les infirmiers·ères dans leurs relations avec les patient·es, leurs collègues, et les autres professionnel·les de la santé.

Ce code de déontologie a été adopté par le Conseil fédéral de l'art infirmier et s'applique à tous·tes les infirmiers·ères, qu'ils exercent dans le secteur hospitalier, ambulatoire ou à domicile.

ET LES SAGES-FEMMES ?

Les sages-femmes belges, malgré une volonté importante en ce sens, n'ont, actuellement, **pas de code de déontologie officiel**. Elles s'appuient cependant sur les repères définis par la Confédération internationale des sages-femmes⁶⁴. Le Comité de coordination des accoucheuses d'expression française (CCAEF) a édité en 1987 un livret intitulé Code de déontologie qui reste encore actuellement enseigné malgré une absence de mise à jour et une impossibilité d'en garantir le respect par un ordre professionnel⁶⁵.

RÔLE DES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES

A. ORDRE DES MÉDECINS

L'**Ordre des médecins** est l'organisation professionnelle qui encadre la profession de médecin. Elle se compose de 10 Conseils provinciaux, deux Conseils d'appel (un francophone et un néerlandophone) et du Conseil national.

Le **Conseil provincial** veille à l'application des règles déontologiques et peut sanctionner les médecins en cas de violation des principes déontologiques. Une plainte peut être déposée par un·e patient·e, un·e collègue ou une institution. Les sanctions disciplinaires incluent :

- un avertissement ;
- une censure ou réprimande ;
- une suspension temporaire du droit d'exercer ;
- une radiation.

B. FÉDÉRATION NATIONALE DES INFIRMIÈRES DE BELGIQUE

Les infirmiers·ères en Belgique sont régi·es par une organisation professionnelle appelée la **Fédération nationale des infirmières de Belgique (FNIB)**, qui défend leurs intérêts et soutient leur développement professionnel.

C. ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES DES SAGES-FEMMES

En ce qui concerne les sages-femmes francophones, elles sont représentées par deux associations, l'**Union professionnelle des sages-femmes belges (UPSfB)**⁶⁶ ainsi que l'**Association francophone des sages-femmes (AFSF)**⁶⁷. Le rôle principal des associations est de promouvoir la profession et de défendre les intérêts moraux, sociaux et professionnels de ses membres.

CHARTRE DE LA CONSULTATION EN GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE DU CNGOF

Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) a adopté une charte⁶⁸ en 2021 visant à garantir une prise en charge respectueuse des usagères. Cette charte n'a aucune valeur coercitive en Belgique. Elle peut néanmoins être un **guide pour une bonne pratique en matière de soins gynécologiques et obstétricaux**. Certaines maternités belges affichent sur leur site internet leur adhésion à une charte de soins de bienveillance obstétricale.

CADRE CIVIL

LOI RELATIVE AUX DROITS DU PATIENT

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient⁶⁹ (M.B. 26-09-2002) définit un cadre légal qui protège non seulement les bénéficiaires des soins, mais aussi la pratique des soignant·es. Elle vise à garantir une **meilleure protection des patient·es** tout en définissant les **obligations des professionnel·les de santé**, leur offrant ainsi un cadre clair pour l'exercice de leur profession, alliant **rigueur, éthique et respect de l'autonomie** des patient·es. Assurer une prise en charge de **qualité** dans le respect de ces principes contribue à renforcer la relation de confiance entre soignant·es et patient·es, essentielle pour une médecine humaine et responsable.

À elle seule, cette loi pourrait faire l'objet de plusieurs centaines de pages de commentaires approfondissant chaque définition, le champ d'application concret de chaque article ainsi que les exceptions possibles. Nous allons nous contenter ici d'en faire un bref tour d'horizon.

OBLIGATION DE FOURNIR DES SOINS DE QUALITÉ (ART. 5)



Tout·e professionnel·le de la santé est tenu·e de prodiguer des **soins attentifs, consciencieux et conformes aux avancées scientifiques**. Cela implique une mise à jour constante des connaissances et des pratiques médicales, ainsi qu'un devoir de prudence et de diligence. Il est essentiel de rappeler que cette obligation consiste, en général, en une obligation de moyens et non de résultat. Cela signifie que le ou la soignant·e doit **tout mettre en œuvre pour dispenser des soins adaptés**, mais iel ne peut garantir un succès absolu du traitement. Il s'agit, en quelque sorte, d'un **devoir de conscience** qui s'impose aux soignant·es⁷⁰.

Attention, les soignant·es sont tenu·es, dans une moindre mesure, il est vrai, à une obligation de résultat dans certaines circonstances.

C'est notamment le cas lorsqu'il s'agit de respecter des obligations légales telles que le respect du secret professionnel. C'est également le cas pour les devoirs d'humanisme tels que l'interdiction de pratiquer des interventions non acceptées par le ou la patient·e.

Enfin, certains actes précis font également l'objet d'une obligation de résultat. Pensons, par exemple, au comptage des compresses et de tout matériel utilisé lors d'une intervention chirurgicale, afin de ne pas laisser, par inadvertance, de corps étrangers dans le corps de la personne opérée.

En outre, la **qualité des soins** ne peut pas être conditionnée par le choix présent ou passé du ou de la patient·e. Par exemple, un refus préalable d'une analgésie ne doit pas empêcher l'administration d'un soulagement de la douleur ultérieurement. Ainsi, de manière générale, les patient·es ont le droit de refuser un acte ou de solliciter une **alternative** si elle existe voire **un autre avis médical** tout en continuant à bénéficier de soins de qualité. Les professionnel·les de santé doivent donc continuer à prendre en charge la personne même si celle-ci refuse une intervention ou un acte précis.

RESPECT DU LIBRE CHOIX DU OU DE LA PROFESSIONNEL·LE DE SANTÉ (ART. 6)

La relation soignant·e-patient·e repose sur un **équilibre entre expertise médicale et autonomie du ou de la patient·e**. Les patient·es ont le droit de choisir leur praticien·ne et de changer si nécessaire, sauf si une loi en dispose autrement⁷¹, comme c'est le cas pour la médecine de contrôle ou encore le traitement médical des détenu·es.

Bien qu'elle ne le mentionne pas explicitement, la loi sur les droits du patient implique indirectement le droit de choisir le genre du ou de la soignant·e si l'usagère n'est pas à l'aise avec le genre du ou de la professionnel·le pour des raisons médicales ou personnelles (sauf en cas d'urgence ou de la présence dans l'hôpital d'un·e seul·e spécialiste).

DEVOIR D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ (ART. 7 À 9)



Informers les patient·es est un pilier fondamental de la relation thérapeutique. De manière générale, avant tout acte médical, les soignant·es doivent, en principe, fournir une information complète et compréhensible sur :

- la nature de l'intervention ;
- son objectif ;
- son urgence ;
- les alternatives disponibles ;
- les risques et effets secondaires potentiels.

Le consentement doit être libre (sans pression) et éclairé (avec une compréhension suffisante des enjeux). Le corollaire de ce principe est qu'un·e patient·e peut refuser d'être informé·e sur son état de santé si tel est son souhait. Ce choix doit, en principe, être respecté. Iel peut également choisir une personne de confiance qui sera alors chargée de recevoir les informations à sa place ou avec lui/elle.

Il existe cependant différentes situations, encadrées par la loi, dans lesquelles ce principe ne s'applique pas tel quel. Ainsi, le droit de ne pas être informé·e doit être mis en balance avec le risque de préjudice grave en cas d'absence d'information. C'est notamment le cas lorsqu'une personne est atteinte d'une infection sexuellement transmissible et peut en contaminer d'autres si elle ne connaît pas le diagnostic. À l'inverse, la loi prévoit aussi l'exception thérapeutique qui permet au/à la soignant·e de ne pas informer le ou la patient·e. Pour toutes ces exceptions, la loi prévoit en général des conditions à respecter.

Par ailleurs, le consentement du ou de la patient·e peut se marquer à travers un écrit. C'est par exemple le cas du « projet de naissance » qui permet à la femme enceinte de clarifier ses attentes et ses besoins en prévision de son accouchement.



Cas particulier des mineur·es (art. 12)

Lorsque le ou la **patient·e est mineur·e**, ce sont généralement les parents, ou la personne qui détient la tutelle, qui exercent ses droits. Toutefois, en cas de danger grave pour la santé de l'enfant, le ou la soignant·e peut passer outre l'opposition des parents et intervenir dans l'intérêt du ou de la patient·e.

Suivant son âge et sa maturité, le ou la patient·e mineur·e est associé·e à l'exercice de ses droits. Lorsqu'un·e patient·e mineur·e est considéré·e comme apte à apprécier raisonnablement ses intérêts, iel peut exercer ses droits de manière autonome.

J'ai déjà vu un anesthésiste refuser de faire une péridurale à une usagère de 17 ans qui était en train d'accoucher parce qu'elle n'était pas majeure et que ses parents n'étaient pas là pour donner leur accord. Cela me reste en travers de la gorge.

Témoignage
d'une sage-femme



DROIT DE REFUS DES SOINS

Un·e patient·e a le **droit de refuser un traitement ou de retirer son consentement à tout moment**. Le ou la soignant·e est tenu·e de respecter ce choix, **même en cas d'urgence vitale**. Le ou la patient·e peut également exiger que son refus soit consigné par écrit.

Si un refus de traitement est exprimé avant une perte de conscience, ce refus doit être respecté même lorsque le ou la patient·e n'est plus en mesure de s'exprimer.

Rappelons que seule la décision de la personne elle-même compte, sauf exception prévue par la loi. Ainsi, si une personne enceinte refuse un soin ou un traitement, **son refus doit être respecté**, même si cela peut mettre l'embryon ou le fœtus en danger. En effet, les **droits fondamentaux de la personne priment**, en principe, toujours sur l'être qui grandit en elle et qui n'a pas encore acquis de personnalité juridique car celle-ci s'acquiert lorsque l'enfant vient au monde vivant et viable. Ce sujet fait, néanmoins, l'objet de controverses qui dépassent largement le cadre du présent ouvrage.

RESPECT DE LA VIE PRIVÉE ET DE L'INTIMITÉ (ART. 10)

Le droit à la vie privée implique plusieurs obligations pour les soignant·es :

- respect du **secret professionnel** ;
- **protection de l'intimité physique** du ou de la patient·e (par exemple fournir un drap durant un examen ou éviter une exposition inutile du corps) ;
- possibilité pour le/la patient·e de **refuser la présence d'étudiant·es** lors d'une consultation.

MÉDIATION EN CAS DE LITIGE (ART. 11)

Lorsqu'un·e patient·e estime que ses droits n'ont pas été respectés, iel peut **introduire une plainte** auprès du service de médiation de l'hôpital ou de l'établissement concerné.

Le rôle du/de la soignant·e est d'être à l'écoute et de favoriser un dialogue constructif pour **résoudre le conflit à l'amiable**. Toutefois, iel peut aussi être directement mis·e en cause dans une plainte et devra alors se conformer aux procédures de médiation mises en place.

OBLIGATION DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR (ART. 11 BIS)

Le **soulagement de la douleur** est un **droit fondamental** des patient·es.

Les soignant·es ont l'obligation de :

- évaluer la douleur de manière continue ;
- informer le/la patient·e sur les traitements disponibles ;
- respecter son choix concernant la prise en charge de sa douleur.

Refuser une analgésie à un·e patient·e sous prétexte qu'iel l'avait refusée auparavant constitue donc une faute professionnelle pour autant qu'il soit encore possible de l'administrer.

RESPONSABILITÉ CIVILE

Si un·e soignant·e manque à ses obligations, **sa responsabilité peut être engagée selon le droit commun de la responsabilité civile** (livre 6 du Code civil). **Trois éléments doivent être réunis : une faute, un dommage et un lien de causalité.**

Revenons sur ce qu'en dit le Code civil, dans sa toute dernière version. Tout d'abord, il énonce qu'une personne est « responsable du dommage qu'elle cause à autrui par sa faute ».

- Il définit alors la **faute** comme étant un « **manquement à une règle légale imposant ou interdisant un comportement déterminé ou à la norme générale de prudence qui doit être respectée dans les rapports sociaux** ». Cette norme générale de prudence impose d'adopter un comportement qui soit conforme à celui qu'une personne prudente et raisonnable aurait adopté dans les mêmes circonstances. Le Code précise que « peuvent notamment être pris en considération : 1° les conséquences raisonnablement prévisibles du comportement ; 2° la proportionnalité entre le risque de survenance du dommage, sa nature et son étendue, et les efforts et mesures nécessaires pour l'éviter ; 3° l'état des techniques et des connaissances scientifiques ; 4° les règles de l'art et les bonnes pratiques professionnelles ; 5° les principes de bonne administration et de bonne organisation. » (art. 6.6 du Code civil).
- Quant au **dommage**, le Code civil le définit comme étant la **conséquence** économique ou non économique **d'une atteinte à un intérêt personnel qui est protégé par le droit**. Il ne peut pas s'agir de la perte d'un avantage qui trouve directement son origine dans une situation ou une activité illicite qui serait imputable à la personne lésée (art. 6.24 du Code civil). De plus, le Code précise que seul le dommage certain est réparable et qu'un dommage futur n'est réparable que s'il est la conséquence certaine d'une atteinte actuelle à un intérêt personnel protégé par le droit (art. 6.25 du Code civil).
- Enfin, le Code précise ce qu'on entend par « **lien de causalité** » entre la faute et le dommage. Il faut que la faute soit une **condition nécessaire** du dommage. En principe, il faut donc prouver que le dommage a eu lieu à cause de la faute et que sans la faute (seule ou en corrélation avec d'autres faits), le dommage n'aurait pas eu lieu. En tout état de cause, c'est le ou la juge qui déterminera si le lien entre la faute et le dommage est suffisant pour **invoquer la responsabilité**.

Le Code précise aussi ce qu'il en est lors de la perte d'une chance. La personne lésée a alors droit à une réparation partielle, proportionnelle à la probabilité que le dommage ait été causé par la faute.

La faute peut être constituée par le **non-respect de la loi de 2002** ou un **acte contraire aux pratiques professionnelles usuelles**. Le ou la juge apprécie au cas par cas si la responsabilité du ou de la soignant·e est engagée.

La responsabilité civile peut être engagée lorsque ces trois éléments sont réunis :

- 1 - une faute
- 2 - un dommage
- 3 - un lien de causalité

DISCRIMINATION

La loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination énonce une série de **critères protégés** parmi lesquels se trouvent l'âge, l'orientation sexuelle, la conviction religieuse, la langue, l'état de santé et l'origine.

Le **serment d'Hippocrate** auquel sont tenu·es d'adhérer les médecins prévoit également qu'aucune considération d'âge, de maladie ou de handicap, des convictions philosophiques, des considérations d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur ne doit s'interposer entre le devoir des médecins et des patient·es.

Pourtant, la discrimination dans le milieu médical existe. Elle se manifeste notamment au travers du « syndrome méditerranéen » (voir page 21).



CADRE PÉNAL

Les professionnel·les de santé doivent être conscient·es des implications de leur pratique sur le plan pénal. Respecter les protocoles, garantir une prise en charge conforme aux règles de l'art et agir avec prudence et diligence sont des principes fondamentaux pour éviter toute **mise en cause judiciaire**. Le cadre pénal, strict et d'interprétation rigoureuse, vise à **sanctionner des comportements jugés inadéquats** au sein de notre société.

RESPONSABILITÉ PÉNALE : UNE FONCTION RÉPRESSIVE⁷²

La responsabilité pénale des soignant·es vise à sanctionner les infractions aux lois pénales. Elle peut entraîner des **sanctions** telles que des **amendes** ou des **peines d'emprisonnement**. Cette responsabilité concerne tous·tes les professionnel·les de santé et s'applique lorsqu'une **infraction au Code pénal** est constatée. L'infraction peut exister même lorsque le ou la soignant·e souhaite faire correctement son travail et n'a pas l'intention de nuire à autrui. C'est le Code pénal qui définit précisément chaque infraction.

Les **deux éléments constitutifs d'une infraction** sont l'**élément matériel** et l'**élément moral**. Les deux éléments doivent être réunis pour constituer une infraction.

Contrairement à la responsabilité civile, **en droit pénal, seules les infractions expressément prévues par la loi** peuvent être retenues. Ainsi, une faute civile comme le défaut d'information ou la perte de chance ne peut pas être invoquée pour engager une responsabilité pénale.

Le **délai de prescription**, c'est-à-dire la période au-delà de laquelle une action en justice ne peut plus être engagée, varie en fonction de l'infraction commise.

La responsabilité pénale des prestataires de soin s'applique lorsqu'une infraction au Code pénal est constatée.

Pour qu'une infraction soit constituée, deux éléments doivent être réunis : l'élément matériel et l'élément moral.

INFRACTION EN MILIEU MÉDICAL

Les **fautes professionnelles** en matière de soins de santé qui entraînent un **dommage** et obligent le ou la soignant·e à réparer sont, généralement, également susceptibles de poursuites en matière pénale. Par définition, les soignant·es portent atteinte à l'intégrité physique d'un·e patient·e. Une prise de sang, c'est effectuer, volontairement, un trou dans un corps humain. **Si l'atteinte à l'intégrité du ou de la patient·e ne respecte pas les conditions de la licéité** (conforme au droit) de l'acte médical, il risque d'y avoir une possibilité de poursuite sur le plan pénal. Il y a régulièrement une reconnaissance de « coups et blessures involontaires ». Les deux systèmes de responsabilité sont donc bien souvent mis en œuvre ensemble par la personne victime de dommage.

INFRACTIONS PÉNALES EN MÉDECINE

Certaines infractions du Code pénal peuvent concerner les soignant·es. En voici quelques-unes :

A) ATTEINTES INVOLONTAIRES À LA VIE ET À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE

- **Les blessures involontaires** : si un·e patient·e subit une blessure en raison d'une erreur ou d'une négligence du/de la soignant·e.
- **L'homicide involontaire** (art. 418 CP) : si un acte ou une omission médicale conduit au décès du/de la patient·e sans intention de donner la mort.

B) ATTEINTES VOLONTAIRES À LA VIE

- **Les coups et blessures volontaires** (art. 401 CP) : lorsque des actes médicaux sont réalisés sans consentement et/ou sans justification thérapeutique.
- **L'homicide volontaire et les empoisonnements** : applicables notamment aux cas d'**euthanasie active illégale**.

C) INFRACTIONS À L'INTÉGRITÉ SEXUELLE (articles 417/5 et suivants CP)

L'atteinte à l'intégrité sexuelle, quel que soit le degré, est le fait de commettre un acte sexuel sans le consentement de la personne sur qui il est posé. Un viol est commis dès lors qu'il y a pénétration sexuelle sans le consentement de la personne qui la subit. En matière pénale, le fait d'avoir conscience de ne pas respecter une règle peut suffire pour que l'infraction soit établie (élément moral).

Ainsi, **effectuer un toucher vaginal sans obtenir de consentement préalable** du ou de la patient·e (hors le cas de l'urgence vitale) **pourrait donc être interprété** par un tribunal **comme un viol alors même que son auteur·rice n'avait pas l'intention de pratiquer un acte sexuel**. À notre connaissance, il n'y a pas de jurisprudence sur le sujet à ce jour.



D) OMISSION DE PORTER SECOURS (art. 422 bis et suivants CP)

Un·e soignant·e qui, en ayant la capacité d'agir, s'**abstient volontairement** d'apporter une aide à une personne en danger peut être poursuivi·e pour autant qu'il ne soit pas en danger ou ne mette personne d'autre en danger par son intervention.

E) VIOLATION DU SECRET PROFESSIONNEL (art. 458 et suivants CP)

Tout·e professionnel·le de santé est tenu·e au secret professionnel. Le non-respect de cette obligation peut entraîner des sanctions pénales, sauf en cas de **dérogations légales** (ex. signalement de maltraitance).

F) FALSIFICATION DE DOCUMENTS MÉDICAUX

Les faux certificats : la délivrance d'un certificat mensonger engage la responsabilité pénale du ou de la soignant·e.

G) EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE

Toute personne pratiquant des actes médicaux sans formation ou autorisation légale peut être poursuivie pour exercice illégal de la médecine.

H) PRESCRIPTION DE SUBSTANCES ILLICITES

La **prescription abusive** ou injustifiée de médicaments interdits ou contrôlés peut entraîner des sanctions.

TORTURE ET TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS

L'article 3 de la Convention européenne des droits humains⁷³, directement lié à la dignité humaine et l'intégrité physique, **interdit la torture, les peines et traitements inhumains ou dégradants**. Cette Convention joue un rôle important en droit belge. En effet, elle s'applique directement dans notre système juridique. Dès lors, aussi bien l'**État** que **les personnes physiques** en passant par **les institutions**, toutes sont tenues au respect des règles prévues dans cette Convention.

Il faut se référer à la jurisprudence de la Cour européenne des droits humains pour comprendre quand s'appliquent les différentes notions contenues dans l'article 3⁷⁴.

D'abord, l'article 3 s'applique en présence d'**un minimum de gravité**. L'appréciation de ce seuil dépend des éléments concrets du mauvais traitement infligé tels que sa durée, ses effets tant physiques que psychologiques et des caractéristiques de la victime.

Lorsque des traitements inhumains sont délibérément infligés et qu'ils provoquent de graves et cruelles souffrances, ils constituent de la **torture**. **Deux critères** doivent se cumuler pour considérer un acte comme de la torture : la **gravité de l'acte** et l'**intention qui le motive**.

Notons que par principe, nous avons choisi de préférer les termes « droits humains » au lieu de « droits de l'homme », ce qui correspond, par ailleurs, aux termes anglais *human rights*.



Concernant les traitements, **un traitement est considéré comme dégradant** lorsqu'il provoque chez la victime « [...] des sentiments de peur, d'angoisse et d'infériorité propres à les humilier, à les avilir et à briser éventuellement leur résistance physique ou morale ».

Enfin, est considéré comme inhumain le traitement qui est notamment **prémédité** et de **longue durée**.

Dans le domaine médical, la Cour considère classiquement qu'un acte imposé par **nécessité thérapeutique** ne peut être considéré comme inhumain ou dégradant, à condition que la nécessité médicale soit démontrée de manière convaincante.

La jurisprudence de la Cour européenne des droits humains nous permet d'en savoir davantage sur les VGO et leur potentielle qualification de traitements inhumains ou dégradants.

Ainsi, la Cour s'est prononcée à propos de la **stérilisation forcée et l'avortement forcé** d'une femme dans **l'arrêt V.C. c. Slovaquie en 2011**. Elle nous enseigne que lorsque la stérilisation n'est pas pratiquée de manière légitime à la demande de la personne concernée (ex. contraception) ou à des fins thérapeutiques quand l'existence d'une nécessité médicale est établie de façon convaincante, **la stérilisation imposée sans consentement est incompatible avec le respect de la liberté et de la dignité humaine**.

Dans cette affaire, la Cour a donc conclu que la stérilisation de la requérante sans son consentement éclairé après une césarienne violait son **droit à l'autonomie et à la dignité humaine**, en raison du **manque de respect** du personnel médical **envers ces droits**, bien que l'intention malveillante du personnel médical n'ait pas été prouvée. Cela constituait une violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits humains.

En revanche, dans **l'affaire Y.P. c. Russie (2022)**, la Cour a jugé que la stérilisation sans consentement, effectuée en urgence lors d'une césarienne, n'atteignait pas le seuil de gravité nécessaire pour une violation des droits humains, les médecins ayant agi par souci sincère de la santé de la patiente dans une situation d'urgence, sans élément supplémentaire de vulnérabilité particulière.

Enfin, dans **l'arrêt S.F.K. c. Russie (2022)**, la Cour a jugé que l'avortement qui avait été pratiqué dans un hôpital public en infraction aux normes médicales et contre la volonté d'une jeune adulte vulnérable qui subissait la contrainte de ses parents, était contraire à la dignité humaine et qu'il constituait une forme choquante de traitement inhumain et dégradant, compte tenu des effets physiques et psychologiques qu'il avait produits dans l'immediat et à long terme sur la requérante.

La Cour européenne des droits humains nous permet d'en savoir davantage sur les VGO et leur potentielle qualification de traitements inhumains ou dégradants.

COMMENT PRÉVENIR ET INTERVENIR EN CAS DE VIOLENCES OBSTÉTRICALES ?

AUTODÉFENSE FÉMINISTE ET INTERVENTION PAR LES TÉMOINS

QU'EST-CE QUE L'AUTODÉFENSE FÉMINISTE ET QUELLE EST SA PLACE DANS LA SALLE D'ACCOUCHEMENT ?

L'autodéfense féministe (ADF) est une **approche globale de la prévention primaire des violences de genre**, dont les violences obstétricales font partie. Elle a été développée dans les années 1970 et s'adapte de manière continue aux nouveaux savoirs sur les violences de genre. Contrairement aux idées reçues, l'ADF ne ressemble guère à un art martial : s'il peut être rassurant et encourageant d'apprendre à se défendre physiquement, le point focal est mis sur la prévention, à savoir comment éviter de devoir se défendre avec des coups. C'est pourquoi la **boîte à outils de l'ADF** contient nombre d'éléments qui peuvent aussi vous servir pour prévenir les violences obstétricales : **gérer les émotions** générées par la violence, savoir **reconnaître vos propres limites** et **les poser** verbalement et non-verbalement, **désamorcer des situations** potentiellement dangereuses, etc.

Pendant plusieurs décennies, l'ADF a prouvé son efficacité sur plusieurs plans⁷⁵ :

- Les participant·es à des stages d'ADF rapportent une **baisse du sentiment d'insécurité** et une **confiance en soi** renforcée. Iels adhèrent moins aux mythes sur les violences (les inconnus dangereux, la ruelle sombre...) et se sentent plus capables de gérer des situations d'agression, un ressenti **d'auto-efficacité** qui se traduit aussi dans d'autres domaines de la vie.
- Les participant·es à des stages d'ADF, en comparaison à des groupes de contrôle aléatoires, sont par la suite **moins souvent confronté·es à des situations d'agression**. Quand iels y sont confronté·es, iels s'en sortent plus indemnes et, à long terme, rapportent moins d'impacts psychologiques négatifs.

- Les personnes victimes de violence ne se sentent pas (plus) culpabilisées par le fait d'apprendre à se défendre, au contraire : elles sont demandeuses. En effet, l'ADF, en plus de **prévenir de futures agressions**, peut les aider à **reconnaître et nommer des violences** vécues comme telles, **diminuer les symptômes traumatiques** et **accéder aux services de soutien**.

L'ADF a donc une utilité immédiate pour tous·tes ses pratiquant·es. Mais **quel est son pouvoir face aux violences obstétricales ? Dans les mains des patient·es**⁷⁶, elle peut servir comme défense contre les nombreuses transgressions, discriminations et violences que nous avons énumérées dans ce manuel. Or, pour se défendre, il faut en être capable. Trouver une riposte peut être **compliqué quand on se tord de douleur**, qu'on est inconscient·e ou tout simplement qu'on ne comprend pas ce que des professionnel·les sont en train de faire. Et c'est là que les professionnel·les témoins de violence peuvent intervenir. En effet, **les outils de l'ADF fonctionnent aussi pour défendre une tierce personne. Parfois, les professionnel·les témoins sont tout simplement les mieux placés pour le faire.**

Les outils de l'autodéfense féministe fonctionnent aussi pour défendre une tierce personne.

Parfois, les professionnel·les témoins sont tout simplement les mieux placés pour le faire.

POURQUOI EST-IL DIFFICILE D'AGIR EN TÉMOIN ?

L'intervention par les témoins est une **approche éducative qui s'adresse à un public spécifique** (ex. des étudiant·es) qui peut être amené à être témoin d'un certain type de violence. Des programmes de formation existent sur différents sujets, entre autres les agressions sexuelles, le racisme ou encore la transphobie. Ces cours incluent des éléments de l'ADF, notamment certaines stratégies d'intervention, et sont souvent développés par les mêmes organisations qui transmettent aussi l'ADF.

Les **témoins** n'englobent pas uniquement les **personnes qui assistent directement** à la situation problématique, mais incluent toutes les **personnes qui ont appris** d'une manière ou d'une autre **qu'elle a eu lieu**. La connaissance des faits suffit pour rendre les témoins responsables pour intervenir. Or, intervenir de cette position n'est pas (toujours) évident à mettre en pratique. En plus des obstacles habituels comme le manque d'outils pratiques ou « **l'effet témoin** » qui disperse la responsabilité sur plusieurs personnes de manière à ce que plus personne ne se sente suffisamment responsable pour agir, d'autres conditions spécifiques au contexte médical peuvent empêcher les témoins professionnels d'intervenir.

J'ai trop peur d'oublier les valeurs qu'on a quand on est étudiante, car durant nos années d'études, nos profs essaient de nous alerter sur ce sujet. Il faut qu'on réussisse à garder cette force et la sensibilité qu'on a, ce qui est très dur parce que vivre tout cela est épuisant, mais c'est fondamental pour les patientes.

Témoignage
d'une étudiante sage-femme



Tout d'abord, les institutions médicales, comme tous les services publics, opèrent depuis longtemps **sous pression** : **sous-financement** chronique, **gestion publique néolibérale** et **mal-être au travail**. La solidarité professionnelle et la **confraternité** alimentent encore trop souvent un climat d'omerta qui permet à certains **dysfonctionnements, abus de pouvoir et micro-agressions** de se perpétuer (parallèlement, les violences des patient·es envers les professionnel·les de santé ont augmenté). Prendre position face à des actes médicaux transgressifs ou des pratiques violentes peut paraître risqué. Cette peur n'est pas sans fondement. Les représailles peuvent prendre diverses formes plus informelles (retrait de la solidarité

professionnelle, remontrances, ragots, exclusion, menaces, etc.) ou être sanctionnées par l'institution (blâme, licenciement, etc.).

En plus de cela, le monde médical est structuré en **hiérarchies** très prononcées (diplômes, fonctions, ancienneté...) et la prise de parole et le pouvoir décisionnel sont concentrés dans quelques mains seulement. Une **chaîne de commandement** prescrit « qui peut parler à qui » quand il y a des problèmes, et le fait de sauter des étapes pour passer outre des personnes qui abusent de leur position ou sont indifférentes est mal vu. **Ne pas dénigrer l'autorité médicale, se trouver en bas de l'échelle hiérarchique**, par exemple comme étudiant-e sage-femme, aide logistique, auxiliaire de puériculture ou collègue récemment arrivé-e dans le service, réduit les possibilités de se faire entendre tout en augmentant la peur d'éventuelles représailles. Heureusement il y a des stratégies moins directes qui peuvent aussi mener au but, même quand on est dans une position subordonnée.



Comme le reste de la société, le monde médical est traversé par des **représentations** et des **préjugés**. Ceux-ci peuvent jouer en défaveur des victimes de violences obstétricales, notamment lorsqu'ils sont basés sur des croyances discriminantes (liées au genre, à la classe sociale, à l'origine ethnique, ou autre). Il est donc crucial de **reconnaître les biais** qui agissent sur votre évaluation d'une situation et votre prise de décision.

Parfois ce sont aussi des représentations ou suppositions de ce que les autres professionnel·les pensent qui font barrière à l'intervention.

En effet, si un·e professionnel·le témoin est convaincu·e d'être la seule personne à considérer un comportement comme problématique (« Apparemment les autres trouvent ça normal. »), cela élève le seuil pour intervenir. Même si nous n'avons pas de chiffres à l'appui, lors de la préparation de ce manuel, nous avons pu rencontrer un bon nombre de professionnel·les, et aucun·e ne trouvait que les violences obstétricales étaient normales ou acceptables, au contraire ! **En réalité, vous n'êtes certainement pas la seule personne dans votre service ou organisation à vouloir bien faire votre travail et agir contre les violences obstétricales.** Nous vous conseillons donc d'aller à la recherche d'allié·es. Vous pouvez laisser traîner ce manuel dans la salle de pause, mettre le sujet à l'ordre du jour de la prochaine réunion d'équipe, utiliser un cas concret pour poser des questions naïves... Autant de possibilités pour tâter le terrain ! Aussi, lorsque vous exprimez votre désaccord face à une situation, le seuil d'hésitation de vos collègues (qui pensaient peut-être que vous étiez d'accord avec la situation) baisse. Dans tous les cas : en parler autour de vous aide à questionner les idées préconçues sur les attitudes des autres.

J'en ai parlé avec les sages-femmes, qui ont dit que ce gynécologue faisait des épisiotomies sur tout le monde. Je me suis demandée si je devais le dire à la patiente, ou si je devais en parler au gynécologue. Comme j'étais en première année sage-femme je me suis dit que ce n'était pas possible. Mais personne n'a réagi, personne n'a rien dit autour dans l'équipe. C'était une banalité.

Témoignage
d'une étudiante sage-femme



L'impression d'être la seule personne à considérer un comportement comme problématique peut entraver la volonté d'intervenir.

POURQUOI INTERVENIR ?

La connaissance des faits suffit pour rendre les témoins responsables d'intervenir. Nous partons de l'idée que vous lisez ce manuel parce que vous êtes déjà motivé·e à agir. Mais au cas où il vous faut un petit coup de boost personnel – ou des arguments pour convaincre vos collègues – voici quelques bonnes raisons de s'en mêler et d'intervenir.

- ➔ ● **Une cause juste** : les violences obstétricales causent des souffrances et mettent en danger la **santé, l'intégrité et la vie** des patient·es et de leurs enfants. Empêcher ces violences de se produire contribue à prévenir ces souffrances et risques et à transformer le secteur médical en un espace où tout le monde trouve les services de santé de qualité.
- ➔ ● **La déontologie professionnelle** : le plaisir du travail bien fait est une raison majeure pour laquelle nous retournons tous les jours au travail malgré les conditions difficiles de stress, le manque de ressources et les tensions. Prévenir des violences obstétricales fait partie de la **déontologie professionnelle**. En plus, mettre en pratique des valeurs comme la **solidarité** et le courage peut sensiblement améliorer l'**estime de soi** personnelle et professionnelle.
- ➔ ● **Être du bon côté** : qu'importe ce que vous en pensez, une usagère victime de violence obstétricale va vous percevoir comme faisant partie du problème si vous ne réagissez pas. Votre intervention peut lui signaler que tout le monde n'est pas d'accord avec ce qui s'est passé, et l'aider à **surmonter l'expérience de violence**.
- ➔ ● **Être un·e leader** : le leadership signifie aussi avoir la force de ses convictions pour ne pas suivre la majorité silencieuse (perçue) quand l'injustice se manifeste, y compris sous la forme de violence obstétricale. En intervenant, vous pouvez **montrer l'exemple** et **inviter vos collègues à vous suivre** dans cette entreprise qu'est la prévention des violences.
- ➔ ● **Et moi alors ?** Il y a aussi des raisons égoïstes, mais pas moins valides pour autant, de s'engager dans la prévention des violences obstétricales. Vous pouvez **éviter des conséquences négatives** pour vous, que ce soit des **conséquences légales** (ex. non-assistance à personne en danger, complicité, responsabilité civile) et **au niveau de votre emploi** (blâme, licenciement pour faute grave).
- ➔ ● **Transformer le monde médical** : nous l'avons dit et nous le répéterons autant qu'il le faudra ! **L'écrasante majorité des violences obstétricales émergent surtout quand les professionnel·les n'ont pas les ressources (temps, formation continue, financements...) pour faire leur travail correctement**. Intervenir en tant que professionnel·le témoin peut aussi augmenter la pression collective pour changer ces conditions de travail vers un meilleur pour tous·tes.

INTERVENIR EN TANT QUE TÉMOIN PROFESSIONNEL

Toute **intervention** par les témoins se compose de **quatre étapes**.

#1

La personne témoin se rend compte de ce qui se passe, par exemple qu'un acte médical particulier va être posé.

#2

Elle reconnaît qu'il s'agit d'un problème, par exemple par un manque de consentement ou parce qu'il s'agit d'une pratique déconseillée.

#3

Elle prend la responsabilité personnelle d'intervenir.

#4

Elle agit et désamorce la situation en diminuant les conséquences négatives.

Il ne s'agit pas de se jeter héroïquement entre deux combattant-es pour mettre fin à la violence, mais de **combiner savoirs médicaux, valeurs** personnelles et professionnelles **et capacité d'agir** pour arriver à une intervention efficace. La plupart du temps, une stratégie même subtile peut suffire pour prévenir la violence et/ou en réduire l'impact.

GARDER SON CALME

Qu'on soit seul-e ou à plusieurs, être témoin de violence n'est jamais facile. Le **stress vicariant** déclenche les mêmes processus physiologiques (libération d'adrénaline, fréquence cardiaque élevée, tension musculaire, activation de l'amygdale...) que d'être soi-même victime d'une agression. Ce sont des signaux d'alarme qui vous indiquent que quelque chose ne va pas et qu'il faut agir pour rétablir le bon équilibre. Ce ressenti, peut-être désagréable, joue un rôle clé dans la **reconnaissance de vos propres limites** et de celles d'autrui.

Les mêmes trucs et astuces aident à **garder son calme** si on est victime ou témoin. Il s'agit de **rester au commandes de ses actes**, de pouvoir **évaluer la situation, choisir une manière d'intervenir** et la mettre en pratique sans perdre ses moyens, rester paralysé-e ou perdre le contrôle de soi.

Trois stratégies de gestion du stress peuvent se compléter les unes les autres :



Les **stratégies du self-care corporel** s'adressent directement au corps et cherchent à **diminuer les effets physiologiques du stress** : respiration profonde, détendre les muscles tendus par le stress, adopter une position d'équilibre et de stabilité pour se rassurer, faire de l'effort physique pour se défouler...



Les **stratégies d'évitement du stress** mettent à **distance la source du stress** et par ce biais maîtrisent mieux son impact : prendre de la distance physique, interrompre la situation et/ou faire une pause, prendre du recul mental, attendre avant de réagir...



Les **stratégies de proximité au stress** visent à **contrôler la source du stress** de près pour qu'il n'y ait plus besoin de stresser : analyser la situation, exprimer et accepter son ressenti, se parler à soi-même pour s'encourager, chercher une solution, partager la responsabilité avec d'autres personnes, projeter une fin positive...

Ces mêmes stratégies peuvent être utilisées **pendant la situation** stressante, mais aussi **en amont** et **après coup**. Par exemple, si vous savez que demain, vous allez devoir travailler avec telle personne qui a déjà eu des comportements violents, vous pouvez vous préparer à l'éventualité que cela se reproduise, et cela émotionnellement pour mieux vous blinder et pratiquement en planifiant en amont votre réaction. Ou vous êtes intervenu-e dans une situation de violence obstétricale, avec le pic d'adrénaline que cela entraîne, et vous pouvez utiliser les mêmes types de stratégies plus tard, en dehors de la situation, pour vous défouler, détendre, débriefer, selon vos besoins individuels.

ENVERS QUI AGIR ET QUAND ?

L'**intervention des témoins** se décline en **deux temps** et vise **trois publics**. Il est possible d'**intervenir à chaud**, durant les faits, et on peut également **intervenir à froid** après que les faits se soient produits. **L'un n'empêche pas l'autre**. Si vous avez hésité trop longtemps, que vous n'avez pas osé intervenir immédiatement ou que vous avez pris connaissance des violences plus tard, **intervenir après les faits a tout son sens**. Une intervention différée peut venir compléter une intervention à chaud : une fois la situation passée, libérée de ses tensions et de ses émotions, il est souvent plus facile d'amener l'auteur-riche à réfléchir à son comportement ou d'approfondir le soutien apporté à la victime. De même, il est possible d'uniquement intervenir au moment même, sans suivi, notamment quand vous n'avez plus de contact avec les personnes impliquées. Même s'il est préférable d'empêcher la violence le plus tôt possible pour en réduire son impact, il n'est **jamais trop tard pour intervenir**.

Vous avez également la possibilité de réagir auprès de trois différents groupes de personnes dans la situation : l'**auteur-ric**e, la victime, les autres témoins. Auprès de l'auteur-ric

	SUR LE MOMENT	APRÈS LES FAITS
<p>Auprès de l'auteur ou de l'autrice</p> 	<p>Empêcher (la continuation de) la violence par différentes stratégies :</p> <ul style="list-style-type: none"> démarrer le terrain ; interrompre le comportement ; triangler ; confronter l'auteur-ric rendre le comportement public. 	<p>Changer son attitude par une conversation plus approfondie :</p> <ul style="list-style-type: none"> expliquer la limite transgressée grâce au Système des drapeaux ; se focaliser sur l'impact négatif potentiel et/ou réel du comportement et non sur les intentions de l'auteur-ric demander des actions spécifiques.
<p>Auprès de la victime</p> 	<p>Soutenir la victime et diminuer les effets négatifs de la violence :</p> <ul style="list-style-type: none"> prendre position : montrer que vous avez remarqué le problème et que vous êtes de son côté ; assurer sa sécurité en empêchant la violence et en écartant le danger ; demander comment elle se sent et si elle a besoin de quelque chose. 	<p>Continuer le soutien, rendre visible et valoriser les ressources d'action de la victime :</p> <ul style="list-style-type: none"> vérifier l'état de la victime et l'impact vécu ; expliquer la limite transgressée grâce au Système des drapeaux ; affirmer que ce n'est pas de sa faute et rendre visible ses stratégies de résistance ; l'identifier avec elle ses options et planifier éventuellement la suite.
<p>Auprès des autres témoins</p> 	<p>Les recruter comme alliés :</p> <ul style="list-style-type: none"> attirer leur attention sur les faits, éventuellement en les nommant ; vérifier leur attitude (« <i>Est-ce que tu te sens à l'aise avec ce qui se passe là ?</i> ») ; demander de l'aide spécifique à une personne spécifique, distribuer éventuellement des rôles. 	<p>Débriefer la situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> vérifier les interprétations de la situation ; expliquer la limite transgressée grâce au Système des drapeaux ; identifier les options et planifier éventuellement la suite ; faire appel à des services d'aide spécialisés.

N.B. : Vous retrouverez aussi un récapitulatif des actions à prendre pendant et après les faits auprès de l'auteur-ric, de la victime et des autres témoins dans le document annexe de ce manuel.



Le **langage non-verbal** est essentiel pour le succès des stratégies proposées. Le plus important est de montrer de la cohérence entre vos paroles et vos actes.



Si vous arborez un **grand sourire** pour dire que quelque chose vous met **mal à l'aise**, vous serez moins facilement pris·e au sérieux, car c'est **incohérent** : le sourire indique plutôt du plaisir ou de l'humour et risque de mettre en doute ce que vous dites.



Quand vous craignez qu'un·e auteur·rice prenne mal votre intervention, vous pouvez adopter une **posture détendue**, plutôt à ses côtés qu'en face-à-face et une expression sérieuse et neutre ; orientez vos paumes vers le sol pour montrer que vous n'êtes pas une menace et parlez-lui sur un **ton calme**.



De même, si vous voulez **montrer votre soutien** à une victime de violence, se mettre à son niveau et à **ses côtés** (et pas opposée à elle), une expression de visage détendue et neutre et une **posture du corps ouverte** pourront véhiculer ce message.

ÉLOGE DE LA FUITE

Même si ce manuel se focalise sur les possibilités d'intervention en cas de violence obstétricale, nous ne voudrions pas donner l'impression que vous devez intervenir à tout prix. En effet, plusieurs **raisons peuvent légitimer la fuite comme réaction des témoins professionnels.**



SURPRISE



Parfois, c'est seulement après qu'un acte violent ait eu lieu qu'on s'en rend compte, et une **urgence médicale** au même moment peut davantage brouiller les pistes. Si la lecture de ce manuel et/ou l'apprentissage lors d'une formation peuvent aiguïser votre capacité à détecter des violences obstétricales le plus tôt possible et mieux vous outiller pour intervenir, **vous êtes et restez des êtres humains et pouvez échouer face à l'imprévu et à l'urgence.**

SIDÉRATION



Certaines éthiques professionnelles établissent une limite claire entre un « nous » professionnel et un « elles / eux » de la patientèle. Dans une telle perspective binaire, on oublie vite que les professionnel·les, et encore plus les professionnel·les avec la capacité d'enfanter, peuvent avoir un **vécu personnel de violences**, y compris des traumatismes. Être témoin de violence obstétricale peut activer ces traumatismes et mener à une sorte de paralysie, la sidération. Cela ne vous rend en aucun cas complice de l'acte violent, vous n'avez tout simplement pas les **ressources mentales et psychiques pour réagir à l'instant.**

SÉCURITÉ DE LA VICTIME



Dans certains cas, intervenir pourrait aggraver la situation. L'auteur·rice pourrait **prendre la victime en témoin** ou, pire, **la faire payer** pour votre intervention, comme des **représailles**. Ou lorsque des violences obstétricales ont lieu pendant une **urgence médicale**, et qu'une intervention met en danger le succès des actes médicaux posés. Comme l'intervention par les témoins professionnels est toujours orientée vers l'intérêt et les besoins des usagères victimes, il convient dans ces cas-là de ne pas réagir pour les protéger d'un impact plus important que la violence en soi.

PRÉSERVATION DE SOI



Dépendant du contexte dans lequel vous travaillez, vous avez plus ou moins de marge d'action pour intervenir en cas de violence obstétricale. Des **hiérarchies prononcées** et rigides, un **climat de violence** préexistant à la situation de violence obstétricale, une **position tout en bas de l'échelle hiérarchique**, l'**isolement** et le **manque d'allié·es**, tout cela constitue des facteurs de risque pour le ou la professionnel·le qui intervient, car iel devient cible de violences et d'autres formes de représailles. Vous sacrifier dans ce type de contexte n'aidera personne sur le long terme. Au contraire, cela peut vous empêcher de trouver des stratégies, y compris collectives, pour changer la situation.

Si **la fuite** est généralement associée à un échec ou à la couardise, elle peut aussi **changer la situation** subtilement vers un mieux. Partir d'une conversation, quitter une pièce où la violence a lieu, changer de sujet quand celui amené par l'auteur·rice vous met mal à l'aise... Sont autant de façons de non seulement **vous préserver**, mais **de ne pas être complice de la violence**. Quitter un travail, une institution à cause de la violence envoie aussi un signal à la hiérarchie. La structure aura de plus en plus de mal à recruter du personnel compétent et engagé dans un service où les violences obstétricales ont leur place. Et fuir une situation individuelle peut vous permettre d'économiser votre énergie et **choisir vos batailles** dans une stratégie plus large de changement.

N'oublions pas qu'il existe d'autres actions compatibles avec la fuite. Si vous ne pouvez pas intervenir dans l'immédiat, peut-être ce sera possible **après les faits**, à tête reposée, en ayant **préparé votre intervention** ou encore à **un moment propice** à l'intervention. Si vous n'osez pas intervenir seul·e, la fuite vous permet de **réunir des allié·es** parmi vos collègues ou en dehors de votre lieu de travail **pour une intervention collective**. **Il n'est jamais trop tard pour agir**. Vous avez le droit de choisir le moment et la manière qui vous semblent les plus adaptés, en tenant compte des chances de succès ainsi que des risques encourus, tant pour la personne victime de violence que pour vous-même.

INTERVENIR AUPRÈS DE L'AUTEUR·RICE



Vous avez reconnu la situation comme problématique, vous avez géré votre stress, et maintenant vous êtes prêt·e à agir... Mais comment ? Il y a une **série de stratégies** à votre disposition **parmi lesquelles vous pouvez choisir celles qui vous conviennent le mieux**. Ici, nous vous les proposons **en fonction de l'énergie** nécessaire pour les déployer **et la durée d'implication**, par ordre croissant.

DÉMINER LE TERRAIN

C'est la stratégie la plus **subtile** et **détournée**, qui a l'avantage d'être **la moins risquée pour des personnes en position subordonnée** dans les hiérarchies médicales, mais qui a l'inconvénient de prendre du temps ou de moins bien fonctionner avec des personnes qui vous ignorent. Le principe de cette stratégie est que la violence peut avoir lieu parce que les choses ne sont pas claires. En les éclairant, **vous motivez la personne violente à questionner son comportement et arrêter d'elle-même**. D'où la limite de cette stratégie, car il faut que l'auteur·rice soit un minimum ouvert·e au dialogue et à l'autocritique pour que cela fonctionne.

Par exemple, vous pouvez poser des questions naïves : « *Ah bon, je pensais que l'OMS déconseillait la manœuvre de Kristeller ?* » Ou vous pouvez demander une clarification des règles : « *Je vous ai vu toucher le vagin de Mme X sans la prévenir, et j'aurais besoin de comprendre dans quelles circonstances c'est admis et sous quels critères ça devient un toucher vaginal non-consenti. Pourriez-vous m'expliquer comment vous faites la différence ?* ».

C'est une stratégie utile quand il y a un **écart de pouvoir important** entre vous et l'auteur·rice, que ce soit lié aux diplômes, rôles professionnels, à



l'ancienneté ou à la position dans la hiérarchie institutionnelle. Surtout si vous êtes étudiant·e ou novice dans un service, votre rôle principal est d'apprendre. Et apprendre, c'est aussi poser des questions, notamment lorsqu'une situation vous semble floue, déroutante ou difficile à comprendre. Vous pouvez également **utiliser cette stratégie pour rendre la violence publique et stopper l'auteur·rice**, en adressant par exemple une question à un·e autre professionnel·le mieux placé·e que vous. Le pire qui puisse vous arriver, c'est qu'on ne vous réponde pas, ou qu'on vous reproche de ne pas savoir. Vous pouvez choisir d'assumer cette posture de « **naïveté stratégique** » et persister : « *À l'école, on nous a surtout présenté les grands principes, mais pas forcément leur application concrète... Et comme vous semblez tellement à l'aise, j'aimerais vraiment apprendre de vous.* »

LA QUESTION ANTIDOTE



Il s'agit d'une forme spécifique de la question naïve : **l'auteur·rice a utilisé un mot « empoisonné »**, c'est-à-dire un mot qui fait mal, et **vous refusez de comprendre ce mot et demandez une définition**. Comme l'auteur·rice aura du mal à fournir une définition qui justifie ses mots, iel ne peut pas continuer son agression (iel a besoin d'être compris·e pour pouvoir lancer des piques !), ou iel se rend compte de sa transgression et s'excuse. Quelques exemples :

« *Que voulez-vous dire par "irresponsable de vouloir accoucher à la maison" ?* »

« *Vous dites que Madame exagère avec ses cris. Quelle serait une expression correcte de la douleur ?* »

INTERROMPRE LE COMPORTEMENT

Interrompre l'acte violent est très utile sur plusieurs plans : **assurer la sécurité de la victime** et **diminuer l'impact négatif de la violence** sur elle, lui **donner un répit** et permettre à elle et aux autres témoins – y compris vous-même – de **trouver des solutions, déstabiliser l'auteur·rice**... Certes, la seule interruption ne règle pas le problème de base, mais elle donne plus de temps et d'options à vous et à autrui pour changer la situation.

Cela peut se faire de manière plus subtile, **en portant l'attention de l'auteur·rice sur autre chose**. Par exemple, si iel tient un discours irrespectueux envers ou à propos de l'usagère, vous pouvez changer de sujet, venir avec des paperasses qu'il faut compléter ou signer, ou encore laisser tomber un objet ou claquer une porte pour dévier l'attention de l'auteur·rice. Si vous avez la possibilité d'être plus ouvertement en opposition, vous pouvez demander à l'auteur·rice d'attendre un moment, de ralentir ou même l'interpeller avec une exclamation du style « *Hé, là !* ».

L'interruption peut aussi se faire sur le **registre du toucher**. De nouveau, vous pouvez chercher à distraire l'auteur·rice, par exemple en le tapotant sur l'épaule et en pointant son attention sur quelque chose d'autre ou en ne lâchant pas tout de suite un objet que vous lui tendez (ciseaux, ventouse, forceps).

Vous pouvez également arrêter la main de l'auteur·rice qui s'apprête à poser un acte violent ou enlever la main de là où elle fait du mal. Vous pouvez souligner cette opposition à la violence de manière non-verbale, en poussant des soupirs, en raclant votre gorge ou en tournant les yeux vers le ciel. Une interruption non-verbale peut aussi s'accompagner d'une interruption verbale.



LA CITATION SANS SENS



Toute interaction humaine, et cela inclut les violences, est basée sur le principe de la réciprocité du sens. Vous produisez du sens par votre langage non-verbal, vos silences et vos mots, et vous interprétez le sens dans les gestes et mots de votre interlocuteur·rice. C'est un réflexe que vous pouvez subvertir pour interrompre un·e auteur·rice en produisant du non-sens qu'il ne saura pas interpréter. Il s'agit d'une forme d'**intervention paradoxale** qui laisse votre interlocuteur·rice en suspens : tant qu'il n'a pas compris le sens de ce que vous faites ou dites, impossible de continuer avec la violence. L'art est d'arriver à **produire du non-sens**, à l'encontre du réflexe de toujours vouloir être compris·e. C'est là que la citation sans sens intervient, car elle consiste à préparer des phrases connues (les citations) qui sont **en décalage** avec la situation de violence (donc sans sens).

Proverbes, bons mots, chansons et autres slogans de pub font l'affaire. L'idée est de dire votre phrase sur un ton sérieux, comme si vous vouliez dire quelque chose par là. Si jamais l'auteur·rice vous demande le sens de vos mots, soit vous répondez avec une deuxième phrase sans sens, soit vous insistez sur le fait que la signification est évidente (« *Quoi, tu ne vois pas ? C'est clair, pourtant !* »). L'auteur·rice se creusera la tête pour comprendre, et cela va **le ou la bloquer dans son élan**.

Quelques exemples

La nuit, tous les chats sont gris.

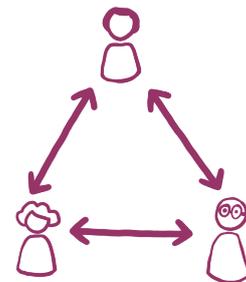
C'est la dose qui fait le poison.

Il y a tout ce que vous voulez aux Champs Elysées.

Nous, c'est le goût.

TRIANGULER

En tant que professionnel·le témoin, vous n'avez pas envie que votre intervention vous mette en opposition frontale avec l'auteur·rice. Peut-être qu'il a du pouvoir sur vous, peut-être que vous devez pouvoir collaborer régulièrement avec cette personne. En tout cas, vous ne voulez pas vous la mettre à dos. Dans ces cas-là, **faire intervenir des tierces personnes** peut être utile. D'un côté, cela distrait l'auteur·rice, de l'autre côté, vous faites jouer le pouvoir du nombre, vous mettez l'auteur·rice en une position de minorité. À condition que les personnes que vous interpellez ne s'allient pas à l'auteur·rice, bien sûr...



Une première manière de trianguler la situation est de donner à l'usagère et/ou à ses proches la parole et la possibilité d'intervenir. Cela peut se faire par une question que vous lui adressez, par exemple « *Est-ce que vous avez compris ce que le docteur va faire ?* » ou « **Est-ce que ça vous fait mal ?** ». Cela donne aux patient·es et proches la possibilité de formuler un refus et les inclut dans une conversation où les décisions se font trop souvent sans elleux.

Une autre manière de trianguler envers l'usagère est de donner des informations là où elles manquent pour qu'elle puisse prendre des décisions éclairées : **expliquer alors ce qui est en train de se produire** ou ce qui s'est passé avec des mots simples, **en évitant tout jargon médical.**

Cela donne la possibilité aux personnes de décider pour elles-mêmes ce qui leur convient ou non, surtout dans une situation où l'auteur-riche ne les informe pas ou pas dans un format intelligible pour elles. Par exemple, si vous savez qu'une usagère ne souhaite pas d'épisiotomie et que vous voyez la gynécologue préparer ses instruments sans rien dire ou en dehors de sa vue, vous pouvez expliquer à la patiente : « *Je vois que la docteure prépare ses instruments pour une épisiotomie.* » Vous ne faites pas de procès d'intention, vous décrivez objectivement ce qui se passe, et cela donne à la patiente la possibilité de protester. Il sera difficile de vous en vouloir de verbaliser des actes médicaux car c'est une pratique recommandée dans les manuels et guidelines internationaux.

La triangulation peut aussi impliquer d'autres professionnel·les témoins dans la situation. Cela peut se faire **de manière indirecte**, sur le style de la question naïve qui s'adresse à un public plus large : « *Je vois que quand le Dr X est en service, le taux de césariennes augmente. Qui aurait une explication à ce fait ?* ». Ou cela peut se faire **de manière directe**. Par exemple, si lors d'une réunion d'équipe un·e collègue fait un commentaire raciste sur un·e patient·e, vous pouvez interpellé·e des collègues **individuellement** (« *Martine, tu es d'accord que les femmes africaines auraient une meilleure capacité de supporter la douleur ?* ») ou **collectivement** (« *J'ai l'impression que ce qui vient d'être dit est raciste. Qu'est-ce que les autres en pensent ?* »). Les personnes interpellées vont devoir prendre position – d'où l'intérêt de savoir en avance sur qui vous pouvez compter pour soutenir votre position et qui risque de vous contredire.

Un autre angle possible du triangle est la hiérarchie, typiquement après qu'une violence se soit produite. Là aussi, on peut nuancer son intervention de la question naïve jusqu'à une implication directe. Pour la première variante, vous demandez à la hiérarchie de vous rassurer pour que vous puissiez bien faire votre travail. Par exemple, un mail d'une étudiante sage-femme à sa référente de stage dans le service : « *Hier j'ai assisté à une naissance par voie basse lors de laquelle la patiente ne voulait pas d'épisiotomie. Tout se déroulait de manière physiologique. Cependant, la gynécologue a essayé de convaincre la patiente d'accepter une épisio parce que ce serait mieux pour le bébé. Je suis étonnée, car à l'école j'ai appris qu'il n'y a pas de lien entre cette pratique et la santé de l'enfant. Pourriez-vous m'indiquer qui a raison ?* » La version plus directe pour la même situation pourrait prendre cette forme-ci : « *Hier j'ai assisté à une naissance par voie basse lors de laquelle la gynécologue a menacé la parturiente qui ne voulait pas d'épisiotomie. Elle a invoqué le bien-être de son enfant pour qu'elle accepte. Or, tout se déroulait de manière physiologique et il n'y avait ni besoin, ni urgence pour une épisio. Je n'ai pas voulu la contredire devant la patiente et son mari, mais je voudrais savoir quelle est la bonne démarche à suivre dans ce genre de cas. Pourriez-vous le clarifier pour tout le service de maternité afin de prévenir des pratiques déconseillées et des conflits d'équipe ?* »

CONFRONTER

Le principe de la confrontation est de **poser des limites explicites** à un comportement transgressif. Plusieurs options existent pour ce faire, entre autres **nommer, recadrer et rappeler les règles**. Dans tous les cas, cette stratégie vous expose plus à d'**éventuelles conséquences négatives** de votre intervention, tout en étant **la plus efficace** dans votre répertoire. **À vous de peser les risques et les bénéfices** pour savoir quand vous pouvez et voulez utiliser cette stratégie.



Le fait de nommer ce qui se passe a un impact sur plusieurs plans. Tout d'abord, nommer une violence vous donne un certain **pouvoir de définition**. Si vous avez nommé un acte médical comme non-consenti, ce sera difficile pour l'auteur-riche de nier cet aspect-là de son acte. De même, nommer un commentaire comme raciste, sexiste ou autrement discriminant met l'auteur-riche dans une position défensive d'où iel aura du mal à s'extraire par des moyens loyaux. Et en utiliser d'autres devant un public le ou la mettra encore plus en porte-à-faux et renforcera votre position. Mais **nommer la violence a aussi d'autres avantages** : cela permet à l'auteur-riche de se rendre compte de ce qu'iel est en train de faire ou a fait et cela souligne sa responsabilité dans ses actes. Sous la pression et dans le stress, on a tendance à se rabattre sur des vieux réflexes qui ne sont pas forcément les meilleurs. Un petit rappel pour **attirer l'attention sur ce qui se passe permet à l'auteur-riche de s'arrêter, voire de s'excuser**. Et même quand l'auteur-riche agit en connaissance de cause, nommer son comportement, le mettre à la lumière du jour, constitue un frein considérable, car continuer son comportement revient à reconnaître sa pleine responsabilité. **Finale-ment, nommer permet à la victime et à des tierces personnes de se rendre compte du problème et d'intervenir à leur tour.**

Le principe de nommer est de décrire objectivement le comportement problématique, comme si vous vouliez l'expliquer à quelqu'un qui n'était pas là ou qui ne le voit pas. **Focalisez-vous sur le comportement, pas sur la personne, son caractère ou ses intentions**. Par exemple, sur le moment même, vous pouvez dire « *Là, tu continues à masser le col de Mme alors qu'elle a déjà dit plusieurs fois qu'elle ne veut pas et que ça lui fait très mal.* » Et après coup, il est possible de dire quelque chose de l'ordre de « *La semaine passée avec Mme X, tu as fait une manœuvre de Kristeller. Or, c'est une pratique déconseillée par les guidelines et c'est considéré comme une violence obstétricale.* » Dans ce cas-là, vous n'avez pas juste nommé le comportement problématique, vous l'avez qualifié de violence, ce qui en rajoute une couche de confrontation.

Recadrer un-e auteur-riche n'est pas synonyme, dans notre approche, d'un rappel des règles, ce sont deux manières différentes de poser des limites. Recadrer consiste à rediriger une conversation qui a dérapé, du style « *Ce n'est pas de ceci qu'on parle, c'est de ça qu'on parle.* » Par exemple, si un-e collègue fait des remarques désobligeantes à une usagère, qu'elles soient sexistes, racistes, classistes ou autrement discriminantes, vous pouvez dire « *Ce n'est pas le moment de sortir tes préjugés, ici, on parle d'allaitement.* » Ou encore « *On était en train de parler du projet d'accouchement de Mme et je ne vois pas ce que son origine a à faire là-dedans. Revenons au sujet.* » **Cela signale à l'auteur-riche, à la victime et à des tierces personnes que vous n'acceptez pas ces propos, mais évite, par la redirection de la conversation, de commencer un grand débat sur la discrimination**. Et rien ne vous empêche de revenir vers votre collègue plus tard pour mener cette conversation plus approfondie qui sera nécessaire pour changer son attitude.

Le **rappel des règles** est exactement ce que le titre indique : vous exprimez les « règles du jeu » et sans respect de ces règles, vous refusez de continuer. Cela peut être des **règles générales, objectives, appuyées par des règlements et autres documents officiels** : « *Je vous rappelle que la loi nous oblige à obtenir un consentement éclairé de Mme.* » ou encore « *Tu sais bien que les guidelines recommandent un déclenchement seulement en cas de dépassement de terme à partir de 41 semaines et 3 jours, or, Mme est à 40 semaines.* » Mais vous pouvez également **énoncer vos propres règles** en affirmant que vous êtes prêt·e à jouer le jeu

uniquement sous ces conditions. « *Je ne peux pas travailler correctement dans un climat de menaces. Je propose qu'on prenne le temps d'expliquer la situation à la patiente et qu'on se tienne à sa décision. C'est son corps, après tout.* »

Lors de toute confrontation, **affirmez la limite de manière posée**, sans vous laisser entraîner dans une discussion sans fin. Le **disque rayé**, c'est-à-dire répéter les mêmes phrases à l'identique, peut être utile pour montrer à l'auteur·rice que tant que la limite n'est pas respectée, iel n'obtiendra rien d'autre de vous.

LES TROIS PHRASES



Cet outil combine les avantages de plusieurs tactiques de confrontation pour aboutir à une **formule passe-partout et efficace**. Il peut être utilisé sur le moment ou après coup, en fonction de ce qui est possible. Il faut un peu de pratique pour s'appropriier pleinement cette technique et pouvoir l'utiliser spontanément, mais ça en vaut la peine car c'est un levier puissant pour changer la donne. Et voici comment ça marche :

1 - NOMMER

Dans la première phrase, **vous nommez le comportement qui dépasse** les limites, tout comme nous l'avons expliqué ci-dessus. L'effet sera le **même**.

2 - RESENTI

Vous exprimez ce que ce comportement engendre chez vous (« *Je suis choqué·e/surpris·e/déçu·e...* », « *Ça me stresse/agace/me fait mal...* », « *Je ne me sens pas écouté·e/respecté·e/inclus·e...* »). Ce ressenti est la raison pour laquelle cela doit changer, et comme vous êtes la seule personne qui sait comment vous vous sentez, l'auteur·rice ne pourra ni le nier ni en débattre. Et exprimer votre ressenti vous aidera également à garder votre calme.

3 - INJONCTION

Dans la troisième phrase, **vous dites ce qui doit se passer maintenant**. Vous pouvez formuler cette injonction sous forme d'impératif (« *Arrête ! Respecte le choix de la patiente !* ») ou de manière plus diplomate (« *Je propose que...* », « *Et si on...* », « *Je préfère que...* »). Cela réduit l'espace d'action de l'auteur·rice et augmente la probabilité qu'iel suive l'injonction.



Vous avez inscrit Mme X pour une césarienne pour une placenta praevia. Je suis surprise car à l'échographie tout semble normal. Je propose de retirer Mme X de la liste des césariennes programmées.

Tout à l'heure, tu as fait une blague grossophobe sur Mme X. Ça m'a tellement choqué·e que je n'ai pas pu réagir tout de suite. Je te demande de réfléchir à ce que tu as dit et de t'abstenir de ce genre de discours à l'avenir.

Vous dites que Mme X doit accepter la présence de l'assistant parce qu'il doit apprendre. Je suis surprise car cela est contraire à la Loi relative aux droits des patients. Respecter les souhaits de la patiente sera aussi un apprentissage important pour l'assistant.

Parfois, la seule raison est insuffisante pour convaincre un·e auteur·rice d'arrêter la violence. D'autres moyens de persuasion **sont la honte et la peur de mauvaises conséquences**. Rendre un comportement violent public exerce exactement cette **pression**, car l'auteur·rice sera sous le regard d'une plus grande audience, et même si personne ne réagit immédiatement, la seule possibilité que ces tierces personnes puissent juger, agir, etc. peut suffire pour qu'il·elle arrête. Néanmoins, attirer l'attention d'autrui sur ce qui se passe vous expose également à l'examen du public, et cela augmente les risques pour vous, surtout si l'auteur·rice a plus de ressources de pouvoir de son côté.

Évidemment, **le secret médical limite ce que vous pouvez dévoiler** et auprès de qui. Au minimum, vous pouvez élargir l'audience à vos collègues et/ou à votre hiérarchie. Dans certains cas, vous êtes même **obligé·e de signaler des violences pour ne pas en être considéré·e complice** (voir chapitre sur le cadre juridique). Cette stratégie peut se faire sur le **ton naïf** et moins risqué que nous connaissons déjà, par exemple lors d'une réunion d'équipe. « *Je voudrais revenir sur le cas de Mme X la semaine passée parce que je ne suis pas sûr·e que tous les actes médicaux étaient nécessaires et consentis et je me demande si les complications qu'on a dû gérer en urgence en étaient la conséquence. Qu'est-ce que vous en pensez ?* ». Ou cela peut aller **droit au but**, sans mâcher vos mots, pour la même situation : « *Je voudrais revenir sur le cas de Mme X. J'ai observé pendant son accouchement plusieurs actes médicaux ni nécessaires, ni consentis qui, de surcroît, ont provoqué des complications. Cela me préoccupe énormément de voir ce genre de pratiques dans notre service et je voudrais prendre le temps de décortiquer la situation ensemble pour voir comment on peut éviter que ça se reproduise.* »



Et n'oubliez pas le **pouvoir de la visibilité**. Dans les combats féministes contre les violences de genre, sortir ces violences de l'espace privé et en faire une cause publique a été le seul moyen pour faire adopter des **nouvelles lois**, pour trouver du financement pour des services de **soutien pour les victimes** et pour tenir les pouvoirs publics responsables de la **protection des femmes** et d'autres minorités contre les discriminations et les violences. Vous pouvez **témoigner des situations de violence obstétricale** dont vous avez été témoin de manière anonymisée sur certains sites ou lors d'enquêtes scientifiques. Rendre visible ces violences aide à sensibiliser le grand public et augmente la pression sur les décideurs·euses politiques afin de prendre des mesures de prévention.



Tout·e professionnel·le qui repère un signe, recueille une information ou qui est interpellé·e par une tierce personne (usagère, proche d'une usagère, autre professionnel·le...) peut **rapporter une violence obstétricale ou une situation à risque**. La vigilance et la responsabilité de chaque soignant·e, quelle que soit son implication, sont de mise.

- Selon les structures de soins, différentes options sont possibles :
 - **Déclarer un événement indésirable** via un système informatique propre à l'institution (formulaire anonymisé ou non). Un événement indésirable (EI) est un incident ou un presque incident qui peut avoir des conséquences réversibles ou non auprès d'un·e patient·e⁷⁷.
 - **Reprise de cas** : lorsqu'un événement indésirable se produit, les membres de l'équipe concernée peuvent se retrouver afin d'identifier les éléments de compréhension, de les analyser collectivement de manière approfondie et de chercher des solutions à mettre en œuvre pour éviter que la situation ne se reproduise.
- **Un signalement** pour un acte discriminatoire peut être déposé auprès d'**Unia** ou de l'**Institut pour l'égalité des femmes et des hommes** (IEFH), en fonction du type de discrimination :
 - Toutes les victimes et tous les témoins de violences ou de discriminations basées sur le genre peuvent introduire un signalement via le site de l'IEFH⁷⁸ ;
 - Pour toutes les autres catégories de discrimination (âge, caractéristique physique ou génétique, convictions, caractères raciaux, handicap, état de santé, origine ou condition sociale...), un signalement peut être introduit auprès d'Unia⁷⁹.

INTERVENIR AUPRÈS DE LA VICTIME



Des études⁸⁰ ont démontré que **se sentir soutenu·e** pendant et/ou après une agression **diminue significativement l'impact psychologique négatif** du traumatisme et est la meilleure façon de prévenir le développement du syndrome de stress post-traumatique à plus long terme. En tant que professionnel·le témoin, vous avez un certain pouvoir de contribuer à cette prévention en matière de santé mentale de vos patient·es.

Les violences obstétricales sont encore un tabou dans le monde médical et plus largement dans la société. Par conséquent, nombre de victimes se voient tiraillées entre leurs ressentis personnels et les **rapports de pouvoir** qui attribuent toute l'**expertise aux professionnel·les de santé et décrédibilisent les vécus personnels des patient·es**. Comme on en parle peu, elles ont peu d'exemples vers lesquels s'orienter et dans lesquels se reconnaître. C'est pourquoi une **validation de leur ressenti** est une étape très importante. En tant que professionnel·le témoin, vous bénéficiez de l'expertise attribuée, et **votre soutien par rapport à leur vécu** aura d'autant plus de poids.

Demander et écouter les ressentis de la personne victime :



Est-ce que ça vous aide ?

Sur une échelle de 0 à 10, où votre douleur se situe-t-elle ?

Comment avez-vous vécu cela ?

Attribuer la responsabilité là où elle se trouve sans trouver des excuses à l'auteur-riche, et déculpabiliser la victime :

La sage-femme devrait savoir qu'on ne doit pas faire ça.

Ce n'était pas un comportement correct de la part de mon collègue.

Vous n'avez rien fait de mal, personne ne mérite d'être traité comme ça.



Nommer ce qui se passe ou s'est passé :

En fait, ce que le gynécologue a fait s'appelle un toucher vaginal non-consenti, parce que pour vous toucher à cet endroit, il doit vous demander votre accord.



Ce n'est pas normal ce que vous avez vécu, c'était de la violence.

Valider ses ressentis par les vôtres, non parce qu'ils seraient plus importants ou valides que les siens, mais pour montrer qu'elle n'est pas la seule personne à ne pas accepter un tel comportement :

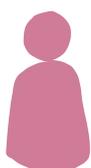
Je suis désolé-e pour ce que vous avez vécu.

Moi aussi, je suis choqué-e par ce qui s'est passé.

Je vous crois quand vous dites que c'était extrêmement difficile.



Nombre de personnes victimes de violences, y compris de violences obstétricales, **culpabilisent**, non parce qu'elles croient avoir provoqué ou mérité la violence, mais parce qu'elles se voient comme incapables de l'empêcher. Par des reproches à soi-même (« *J'aurais dû...* »), cette **impuissance vécue** se transforme vite en sentiment de culpabilité, comme si une absence de réaction (efficace) revenait à un consentement. Beaucoup de ces personnes ont résisté activement à la violence, mais cette résistance leur est invisible, car non validée par un cadre de référence extérieur. **Vous pouvez soutenir vos patient-es en visibilisant et en validant leur résistance et leur résilience :**



Vous avez fait preuve de beaucoup de courage.

Vous avez raison de crier quand ça fait mal, et normalement, le médecin devrait en tenir compte.

C'est bien de ne pas vous laisser faire, continuez à nous dire quand ça ne va pas !

La plupart des patientes ou des couples va mieux supporter un moment difficile si il y a une explication assumée de la part de l'équipe. Les soignantes et les médecins ne sont pas beaucoup formés-es à ça, et c'est un changement de positionnement. Quand tu le fais, tu te rends compte que tu ne perds pas ton pouvoir ou ton statut, mais ça instaure une autre relation.

Témoignage d'une psychologue



Il est aussi possible de contrer le sentiment d'impuissance dont souffrent de nombreuses victimes de violences en **ouvrant leur espace d'action à l'avenir**. Évidemment, les « yaka », « il faut », etc. seraient contre-productifs pour cet objectif. Même si vous voyez très clairement une solution préférable pour la situation de l'usagère, ne la lui imposez pas, car cela ajouterait une couche à son impuissance ressentie. Vous pouvez évidemment aussi la soutenir de manière pratico-pratique, que ce soit pour documenter ce qui s'est passé, pour intervenir d'une certaine façon, etc. Demandez-lui plutôt ses besoins, ce qui l'aidera à se recentrer sur elle-même et à choisir ses priorités :

- *Qu'est-ce qui pourrait vous aider maintenant ?*
- *Je vois trois options pour vous : soit vous continuez avec la docteure pour éviter de devoir recommencer un nouveau dossier médical, soit on vous propose un autre médecin dans le même service et votre dossier vous accompagne, soit je peux vous conseiller une autre maternité où il y a des protocoles plus souples. Que préférez-vous ?*
- *On a un peu de temps avant que ma collègue revienne pour réfléchir à ce qu'on peut lui dire pour que ça se passe mieux pour la suite. Qu'est-ce que vous avez envie de lui dire ? Est-ce que vous voulez le dire vous-même ou vous préférez que je le fasse ?*



N'hésitez pas à demander à la victime si votre intervention ou soutien lui convient et si elle attend autre chose de vous.

Il est aussi possible et même souhaitable d'intervenir auprès de la victime après que la situation de violence obstétricale ait eu lieu. D'un côté, elle peut toujours souffrir de conséquences physiques et psychologiques de l'événement et a peut-être besoin de soutien et d'un suivi. De l'autre côté, une fois le danger écarté, il est possible d'approfondir avec la victime sa compréhension de la situation. Par exemple :

- Vous pouvez **lui expliquer, à l'aide** des six critères **du Système des drapeaux, pourquoi ce comportement vécu est inacceptable**, ce qui peut l'outiller pour résister elle-même une prochaine fois.
- Vous pouvez **(ré-)affirmer que ce n'est pas de sa faute** et rendre visible sa résistance. A-t-elle montré non-verbalement son désaccord, a-t-elle dit quelque chose, s'est-elle détournée de la personne violente, a-t-elle demandé de l'aide à quelqu'un ? Si elle était paralysée de surprise ou de peur, vous pouvez la rassurer sur le fait que parfois, ne pas réagir est la réaction la plus sûre. Et si elle a consenti sous pression à un acte nocif, vous pouvez mettre en avant le courage qu'il faut pour supporter un tel traitement pour le bien de son enfant. Ce travail de **déculpabilisation** est crucial pour diminuer les conséquences psychologiques de la violence à long terme et pour ouvrir un espace d'action à la victime. Car culpabiliser a souvent comme effet qu'on ne fait plus rien d'autre puisqu'on est déjà occupé-e à culpabiliser. Enlever ce poids-là peut libérer de l'énergie pour l'action.

- Il est aussi possible d'agir en aval d'une violence vécue, il n'est jamais trop tard. Cela peut-être pour se réapproprier sa vie (en posant ses propres choix), pour responsabiliser l'auteur-ric(e) (par une confrontation ou une plainte par exemple), pour éviter que cela arrive de nouveau à la victime ou à d'autres patient-es (en témoignant pour influencer sur les protocoles et politiques) ou pour trouver d'autres victimes et se renforcer mutuellement. Agir après une violence peut **donner un sens** à ce vécu douloureux et peut aider à le transformer en une source de **résilience**. Vous pouvez vous-même aider la victime à réfléchir sur ses options et/ou vous pouvez l'aiguiller vers des services de soutien qui peuvent faire ce bout de chemin avec elle.

INTERVENIR AUPRÈS D'AUTRES TÉMOINS



Comme on l'a vu pour la confrontation de l'auteur-ric(e), nommer un comportement problématique ou **attirer l'attention de tierces personnes** sur ce comportement constitue un frein pour l'auteur-ric(e). Se rendre compte de ce qui se passe donne aux autres témoins la **possibilité – et la responsabilité – d'intervenir également**.

Malheureusement, voir/savoir ne suffit pas pour que les autres témoins s'activent, car **l'effet du témoin** (aussi appelé « effet spectateur ») risque de les en retenir. Ce phénomène se manifeste quand plusieurs personnes sont témoins d'une urgence, leur réaction est inhibée par la présence d'autres personnes qui pourraient également agir. **Tout le monde attend** que les autres agissent en premier, donc **personne n'agit**.

Il y a plusieurs manières de **surmonter l'effet du témoin**. Le principe de base est qu'il suffit qu'une personne prenne l'initiative pour que les autres témoins se manifestent à leur tour. Vous pouvez être cette personne. Selon vos préférences, vous pouvez interpeller les autres témoins individuellement ou collectivement.

- **Individuellement**, vous pourriez vérifier comment les autres interprètent la situation, ce qui peut vous rassurer sur le fait que vous n'êtes pas la seule personne à considérer que le comportement en question est problématique : « *Est-ce que tu trouves normal que Marie dise à Mme X qu'on n'est pas au gîte ici, juste parce que Mme X avait comme projet d'accoucher en maison de naissance ?* »
- Un **appel collectif** pourrait prendre cette forme-ci : « *Chantal, Fatma, Désirée, on en a déjà parlé plusieurs fois entre nous qu'on n'est pas à l'aise avec le fait que dans notre service, le taux de césariennes est tellement élevé. Seul-e, je n'ose pas en parler à la direction de ce qui se passe ici, mais si on y va ensemble, ils vont nous écouter. Vous êtes avec moi ?* »

Qu'on s'adresse à une seule personne ou à plusieurs à la fois, il est important de **responsabiliser chacun-e individuellement**. Le fait de nommer ou de pointer la personne avec un « *Vous, là-bas, avec le t-shirt bleu !* » si vous ne connaissez pas son nom permet à tout le monde (la personne concernée et les autres) de comprendre à qui vous vous adressez. Cela crée aussi une **pression sociale** : une fois la personne interpellée, elle se retrouve sous le regard des autres qui vont attendre également une réaction de sa part.

Un obstacle supplémentaire pour mobiliser les autres témoins peut être le **manque de ressources pour agir**. Ce n'est pas que les autres sont indifférent-es à la violence – s'ils reconnaissent qu'il s'agit bel et bien de violence. La majorité des personnes n'a encore jamais réfléchi sur la manière d'agir en tant que témoin de violence et ne sait pas par quel bout commencer. Là aussi, vous pouvez jouer un rôle clé en formulant votre demande d'aide de manière spécifique. Dites ce que vous voulez que les autres fassent et, en cas de besoin, **distribuez les tâches et les rôles** :



- *Jean, pendant que je discute avec Morgane de son comportement, est-ce que tu veux bien voir comment va Mme X et si elle a besoin de quelque chose ?*
- *Jean, je pense que Morgane sera plus réceptive si c'est toi qui lui dit qu'elle a dépassé toutes les bornes. Est-ce que tu veux bien aller lui parler ? Je vais m'occuper de Mme X pendant ce temps-là.*

Selon notre expérience, **les autres témoins sont plutôt de bonne volonté** et peuvent même ressentir du soulagement quand quelqu'un-e leur dit quoi faire. Non seulement parce qu'ils ne savent pas mieux, mais parce que cela leur permet aussi de **se sentir comme quelqu'un-e de bien**.

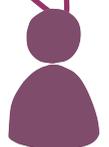
Il est possible que, malgré vos efforts, les autres témoins choisissent de ne pas intervenir, que ce soit par peur de représailles, manque d'énergie ou de connaissance/conscience. Mais ils pourraient **agir après-coup**, en témoignant, en soutenant un signalement ou une plainte. Évidemment, il y a plus de probabilité qu'ils le fassent si quelqu'un-e – vous – les y encourage. Vous pouvez également **les sensibiliser** en leur expliquant le Système des drapeaux en diffusant ce manuel ou, encore mieux, en organisant une formation sur le sujet pour votre équipe.

RESPONSABILISER L'AUTEUR-RICE

Travailler avec des personnes qui commettent régulièrement des violences obstétricales est **difficile**. Cela use **émotionnellement**, augmente ou complique le travail à faire. Rebondir sur chaque transgression peut coûter énormément d'énergie. **D'où l'idée de prévenir les violences obstétricales** en transformant les conditions qui les favorisent. Changer le système de santé belge ne peut se faire que par une lutte collective, mais en attendant, vous pouvez changer la donne au niveau individuel et institutionnel.

J'ai réalisé que j'avais été de nombreuses fois dans la violence. Absolument pas volontairement, mais dans un apprentissage de mon métier, sous la pression. Je me souviens qu'on avait une cheffe horrible. Dès son arrivée, on commençait toutes à être hyper stressées. Cette ambiance de travail, c'était juste oppressant à souhait.

*Témoignage
d'une sage-femme*



Malheureusement, il n'y a pas de baguette magique pour changer les personnes qui se comportent mal. **La seule personne qui peut changer un-e auteur-riche, c'est iel-même. Vous pouvez tout de même l'encourager à questionner son comportement et à entamer une réflexion vers ce changement nécessaire.** Comme nous tous-tes, les auteurs-rices de violence n'apprécieront probablement pas qu'on leur prête de mauvaises intentions ou qu'on leur fasse la leçon. Si vous voulez que la porte s'ouvre pour un dialogue, il est bien plus efficace de s'adresser à elleux comme étant des professionnel·les de bonne volonté, ayant principes éthiques importants, voulant le bien de leurs patient-es. Adressez-vous à l'auteur-riche

en tant que bonne personne, par son nom, et donnez-lui la motivation sur base de ce qui est important pour elle ou lui. Concentrez-vous sur les effets de son comportement problématique qui fournissent, on peut l'espérer, la motivation pour changer.

Nous savons tous·tes que l'enfer est pavé de bonnes intentions, et vos bonnes intentions ne suffisent pas pour être convaincant·e. Pour bien s'y prendre, il faut comprendre les ressorts de la défensivité qui survient lorsque l'on touche une corde sensible chez l'auteur·rice. Car se mettre en question, avouer des erreurs et changer son comportement peut avoir des coûts importants. Tout d'abord, cela touche à l'amour propre de l'auteur·rice qui peut expérimenter une dissonance de son auto-perception, dissonance qui provoque souvent honte ou culpabilité. La dissonance peut aussi porter sur son identité, y compris professionnelle, ce qui peut mener à la peur de perdre sa place ou son utilité dans l'équipe ou l'organisation. Finalement, la dissonance peut porter sur la manière de voir le monde (par exemple le fait que les professionnel·les de santé ne savent pas toujours mieux que les patient·es) et ce changement de perception peut être déstabilisant en attendant de trouver des nouveaux repères. En plus, prendre la responsabilité d'un acte médical violent peut avoir des coûts matériels et symboliques importants. **En résumé, se confronter à sa propre imperfection n'est jamais confortable, et cet inconfort déclenche la défensivité qui peut empêcher de prendre ses responsabilités. Mais l'inconfort est nécessaire pour apprendre et pouvoir changer.**

À QUOI POURRAIT DONC RESSEMBLER UN TEL DIALOGUE ? VOICI UN EXEMPLE :



Céline, tu as un moment pour qu'on parle ?

Oui, bien sûr. Qu'est-ce qu'il y a ?

Tu te rappelles hier à la salle d'accouchement, on avait M. X qui donnait naissance.

Oui, et alors ?

J'ai remarqué que tu t'es plusieurs fois adressée à lui au féminin. Par exemple, en lui disant « Poussez, Madame. » Tu t'en rappelles ?

Oui, mais bon, c'est un réflexe, c'est plus fort que moi. Ce n'est quand même pas tous les jours qu'on accueille des personnes trans en maternité.

C'est vrai que nous n'en n'avons pas l'habitude ici, et que dans le feu d'action, nous retombons facilement sur nos anciens schémas. J'en déduis que tu n'as pas fait exprès ?

Bien sûr que non, c'est sorti tout seul. Mais bon, c'est fait, je ne peux pas le reprendre.

Ça peut être difficile de se l'avouer quand on n'a pas été à la hauteur de ses propres principes, et je te connais, tu fais beaucoup d'efforts pour bien accueillir chacun·e avec ses différences. Mais hier pour lui, ça a du être blessant, comme si on lui niait son identité. Et ça dans un moment tellement important.



*Eh ben, je n'avais pas encore eu le temps d'y réfléchir,
mais maintenant que tu le dis, j'en ai presque honte.*

*Mais tu sais, c'est jamais trop tard,
tu pourrais essayer de réparer ton erreur.*

Comment ça ? Ce qui est dit, est dit.

*Pense à toi-même. Quand une personne te fait subir une
injustice, qu'est-ce que ça te fait si après, elle fait
semblant de rien ?*

*Bon, ça me mettrait bien mal.
Tu penses que je dois lui dire que je me suis rendue compte
que ce n'était pas OK de l'appeler Madame ?*

*Oui, je pense que ça pourrait lui faire du bien de t'entendre
le reconnaître. Fais juste attention de ne pas lui mettre la
pression de te pardonner ou quelque chose comme ça.*

*Eh bien, je vais voir s'il est réveillé
et s'il a envie qu'on en parle.*

*Bon courage !
Si tu veux, tu peux venir m'en parler après.*



Merci.



Dans cette conversation, on a condensé la **sensibilisation** (« **Ceci est un problème parce qu'il y a un impact négatif.** ») et la **solution** (**réparer son erreur auprès de la personne victime**), tout en surmontant les résistances modérées de l'auteur·rice (« *Je n'ai pas fait exprès, c'est trop tard.* »).

Ici, A utilise plusieurs stratégies pour **réduire la résistance**. Dans un premier temps, A laisse la place à B de s'exprimer et de fournir sa propre interprétation des faits. Puis, A reconnaît le ressenti d'inconfort de B (« *Ça peut être difficile...* ») et reconnaît le besoin positif derrière cet inconfort (la volonté de B d'accueillir bien tout le monde). Finalement, A n'impose pas une solution à B, mais l'aide, par l'identification (« *Qu'est-ce que tu voudrais à sa place ?* »), à trouver la solution de son propre chef. Évidemment, plus A et B se connaissent et ont un **lien de confiance** et d'affection, plus il est facile de faire passer la pilule.

Réfléchissez donc si vous avez **un lien avec l'auteur·rice qui permet une écoute** ou si d'autres collègues pourraient peut-être mieux le faire ou au moins appuyer votre démarche avec leur présence. Évitez cependant de venir à plusieurs pour dialoguer avec un·e auteur·rice, car le **déséquilibre de nombre** peut mettre la personne dans une posture défensive. Il est également utopique de tout vouloir résoudre en une seule conversation. **Plusieurs rencontres espacées** offriront à la personne la possibilité d'évoluer à son propre rythme et de réfléchir entre les conversations. Petit à petit, l'oiseau fait son nid !

LIENS ET RESSOURCES

Voici une liste de liens, outils pédagogiques et documents recommandés :

VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES

Ben Jattou, M. & al. (2020). *Zones à défendre : Manuel d'autodéfense féministe dans le cadre de la consultation sexuelle et reproductive*. Femmes et Santé. <https://femmesetsante.be/zones-a-defendre-guide-dauto-defense-feministe>

Bienaimé, C. (2018). *Le gynécologue et la sorcière : pouvoir médical et corps des femmes*. Sixième épisode de la série « Un podcast à soi » [Podcast]. ARTE Radio. <https://www.arteradio.com/son/le-gynecologue-et-la-sorciere>

Blézat, M., Hermann, M., Faure, N., El Kotni, M. & Desquesnes, N. (2020). *Notre corps, nous-mêmes - Manuel féministe*. Hors d'atteinte.

Déchalotte, M. (2017). *Le livre noir de la gynécologie - Maltraitements gynécologiques*. First.

El Konradi, S., Jacquet, M. & Rollin, L. (2023). *Violences gynécologiques et obstétricales vécues par les femmes avec une déficience intellectuelle vivant en institution, une étude exploratoire sur la situation en Belgique francophone*. Femmes et Santé, Centre Ressources Handicaps et Sexualités entre Handicap et Santé. https://www.firah.org/upload/notices3/2023/rapport_vgo-web.pdf

Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial. (2025). *À bras le corps : ouvrir la parole sur les violences gynécologiques et obstétricales*. Carnet pédagogique, disponible à la location. <https://fcppf.be/produit/a-bras-le-corps>

Forestier, L. (2024). *Ex Utero*. Film documentaire, Nébuleuses.

Nazeyrollas, A. (2024). *Le baromètre des violences gynécologiques*. Périnée Bien-Aimé. Reylances. <https://perinee-bien-aime.fr/documents-a-telecharger>

Schalck, C. & Gagnon, R. (2023). *Violences gynécologiques et obstétricales : que fait-on de la parole des femmes ?* Sciences et société.

SYSTÈME DES DRAPEAUX

Femmes et Santé (2024). *Flag System dans le cadre de la relation de soin en santé sexuelle et reproductive*. <https://femmesetsante.be/flag-system-dans-le-cadre-de-la-relation-de-soin-en-sante-sexuelle-et-reproductive>

Sensoa (2025). *Flag System – How to respond to (transgressive) sexual behaviour?* Sensoa. <https://www.en.sensoa.be/flag-system-how-respond-transgressive-sexual-behaviour>

AUTODÉFENSE FÉMINISTE

Zeilinger, I. (2008). *Non, c'est non*. Zones.

INÉGALITÉS SOCIALES, INTERSECTIONNALITÉ, RÉCITS

Lagouje, S. (2025). *Une grossesse ordinaire*. Deux points. *Le récit d'une jeune femme en situation de handicap qui souhaite devenir mère, dévoilant les barrières systémiques, le validisme et les violences ordinaires du suivi de grossesse*.

Lemiesle, M. (2021). *Mes presque riens*. Lapin. Une bande dessinée documentaire qui explore la fausse couche, à travers une expérience personnelle et une analyse historique, sociale et médicale, brisant les tabous autour de ce sujet.

Perron-Cormier, C. (2025). *Roue des privilèges*. La Ligue de l'Enseignement et de l'Éducation permanente. <https://ligue-enseignement.be/education-enseignement/articles/la-ligue/la-roue-des-privileges-un-outil-pour-deconstruire-les-discriminations>
Un outil pour déconstruire les discriminations.

Richard, C. & Khalid, A. (2023). *Ce que le racisme fait à la santé*. Quatrième épisode de la série de documentaires *La santé autrement* [Podcast]. France Inter. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/lsd-la-serie-documentaire/ce-que-fait-le-racisme-a-la-sante-7988796>

Shema, M. (2025). *Santé politique - La santé soigne-t-elle vraiment tout le monde ?* Belfond. *Telle est la question que se pose Miguel Shema, jeune étudiant en médecine et créateur du compte instagram Santé Politique.*

OUTILS ET RESSOURCES EN ANGLAIS

Organisation mondiale de la santé. (2024). *Transitioning to Midwifery Models of Care*. <https://www.who.int/publications/item/9789240098268>

Rapport de l'Organisation mondiale de la santé sur la transformation des systèmes de soins autour du modèle sage-femme.

Royal College of Midwives. (2023). *Decolonising Midwifery*. <https://rcm.org.uk/publications/decolonising-midwifery-education-toolkit>
Réflexions sur la décolonisation des soins périnataux.

White Ribbon Alliance. (2023). *Free From Harm*. <https://freefromharm.co.uk/free-from-harm-ebook>

Van der Waal, R. (2024). *From Obstetric Violence to Abolitionist Care*. Amsterdam University Press.

MISE EN APPLICATION

Cette partie a pour objectif de vous accompagner dans le passage de la théorie à la pratique. Pour agir face aux violences, il est nécessaire de pouvoir les **identifier**. Comme pour toute compétence, cela nécessite un apprentissage progressif : savoir évaluer objectivement les comportements et y répondre de manière adaptée demande de l'**entraînement**.

Avant de vous exercer, vous pouvez vous familiariser avec les outils présentés dans la première partie du manuel. Deux tableaux synthétisent les principes essentiels. Pour une compréhension approfondie du **Système des drapeaux** et de ses six critères d'analyse, référez-vous à la page 23. Les stratégies de prévention et d'intervention sont détaillées à partir de la page 45.

QUE TROUVEREZ-VOUS DANS CETTE PARTIE PRATIQUE ?

Cette partie propose **quatre vignettes construites à partir de situations réelles**. Toutes ont été rapportées par des professionnel·les de la périnatalité et du secteur social-santé. Elles ne visent ni à être représentatives de toutes les situations de transgressions observées sur le terrain, ni à couvrir tous les cas possibles. Elles constituent un **outil d'apprentissage** conçu pour s'exercer à utiliser les techniques proposées dans ce manuel. Dans une optique pédagogique, ces situations ont été simplifiées et parfois adaptées, tout en restant fidèles à l'expérience vécue. Chaque vignette adopte un point de vue situé : celui d'un·e professionnel·le témoin d'un comportement problématique ou transgressif.

Certaines situations peuvent vous paraître caricaturales ou désuètes. Cela peut signifier que vous évoluez dans des contextes de travail dans lesquels les **droits et la dignité des personnes** sont respectés. Toutefois, l'absence de telles pratiques dans votre environnement ne signifie pas qu'elles ont disparu partout. Les pratiques professionnelles varient fortement selon les services, les dynamiques d'équipe, ou les cultures institutionnelles.

Prenons l'exemple des taux d'**épisiotomie**, évoqués dans la **partie théorique du manuel**. En Belgique, ils ont significativement diminué ces dernières années, preuve que les pratiques peuvent évoluer. C'est dans cette dynamique de transformation que s'inscrit ce manuel. Nous espérons qu'un jour, il deviendra obsolète — signe que les violences obstétricales auront disparu.

Les témoignages recueillis nous ont permis d'identifier un certain nombre de situations de transgression observées par et/ou impliquant des prestataires de diverses catégories professionnelles : sages-femmes, gynécologues-obstétricien·nes, anesthésistes, pédiatres, assistant·es sociaux·ales...
Les infos sur la méthodologie se trouvent dans l'introduction du manuel.

Chaque vignette comprend :

- une **description** succincte de la situation ;
- une analyse selon les six critères du **Système des drapeaux** ;
- des propositions de **stratégies d'intervention** - *niveau individuel, pour les témoins* ;
- des pistes de réponses structurelles (politiques organisationnelles de prévention) - *niveau collectif ou institutionnel*.

N.B. : Certaines réponses structurelles nous semblent pertinentes pour quasiment toutes les situations présentées. Nous avons choisi de les rassembler et de les présenter à la fin de ce cahier pratique.

UNE VISÉE PÉDAGOGIQUE

Ce manuel n'a pas pour vocation d'apporter des réponses toutes faites, mais de vous initier à l'usage du **Système des drapeaux** et de vous fournir des outils et des idées pour mener vos propres analyses. L'idéal serait que vous puissiez vous exercer et chercher les réponses vous-même, individuellement ou encore mieux, en équipe. Certaines options pourront vous sembler opportunes, d'autres moins. Les interprétations et stratégies proposées sont à considérer comme des **pistes de réflexion**, destinées à nourrir vos discussions et vous aider à construire une réponse à la fois professionnelle et éthique face aux situations de violence.

La formation « **Je vois, j'agis : intervenir en tant que témoin de violences obstétricales** » vous permet d'approfondir cette démarche, que ce soit à titre individuel ou collectif. En effet, pour que des **changements durables** puissent s'opérer dans les pratiques, l'ensemble de l'équipe devrait pouvoir bénéficier des outils, des formations voire d'un accompagnement dans la durée.



NOTRE SÉLECTION POUR CETTE ÉDITION

Nous présentons une vignette par drapeau (quatre vignettes, une pour chaque couleur). D'autres vignettes seront partagées sur les sites web de nos associations, www.naissancerespectee.be et www.femmesetsante.be.

VIGNETTE VERTE : Refus d'acte (streptocoque B)

VIGNETTE JAUNE : Accueil en salle d'accouchement

VIGNETTE ROUGE : Prise en charge de la douleur

VIGNETTE BLEUE : Contrainte physique (toucher vaginal)



VIGNETTE VERTE

Refus d'acte (streptocoque B)

Contrairement aux autres vignettes, la vignette verte conserve l'ensemble des éléments de contexte. Cette approche s'inscrit dans une logique proche des méthodes employées dans le secteur de la santé. À l'inverse, les vignettes jaune, rouge et bleue présentent des situations volontairement épurées, réduites à leur expression la plus simple. Ce choix méthodologique s'aligne avec les principes exposés dans le manuel. Il sert les objectifs pédagogiques visés : permettre une compréhension fine et une application rigoureuse de la grille d'analyse du Système des drapeaux, ainsi que l'identification de stratégies d'intervention pertinentes.

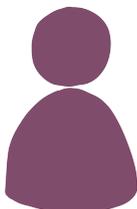


Une gynécologue de garde reçoit pendant la nuit l'appel d'une sage-femme qui la contacte pour un avis. La sage-femme en question vient d'accueillir un couple en salle d'accouchement. La parturiente est une femme primipare à terme (40 5/7SA) qui a des contractions très régulières (4 cm de dilatation et poche des eaux intacte). Elle est positive au streptocoque B et souhaite une naissance la plus physiologique possible. La sage-femme informe le couple qu'elle va administrer une dose de pénicilline à l'usagère afin de protéger l'enfant contre le streptocoque B. Le couple refuse catégoriquement avec pour motif le souhait de ne pas perturber le microbiote de l'enfant.

La sage-femme est surprise par le refus et mal à l'aise par rapport au protocole de service. Elle constate que le travail progresse de manière très rapide et s'enquiert auprès du couple qu'ils ont bien pris connaissance de tous les risques et avantages des diverses options. Elle décide de contacter la gynécologue de garde. Cette dernière s'assure qu'il n'y pas d'antécédents d'infection ni d'autres facteurs de risque et confirme alors qu'étant donné le contexte, vu que le couple refuse l'intervention en toute connaissance de cause, il ne faut pas la leur imposer mais le notifier dans le dossier. La sage-femme suit les conseils de sa collègue et informe la mère avant de consigner les éléments dans le dossier. La naissance se déroule de manière très rapide et physiologique.

Cette situation m'a permis de réfléchir à cette pose d'antibiotiques et à ces refus. En effet, si j'avais insisté, la relation se serait sûrement détériorée, les parents auraient eu un mauvais vécu de la naissance de leur enfant, la naissance ne se serait pas passée si sereinement. De plus, j'ai pu par après me renseigner sur le strepto B, le microbiote... Je suis contente de l'attitude calme, respectueuse et réfléchie de la gynécologue qui m'a permis de me remettre en question, même dans la manière dont je proposais les antibiotiques (et d'autres choses) aux parents.

Témoignage
de la sage-femme



DÉCODAGE

	ÉVALUATION	EXPLICATION
Consentement		La sage-femme explique ce qu'elle prévoit de faire avant de poser l'acte. Bien qu'elle n'ait pas demandé le consentement de manière explicite, elle ne met pas son projet à exécution sans le consentement du couple.
Plein gré		Le couple est au courant des conséquences positives et négatives du traitement proposé et prend sa décision en connaissance de cause. Il participe de manière active au processus de décision.
Égalité		La sage-femme n'abuse pas de sa position d'autorité en tant que seule soignante dans la pièce. Au contraire, elle prend la décision, difficile au milieu de la nuit, de demander de l'aide pour avoir un autre avis sur la situation qui la préoccupe.
Adéquation à la personne / Capacité d'agir		Le couple est informé et en possession de toutes ses facultés pour comprendre la sage-femme. Le couple a été capable de refuser la proposition et de formuler une alternative.
Adéquation au contexte		Le traitement proposé par la sage-femme était conforme au protocole de l'hôpital et aux recommandations de l'époque. Le couple pose un choix éclairé pour la santé de la mère et de l'enfant et la sage-femme en prend note. Leur refus sera consigné dans leur dossier.
Impact		Le couple s'est senti entendu et respecté dans son choix ce qui peut contribuer à faire de cette expérience d'accouchement un moment positif.

→ Cette situation est évaluée par un drapeau vert.



QUE PEUVENT FAIRE LA SAGE-FEMME ET LA GYNÉCOLOGUE ?

Il n'y a pas d'intervention à faire, car le drapeau est vert. Mais il est intéressant de relever les éléments positifs pour valoriser les bons réflexes et mettre en avant le respect des critères les plus pertinents dans la situation.



Sur le moment

La sage-femme pourrait commencer par dire au couple qu'elle entend bien leur demande et qu'elle comprend leurs motivations. Elle pourrait ajouter qu'ils sont protégé-es par la loi relative aux droits du patient selon laquelle toute intervention doit être consentie et que le consentement doit être libre et éclairé. Pour compléter, elle pourrait parler de sa vulnérabilité en toute transparence en disant par exemple : « *Dans cet hôpital, nous proposons d'appliquer tel protocole. Votre demande n'est pas habituelle et cette situation me met dans l'inconfort. J'ai besoin d'être rassurée en discutant avec mon/ma/mes collègue(s) pour m'assurer que la sécurité de tous-tes soit garantie. Je reviens vers vous dans quelques instants.* »

La gynécologue pourrait signaler au moment de l'appel que c'est bien de l'avoir appelée et qu'elle est disponible pour cela. Ceci afin de valoriser la bonne décision d'avoir fait appel à un tiers face à une préoccupation.



Par la suite (si possible devant des stagiaires)

La sage-femme peut dire au couple que c'était tout à fait leur droit de ne pas accepter un traitement s'il ne correspondait pas à leur projet de naissance. Elle peut aussi expliquer les raisons pour lesquelles elle a fait appel à une autre professionnelle de santé, à savoir le fait que le refus de traitement comporte une série de risques de santé.

POLITIQUES DE PRÉVENTION

Les refus d'actes et les demandes particulières des patient-es et des parents peuvent être un levier pour remettre en question certaines routines et habitudes et alimenter les réflexions sur les soins proposés et la façon dont ils répondent (ou pas) aux besoins médicaux et non-médicaux des personnes et leurs objectifs. Ce genre de situations peut permettre une remise en question des protocoles et des pratiques et de les actualiser au regard des avancées scientifiques dans une optique d'*evidence-based healthcare*.



AU NIVEAU DE L'ÉQUIPE OU DU SERVICE

- ✓ Mettre en place une procédure claire pour les soignant-es afin qu'ils accompagnent plus facilement les usagères dont les demandes se situent en dehors des standards et des recommandations.
- ✓ Mener une réflexion sur la manière dont les préférences et les souhaits ainsi que les savoirs - expérientiels ou non - des usagères (et autres personnes non diplômées dans le secteur de la santé fréquentant le service) sont perçus et reconnus.
- ✓ Soutenir et valoriser les initiatives et le temps consacrés à informer les patient-es de leurs droits au niveau des institutions de soins.



AU NIVEAU DES INSTITUTIONS DES SOINS

- ✓ Créer un groupe de réflexion inter-institutionnel impliquant les divers niveaux de pouvoir, membres des administrations et associations représentant les professionnel·les et les usagères sur la question du refus d'actes médicaux et des demandes alternatives : un service devrait envisager que des personnes et des couples puissent refuser ou désirer une autre option que les soins dits « standards ». Au Royaume-Uni, des *Birth Choices Clinics* émergent au sein même de l'hôpital. La création de ce type de structures pourrait être envisagée en Belgique.



AU NIVEAU DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

- ✓ Soutenir la création et la diffusion de campagnes de sensibilisation permettant aux prestataires de soins et aux futurs parents de mieux s'approprier la loi relative aux droits du patient et la manière dont elle s'applique sur le terrain.
- ✓ Mettre en place des dispositifs permettant aux (futur·es) soignant·es de s'entraîner à appliquer la loi relative aux droits du patient (par exemple, en faisant l'exercice de transmettre les informations sur leurs droits aux patient·es, notamment en ce qui concerne le consentement libre et éclairé - ce type de pratique peut avoir lieu lors d'ateliers de simulation dans lesquels on fait intervenir des patient·es expert·es) et ce tout le long de la formation initiale et continue.

ACCOMPAGNER LES DÉCISIONS COMPLEXES EN MATERNITÉ : LE MODÈLE DES *BIRTH CHOICES CLINICS* AU ROYAUME-UNI

Le processus de prise de décision en périnatalité peut soulever divers défis. Les *Birth Choices Clinics* offrent un espace d'écoute et de conseil pour soutenir les usagères et leurs soignant·es dans leurs questionnements et les aider dans la prise de décision éclairée, y compris lorsque des options en dehors des recommandations standards sont envisagées.

Cet extrait présente le fonctionnement d'une de ces cliniques : « [Cette] *Birth Choices Clinic* (BCC) fonctionne au sein d'un établissement du *National Health Service* (NHS) qui comprend une maternité avec une salle d'accouchement), une maison de naissance intra-hospitalière et quatre maisons de naissance extra-hospitalières, et un service d'accouchement à domicile. La BCC est dirigée par des sages-femmes consultantes et un obstétricien consultant, et reçoit les demandes d'orientation de la part de professionnel·les de santé de l'établissement lorsque des femmes souhaitent explorer leurs options d'accouchement. Lors des consultations, les femmes reçoivent des informations, des conseils cliniques et des explications sur les recommandations en vigueur. Une anamnèse détaillée, incluant les expériences précédentes, est réalisée, ainsi qu'une discussion autour des risques « matériels » — c'est-à-dire des éléments qui ont une importance particulière pour elles. Un projet de naissance personnalisé est élaboré pour les femmes faisant des choix physiologiques alternatifs, avec l'objectif de maximiser la sécurité dans un contexte qui n'est pas recommandé selon les guidelines. Ces projets sont partagés à l'avance avec les femmes et les professionnel·les en charge des soins pendant le travail, afin d'assurer que les choix sont soutenus par l'établissement, et que les discussions et décisions sont clairement communiquées. »⁸¹



VIGNETTE JAUNE

Accueil en salle d'accouchement



Une femme qui avait pour projet d'accoucher en extra-hospitalier accepte d'être déclenchée pour dépassement de terme. La patiente exprime des inquiétudes par rapport à ce changement. En salle de naissance, une sage-femme entend sa collègue dire plusieurs fois à l'usagère : « *Ici, ce n'est pas comme à la maison de naissance.* »

DÉCODAGE

	ÉVALUATION	EXPLICATION
Consentement		Il n'y a pas d'éléments directement en lien avec ce critère.
Plein gré		L'usagère reçoit une réflexion non sollicitée de la sage-femme par rapport à son projet de naissance initial. En exprimant son opinion, la sage-femme exerce une légère contrainte.
Égalité		L'asymétrie fonctionnelle est renforcée par le fait que le projet initial de la patiente se trouve modifié pour des raisons indépendantes de sa volonté. La remarque de la sage-femme laisse entrevoir une forme de jugement sur le projet initial de l'usagère. La question de ses intentions et du rôle qu'elle souhaite jouer en répétant cette phrase ouvertement peut se poser.
Adéquation à la personne / Capacité d'agir		L'usagère est en possession de toutes ses facultés. Sa vulnérabilité peut être accentuée par le contexte de l'accouchement, qu'elle évolue dans un environnement inconnu, qu'elle va faire face à une intervention médicale non souhaitée... Le sentiment d'insécurité peut être accru. Cela ne l'empêche pas de répondre, de réagir.
Adéquation au contexte		Ce type de commentaire est contraire aux principes de communication thérapeutique ⁸² et n'est pas en adéquation avec les besoins de soutien émotionnel de l'usagère au moment de l'accouchement.
Impact		Il s'agit d'une remarque désagréable qui contribue à un climat qui n'est pas bienveillant.

→ Cette situation est évaluée par un drapeau jaune.





ÉCLAIRAGES

Le drapeau jaune attribué à cette situation appelle à l'attention : une légère transgression a eu lieu et il faut rectifier le tir en rappelant les règles. Cette situation illustre la façon dont la relation de soins peut être traversée par l'asymétrie fonctionnelle, c'est-à-dire par le fait que le ou la soignant·e a une fonction décisionnelle et le ou la patient·e ne peut pas avoir l'influence sur certaines décisions. Dans cet exemple, la patiente est obligée de concéder au changement de son projet de naissance initial prévoyant un accouchement extra-hospitalier.

Quand bien même des raisons médicales peuvent être évoquées pour expliquer ce changement, la patiente est perturbée par ce changement et cela doit être pris en considération lors de sa prise en charge. Nous constatons qu'au contraire, la sage-femme critique la parturiente pour l'expression de son inquiétude. La patiente se retrouve ainsi dans une situation où ses besoins ont été ignorés. Des efforts devraient être fournis par les professionnel·les de santé pour rééquilibrer la situation, établir un climat de confiance et de respect mutuel.

QUE PEUT FAIRE LA SAGE-FEMME TÉMOIN ?

Stratégie d'intervention - Réponse immédiate



✓ Déminer le terrain

- Question antidote : « *Qu'est-ce que tu veux dire par "ce n'est pas comme à la maison de naissance ici" ?* »



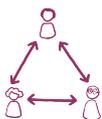
✓ Interrompre

- « *Tu as déjà dit cela à madame. Je pense qu'elle a bien entendu, tu peux arrêter maintenant.* »
- Nuancer les propos de la sage-femme : « *Ce n'est pas la maison de naissance, mais nous allons quand même faire notre maximum pour travailler tous·tes ensemble !* »



✓ Confronter

- Trois phrases : « *Je t'entends dire à madame qu'ici ce n'est pas la maison de naissance. Cela m'interpelle. Je préférerais que nous nous concentrons sur les besoins de madame et sur le soutien que nous pouvons lui apporter pour qu'elle vive la meilleure expérience possible.* »



✓ Trianguler

- « *Qu'est-ce qui était important pour vous dans votre projet initial ?* »



✓ Soutenir l'usagère

- L'informer de ce qui est possible au vu du contexte et des ressources du moment, que ce soit du point de vue humain (présence continue ou non, type de soutien et d'accompagnement - physique, émotionnel, place pour l'accompagnant·e de son choix...), matériel (baignoire, ballon et suspensions, lumière tamisée, musique, respect de son intimité...) ou autre.

- L'accompagner dans la modification de son projet de naissance et réfléchir avec elle sur les possibilités de l'adapter à ce nouveau contexte.
- Entendre sa demande et essayer de suivre le plus possible son projet de naissance : « *L'environnement est un peu différent qu'en maison de naissance mais nous allons faire notre possible pour essayer de vous rejoindre et prendre le temps de vous écouter.* »

Stratégie d'intervention - Réponse différée



✓ Responsabiliser l'auteur-riche

- Questionner la collègue sage-femme sur la raison qui l'a poussée à faire ce commentaire. Ainsi, initier une discussion sur les préjugés qu'elle pourrait avoir vis-à-vis des accouchements extra-hospitaliers. Le cas échéant, déconstruire les préjugés infondés.
- Au-delà de la question relative aux idées préconçues, il serait également intéressant d'aborder la question du ton et de la communication utilisée par la sage-femme, afin de tenter d'initier une réflexion sur l'impact que cela pourrait avoir sur l'usagère.

POLITIQUES DE PRÉVENTION



AU NIVEAU DE L'ÉQUIPE OU DU SERVICE

- ✓ Se renseigner sur les moyens d'améliorer l'accueil et le vécu des usagères lors des transferts de l'extra- à l'intra-hospitalier.
- ✓ Initier une réflexion en équipe - si possible de façon pluridisciplinaire - sur les stéréotypes, les idées reçues et les représentations de l'accouchement en extra-hospitalier, y compris à domicile.
- ✓ Déconstruire les préjugés infondés sur les alternatives aux soins standards en se basant sur les dernières données scientifiques.
- ✓ Se renseigner sur le travail des équipes extra-hospitalières, proposer des espaces de dialogue et de collaboration au sein desquels leurs compétences et savoirs sont valorisés.



AU NIVEAU DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

- ✓ Établir et favoriser les partenariats entre diverses structures de soins pour faciliter les collaborations entre hospitalier et extra-hospitalier et permettre aux savoirs, savoir-faire et savoir-être développés au sein des maisons de naissance et lors des naissances à domicile d'inspirer de nouvelles manières d'accueillir les femmes qui accouchent à l'hôpital.



VIGNETTE ROUGE

Prise en charge de la douleur



Une usagère vit un travail d'accouchement très douloureux. C'est la nuit. Elle demande plusieurs fois à la sage-femme d'avoir une péridurale. Celle-ci tente de contacter l'anesthésiste de garde, sans succès. L'usagère attend pendant plus de trois heures qu'il arrive sans qu'on ne lui propose d'alternative pour soulager sa douleur (changer de position, bain, techniques de respiration,...).

Une situation qui m'interpelle très fort, c'est le respect de la douleur des patientes. À l'heure actuelle, beaucoup de personnes ont envie d'essayer d'accoucher sans péridurale ou d'aller le plus loin possible. Et on se retrouve coincé-es. Moi je travaille énormément en nuit, certain-es collègues anesthésistes me disent « Moi je ne reviens pas. Je viens de faire une péridurale, ne me rappelez pas dans une demi-heure. » Mais la femme, elle gère peut-être très bien maintenant, dans une demi-heure il va se passer quelque chose, elle voudra peut-être sa péridurale. Il y a beaucoup de collègues qui ne veulent plus faire les nuits parce qu'on est en porte-à-faux avec les anesthésistes et ces patientes qu'on a envie de pouvoir soulager. C'est une situation qui m'interpelle fort.



Témoignage de la sage-femme

DÉCODAGE

	ÉVALUATION	EXPLICATION
Consentement		Il n'y a pas d'éléments directement en lien avec ce critère.
Plein gré		L'usagère est contrainte d'attendre la disponibilité d'un·e anesthésiste alors qu'elle se trouve en situation de détresse.
Égalité		L'usagère se trouve dans une situation de dépendance, elle n'a pas d'influence sur les ressources de l'institution de soins où elle se trouve. L'anesthésiste de garde n'est pas disponible. L'équipe ne propose pas d'alternative.
Capacité d'agir		L'usagère fait face à des contractions douloureuses, ce qui peut altérer sa capacité d'agir.
Adéquation à la personne / Capacité d'agir		Selon la Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, l'usagère a droit à la prise en compte, au traitement et au soulagement de sa douleur. L'organisation des soins et du service ne devrait pas entraver ce droit.
Impact		Cette situation a un impact négatif sur l'usagère qui souffre de ses contractions sans recevoir le soutien qu'elle réclame. Elle pourrait se sentir délaissée.

→ Cette situation est évaluée par un drapeau rouge.





ÉCLAIRAGE

Cette vignette met en exergue la dimension systémique de la violence obstétricale : les modèles de soins, leur organisation, la prise en charge créent un contexte dans lequel la douleur n'est pas toujours anticipée ni prise en charge de manière adéquate. Ceci peut pourtant avoir des conséquences tant sur le bien-être de la personne qui accouche que le déroulement de l'accouchement lui-même. L'exemple du manque de disponibilité des anesthésistes en salle d'accouchement illustre la façon dont la pénurie de personnel et des contraintes logistiques et économiques peuvent limiter l'accès à la prise en charge de la douleur en retardant sa mise en œuvre.

La posture et l'attitude de personnes qui entourent la parturiente peuvent également influencer son expérience et sa perception de la douleur. La manière dont les manifestations et les demandes des usagères sont accompagnées peut modifier l'intensité de la douleur ressentie. Une communication claire, empathique et rassurante peut contribuer à atténuer cette douleur, tandis qu'un langage brusque, infantilisant ou le manque d'accompagnement peuvent l'exacerber⁸³. La gestion de la douleur en périnatalité ne relève pas uniquement d'un savoir technique, mais engage des dynamiques relationnelles, institutionnelles et politiques qu'il est essentiel de penser ensemble.

QUE PEUT FAIRE LA SAGE-FEMME ?

Stratégie d'intervention - Réponse immédiate



✓ Soutenir l'usagère

- Soutenir l'usagère en attendant l'anesthésiste avec d'autres moyens analgésiques (travail postural, bain, massages...) : « *Nous n'avons pas de possibilité de vous poser une péridurale maintenant, mais bientôt la baignoire sera disponible, est-ce que vous souhaitez essayer ?* »
- « *Je suis vraiment désolée de cette situation, ce n'est pas normal. Je suis là pour vous accompagner et je fais au mieux pour trouver une solution.* »

Stratégie d'intervention - Réponse différée



✓ Rendre public

- Noter les délais d'attente dans le dossier médical.
- Parler de la situation à l'anesthésiste, aux responsables (sage-femme, anesthésiste, gynécologue).
- Introduire une déclaration d'événement indésirable.



✓ Soutenir l'usagère

- Débriefing avec l'usagère *a posteriori*, confirmer que ce qui s'est passé n'était pas normal.

POLITIQUES DE PRÉVENTION



AU NIVEAU DE L'ÉQUIPE OU DU SERVICE

- ✓ Partager des outils pour une communication efficace, telle que recommandée par l'Organisation mondiale de la santé⁸⁴.
- ✓ Mener une réflexion pluridisciplinaire sur les représentations au sujet de la douleur et sur la manière dont les usagères peuvent être soutenues et accompagnées lors de l'accouchement et en anténatal.
- ✓ En collaboration avec les anesthésistes, équiper tous·tes les membres de l'équipe d'outils et de méthodes alternatives ou complémentaires à l'analgésie péridurale afin de pouvoir soutenir les usagères qui n'en souhaitent pas, celles chez qui l'analgésie ne fonctionne pas ou que partiellement et, enfin, de pouvoir assurer un suivi de qualité lorsque la continuité des soins ne peut pas être assurée par les anesthésistes.



AU NIVEAU D'UNE INSTITUTION DE SOINS

- ✓ Permettre aux usagères de bénéficier à un accès continu à l'analgésie péridurale (par exemple en établissant des systèmes de garde réalistes, en prévoyant un·e soignant·e de deuxième ligne mobilisable, ...).



AU NIVEAU DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

- ✓ Définir des normes hospitalières et des conditions d'organisation des soins sécuritaires, permettant une disponibilité des anesthésistes, tout en leur assurant des conditions de travail décentes (par exemple : shifts de 12 heures et non de 24 heures).
- ✓ Communiquer leurs droits aux patient·es en amont de leur arrivée en salle de naissance, aussi concernant la gestion de la douleur.



VIGNETTE BLEUE

Contrainte physique (toucher vaginal)



Une femme ne parlant pas bien le français est admise en salle d'accouchement pour des contractions douloureuses à 30 semaines d'aménorrhée. Une jeune sage-femme observe que l'usagère montre des signes non-verbaux de refus quand la gynécologue tente de réaliser un toucher vaginal. La gynécologue demande aux deux sages-femmes présentes dans la pièce (l'observatrice et une senior) de maintenir les jambes de la patiente afin qu'elle puisse poursuivre son examen.

DÉCODAGE

	ÉVALUATION	EXPLICATION
Consentement		L'équipe ignore les signes répétés qui indiquent que l'usagère ne consent pas à ce qui se passe.
Plein gré		Le fait d'immobiliser une personne en utilisant la force physique est une contrainte massive.
Égalité		La gynécologue abuse de son pouvoir vis-à-vis de l'usagère et envers les deux sages-femmes qui se rendent complices de l'acte. Il y a également une inégalité renforcée par le nombre de soignantes (trois personnes maintenant l'usagère).
Adéquation à la personne / Capacité d'agir		La barrière linguistique entrave la capacité d'agir de l'usagère qui n'est pas accompagnée pour surmonter cet obstacle. Le fait d'être immobilisée lui enlève une grande partie de sa capacité d'agir.
Adéquation au contexte		La contention d'une usagère pour un acte médical non consenti et sans urgence est contraire à la déontologie.
Impact		Cet acte représente une violence sexuelle et physique envers l'usagère. Il peut entraîner des conséquences physiques (douleur) et psychiques (souffrance psychologique, syndrome de stress post-traumatique, rupture de confiance avec les professionnel·les de santé, ...). Il pourrait également y avoir un risque de conséquences pour la gynécologue (condamnation pénale, perte d'emploi, interdiction d'exercer sa profession) et les sages-femmes qui la contraignent physiquement.

→ Cette situation est évaluée par un drapeau bleu.





Stratégie d'intervention - Réponse immédiate



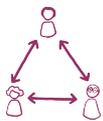
✓ Déminer le terrain

- « *Est-ce vraiment si urgent pour qu'on ne puisse pas prendre le temps avec madame ?* »
- « *Il me semblait que la contention n'était permise qu'en cas de danger pour la patiente ou pour les autres ?* »



✓ Interrompre

- « *Stop. Madame montre de l'inconfort et elle n'a pas consenti à l'examen. Essayons d'abord de discuter avec elle et de voir quels autres moyens sont à notre disposition pour évaluer son état et répondre de manière adéquate à la situation.* »



✓ Triangler

- S'adresser à la patiente et à l'équipe pour proposer de prendre un temps pour respirer toutes ensemble : « *Prenons deux secondes, tout le monde respire...* »
- À l'aide d'un outil de traduction, demander à l'usagère si elle a mal (même si c'est clairement visible) et si elle préfère que la gynécologue arrête : « *Cela vous fait mal ce que l'on vous fait ? Vous préférez qu'on arrête ?* »
- Expliquer l'acte et les raisons pour lesquelles on souhaite le poser à l'usagère et obtenir son consentement : « *Ma collègue va examiner votre col pour voir où vous en êtes, est-ce que ça vous convient ?* »



✓ Confronter

- Nommer : « *Madame a mal, je pense que vous devriez arrêter.* »
- Se désolidariser de l'action en cours : « *Je refuse de participer à un toucher vaginal forcé.* »



✓ Demander de l'aide

- Sortir de la pièce pour aller chercher le ou la chef-fe de service.
- Proposer d'appeler une interprète pour que l'usagère puisse comprendre et consentir (ou non) au toucher vaginal.



✓ Soutenir l'usagère

- Utiliser un outil de traduction pour lui faire savoir qu'elle peut dire qu'elle a mal, que ses choix comptent et qu'elle a le droit de refuser un examen.

Stratégie d'intervention - Réponse différée



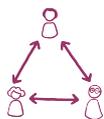
✓ Déminer le terrain

- Poser la question de l'urgence et demander à la gynécologue si ce toucher vaginal n'aurait pas pu être retardé ou fait dans de meilleures conditions.



✓ Confronter

- Nommer : « *Madame a eu très mal, elle montrait des signes de refus, vous ne l'avez pas vu ?* »
- Trois phrases : « *Ce qui vient de se passer était un examen forcé. Je suis bouleversée. Je pense qu'on devrait revenir sur ce qui vient de se passer ensemble.* »



✓ Trianguler

- Alerter le ou la chef-fe de service pour demander une réflexion d'équipe sur les bonnes pratiques en matière de soins pelviens dans une optique d'empowerment des usagères et de respect de leur autonomie.



✓ Soutenir l'usagère

- Organiser un accompagnement avec traduction.
- Offrir un espace d'écoute à l'usagère : revenir sur l'évènement, la questionner sur ses besoins, confirmer que ce qui s'est passé n'était pas normal, s'excuser au nom du service.
- Informer l'usagère/les parents sur leurs options pour porter plainte.

POLITIQUES DE PRÉVENTION



AU NIVEAU DE L'ÉQUIPE OU DU SERVICE

- ✓ Revoir les protocoles concernant les examens et la manière de dispenser des soins de manière à favoriser l'empowerment des patientes⁸⁵. Certaines approches comme le *trauma-informed care* proposent des outils pour offrir des soins respectueux et prévenir les traumatismes liés aux soins.
- ✓ Permettre aux patient·es allophones d'être accompagné·es d'une personne capable de traduire les informations contextualisées. Cela permet de faciliter la communication entre l'équipe et la personne et d'obtenir un réel consentement dans une langue qui lui est accessible.



AU NIVEAU DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

- ✓ Garantir des soins de qualité, accessibles, sécurisants et culturellement adaptés, quelle que soit l'origine, la langue ou le statut social des patient-es, à travers la mise en œuvre d'un système de santé centré sur leurs besoins, tel que le modèle biopsychosocial de soins culturellement sécurisants (*culturally safe healthcare*).
- ✓ Former les professionnel·les sur la systématisation de l'obtention du consentement et le respect du retrait du consentement dès la formation initiale à travers des exercices de simulation par exemple.

Le partage d'information et de prise de décision sont des clés fondamentales pour établir une relation de soins basée sur la confiance. De plus, « la littératie en santé joue un rôle fondamental dans la sauvegarde du principe des droits humains relatif à l'accès équitable aux soins de santé, en particulier lorsque des populations ont difficilement accès aux ressources de santé existantes en raison de leur situation »⁸⁶.

PISTES ET PROPOSITIONS CONCRÈTES

Certaines réponses structurelles nous semblent pertinentes pour quasiment toutes les situations présentées.

NOUS INVITONS LES PROFESSIONNEL·LES DE SANTÉ À :

- ✓ **Proposer aux futurs parents d'élaborer un projet de naissance** afin de leur permettre de réaliser qu'ils sont au centre du processus. Les inviter à s'informer et à s'engager de manière active dans les décisions au cours des diverses étapes (grossesse, accouchement, post-partum).
- ✓ **Transmettre et partager des outils et bonnes pratiques** visant notamment à favoriser la prise de décision partagée et un dialogue constructif, respectueux et bienveillant.
- ✓ Mener une **réflexion en équipe ou au sein du service** sur le processus d'amélioration de la qualité des soins, notamment sur le consentement.
- ✓ Promouvoir, dans la culture professionnelle de l'institution, **le recours à des interprètes** à tout moment où des interventions peuvent avoir lieu (dans la salle de césarienne également, interprète du côté de la tête de la mère pour lui traduire les indications données par l'anesthésiste, gynécologue, sage-femme, pédiatre, ...).
- ✓ Profiter des consultations de suivi en post-partum pour aborder entre autres le **vécu de l'accouchement** et au besoin référer à d'autres professionnel·les de santé comme un·e psychologue.

NOUS INVITONS LES RESPONSABLES DES FORMATIONS DES (FUTUR·ES) PROFESSIONNEL·LES

DU SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ À :

- ✓ Intégrer la notion de violences gynécologiques et obstétricales et le respect des droits des patient·es dans tous les modules de soin en **formation initiale et continue** en gynécologie, sage-femme, kinésithérapie, etc. de manière transversale, en veillant à ce qu'ils comportent :
 1. Un socle théorique commun permettant d'appréhender les violences gynécologiques et obstétricales comme une forme de **violence basée sur le genre** et permettant d'intégrer une approche des soins centrés sur le ou la patient·e, le respect de ses droits, ainsi que la perspective de genre et la non-discrimination en santé.
 2. Des dispositifs pédagogiques (ateliers pratiques) co-construits et animés en collaboration avec des **patient·es expert·es** (simulations...) afin d'intégrer le **vécu et l'expérience des usagères** dans leur approche, ce qui est un levier pour augmenter l'efficacité et la qualité des soins⁸⁷.

Une option serait d'ouvrir les portes du service à des patient·es partenaires ou à des associations d'usagères. La Plateforme citoyenne pour une naissance respectée, Femmes et Santé ou d'autres associations spécialisées comme Genres pluriels, Fat Friendly, Handicap et sexualités... pourraient mettre des personnes concernées en contact avec les services de maternité pour qu'elles puissent dire ce qui leur a manqué et/ou ce qu'elles aimeraient voir concrètement.

3. Dès la formation initiale, proposer aux étudiant·es et aux professionnel·les des **groupes de parole** réguliers guidés par un·e professionnel·le formé·e pour débriefer et analyser les situations difficiles dont ils sont témoins.

NOUS INVITONS LES RESPONSABLES DE SOINS DE SANTÉ

ET LES RESPONSABLES POLITIQUES À :

- ✓ Mener une réflexion sur les **normes obstétricales** afin d'émettre des recommandations tenant compte des dernières recherches sur le sujet.
- ✓ Renforcer les connaissances des professionnel·les de santé sur **la loi relative aux droits du patient**.
- ✓ **Sensibiliser les (futur·es) patient·es** sur la loi relative aux droits du patient et le cadre légal général des soins de santé.
- ✓ Rendre les données relatives aux taux de césariennes, de déclenchements, d'épisiotomies, d'extractions instrumentales et de recours à l'anesthésie péridurale de chaque hôpital facilement accessibles pour le grand public. Garantir la **transparence de ces données** est une condition pour permettre aux patient·es et aux couples de choisir de façon éclairée leur lieu d'accouchement et un levier puissant dans l'évolution des pratiques.
- ✓ Soutenir et favoriser « **la recherche et la récolte de données** concernant le manque de respect et les mauvais traitements » en périnatalité mais aussi « initier, soutenir et maintenir des programmes visant à améliorer la qualité des soins de santé maternelle, avec un accent sur un aspect essentiel de la qualité des soins : le respect », comme le préconise l'Organisation mondiale de la santé⁸⁸.
- ✓ Créer un **observatoire national des violences gynécologiques et obstétricales** et de la périnatalité constitué d'acteurs·rices des secteurs académique, professionnel et associatif (y compris des organisations représentant les usagères).
- ✓ Mettre en place un **service de soutien et d'accompagnement** aux personnes qui ont subi des violences gynécologiques et obstétricales.
- ✓ Accorder une attention particulière aux **personnes vulnérables** — telles que les primo-arrivant·es, les personnes racisées, allophones, en situation de handicap, ayant subi une mutilation génitale féminine (MGF), ou appartenant aux communautés trans et LGBTQIA+ — afin de garantir un accès à des soins qui prennent en compte leurs besoins spécifiques.
- ✓ Systématiser le **débriefing de l'accouchement à la maternité** par le ou la gynécologue ou la sage-femme présente à l'accouchement et si ce n'est pas possible, ajouter si besoin un second rendez-vous post-partum avec la personne présente à l'accouchement ; intégrer le débriefing au trajet de soins.

Prémisse ASBL organise des cercles de parole pour les personnes ayant vécu des violences gynécologiques et obstétricales. Des initiatives semblables pourraient être proposées régulièrement, sur tout le territoire. Voir le site web de l'association : <https://premise.be>.

BIBLIOGRAPHIE

- 1** - Wittig, M. (2018 [1982]). La catégorie de sexe. Dans M. Wittig (dirs). *La pensée straight* (pp. 42-50). Éditions Amsterdam.
- 2** - El Kotni, M. & Quagliariello, C. (2022). L'injustice obstétricale Une approche intersectionnelle des violences obstétricales. *Cahiers du Genre*, 71(2), 107-128. <https://doi.org/10.3917/cdge.071.0107>
- 3** - « Le suivi semble s'expliquer par la nécessité d'un accompagnement médical de l'évolution biologique des corps. Il est ainsi naturalisé, au sens où il est perçu comme naturel et justifié par la nature même des corps qu'il accompagne, implicitement pathologique et nécessitant donc une intervention humaine constante. » (Koechlin, A. (2022). *La norme gynécologique : ce que la médecine fait au corps des femmes*. Éditions Amsterdam, p.23).
- 4** - Haut Conseil de l'égalité entre les femmes et les hommes. (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*. République française, rapport n°2018-06-26-SAN-034. https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf
- 5** - Sénat de Belgique. (2024). *Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales*. Rapport fait au nom du comité d'avis pour l'Égalité des chances entre les femmes et les hommes. <https://www.senate.be/informatieverslagen/7-245/Senat-rapport-violences-obstetricales-2024.pdf>
- 6** - Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe. (2019). *Violences obstétricales et gynécologiques Commission sur l'égalité et la non-discrimination*. Doc. 14965. Consulté le 19/06/25 sur <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-fr.asp?fileid=28108&lang=fr>.
- 7** - Haut Conseil de l'égalité entre les femmes et les hommes. (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*. République française. Consulté le 23/06/25 sur <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>.
- 8** - Burn out des médecins : des répercussions sur la qualité des soins. (2023). *Prescrire*. 43 (478), 628.
- 9** - Académie nationale de médecine. (2018). *De la bienveillance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités*. Bull. Acad. Natle Méd., 202, no 7, 1323-1340, Rapport 18-09, p.1324. <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2018/09/P.1323-1340.pdf>
- 10** - Instituts de recherche en santé du Canada (2023). *Qu'est-ce que le genre ? Qu'est-ce que le sexe ?* Instituts de recherche en santé du Canada. Consulté le 23 juin 2025 sur <https://cihr-irsc.gc.ca/f/48642.html>.
- 11** - Bereni, L., Chauvin, S., Jaunait, A., & Revillard, A. (2020). *Introduction aux études sur le genre* (3^{ème} édition). De Boeck.
- 12** - Le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne (2012). *Directive 2012/29/UE du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2012 établissant des normes minimales concernant les droits, le soutien et la protection des victimes de la criminalité et remplaçant la décision-cadre 2001/220/JAI du Conseil*. Journal officiel de l'Union européenne, §17. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32012L0029&from=FR>
- 13** - Kelly, L., Traduit de l'anglais par Tillous, M. (2019). Le continuum de la violence sexuelle. *Cahiers du Genre*, 66 (1), 17-36. <https://doi.org/10.3917/cdge.066.0017>
- 14** - Fraser, L. K., Cano-Ibáñez, N., Amezcua-Prieto, C., Khan, K. S., Lamont, R. F., & Jørgensen, J. S. (2025). Prevalence of obstetric violence in high-income countries: A systematic review of mixed studies and meta-analysis of quantitative studies. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 104 (1), 13–28. doi: 10.1111/aogs.14962 ; Fonquerne, L. (2021). « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! ». *Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception. Santé Publique*, 33(5), 663-673. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0663>
- 15** - Organisation mondiale de la santé. (2014). *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins*. Organisation mondiale de la santé. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf
- 16** - Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (2019). *Résolution 2306 : Violences obstétricales et gynécologiques*. Consulté le 19/06/25 sur <https://pace.coe.int/fr/files/28236/html>.

- 17** - Sénat de Belgique (2024). *Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales* (n° 7-245). <https://www.senate.be/informatieverslagen/7-245/Senat-rapport-violences-obstetricales-2024.pdf>
- 18** - Fraser, L. K., Cano-Ibáñez, N., Amezcua-Prieto, C., Khan, K. S., Lamont, R. F., & Jørgensen, J. S. (2025). Prevalence of obstetric violence in high-income countries: A systematic review of mixed studies and meta-analysis of quantitative studies. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 104(1), 13–28. <https://doi.org/10.1111/aogs.14962>
- 19** - Amjahad, A., Cosentino, C., Richard, F., Guiot, F., Servais, J. & Warnimont, M. (2021). *Les conditions d'accouchement en Belgique francophone avant et pendant le COVID*. Plateforme pour une naissance respectée. <https://usercontent.one/wp/www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2022/03/PCNR-synthese-Rapport-WEB-2-1.pdf>
- 20** - Vers une Belgique en bonne santé (2024). *Mère et nouveau-né*. Consulté le 23/06/25 sur <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-a-la-mere-et-au-nouveau-ne>.
- 21** - Leroy, C., Fomenko, E., Goemaes, R., Van Leeuw, V., Racapé, J., & Alexander, S. (2025). Effect of Maternity Characteristics on Cesarean Section Rates in Belgium: A Robson Classification Approach. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 10.1111/birt.12916. <https://doi.org/10.1111/birt.12916>
- 22** - Leroy, C., & Van Leeuw, V. (2024). *Santé périnatale en Wallonie – Année 2023*. Centre d'Épidémiologie Périnatale. https://www.cepip.be/img/pdf/rapport_CEPiP_Wal_2023-fr.pdf
- 23** - Collège National des Sages-femmes de France. (2020). *Les RPC pour l'administration de l'oxytocine au cours du travail spontané*. Collège National des Sages-femmes de France. Consulté le 23 juin 2025 sur <https://www.cnsf.asso.fr/pratiques-professionnelles/rpc-du-cnsf/les-rpc-pour-ladministration-de-loxytocine-au-cours-du-travail-spontane> ; Davey, M. A., Flood, M., Pollock, W., Cullinane, F., & McDonald, S. (2020). Risk factors for severe postpartum haemorrhage: A population-based retrospective cohort study. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 60(4), 522–532. <https://doi.org/10.1111/ajo.13099>
- 24** - Kohan, S., Mena-Tudela, D., & Youseflu, S. (2025). The impact of obstetric violence on postpartum quality of life through psychological pathways. *Scientific reports*, 15(1), 4799. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-88708-8>
- 25** - Keedle, H., Keedle, W., & Dahlen, H. G. (2024). Dehumanized, Violated, and Powerless: An Australian Survey of Women's Experiences of Obstetric Violence in the Past 5 Years. *Violence against women*, 30(9), 2320–2344. <https://doi.org/10.1177/10778012221140138>
- 26** - Burn out des médecins : des répercussions sur la qualité des soins. (2023). *Prescrire*. 43 (478), 628.
- 27** - Fraser, L. K., Cano-Ibáñez, N., Amezcua-Prieto, C., Khan, K. S., Lamont, R. F., & Jørgensen, J. S. (2025). Prevalence of obstetric violence in high-income countries: A systematic review of mixed studies and meta-analysis of quantitative studies. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 104 (1), 13–28. <https://doi.org/10.1111/aogs.14962>
- 28** - Leite, T.H., Marquesa, E.S., Mesenburgb, M.A., Freitas da Silveirac, M & do Carmo Leald, M. (2023). The effect of obstetric violence during childbirth on breastfeeding: findings from a perinatal cohort “Birth in Brazil”. *The Lancet Regional Health – Americas*, Volume 19, 100438. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100438>
- 29** - Inserm, Santé publique France. (2024). Les morts maternelles en France : *mieux comprendre pour mieux prévenir*. 7^e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016-2018. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/enquetes-etudes/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-7e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>
- 30** - Sholokhova, S. (2023). Femmes et soins de santé en Belgique. Quels sont les biais de genre dans les soins de santé et comment y remédier ?. *Santé & Société*, 7, 40-63. <https://cm-mc.bynder.com/m/7bbc76a580cac4a9/original/Sante-Societe-07-Femmes-et-soins-de-sante-en-Belgique.pdf>
- 31** - Schalck, C. (2020). Les violences obstétricales, au détriment de la santé des femmes et de celle des soignants à leur travail. In J. J. Román Hernández, D. Lhuillier, J. N. Garcia de Araújo, & A. Pujol (Eds.), *Subjectivité et travail : entre mal-être et bien-être* (pp. 159–166). Paris : L'Harmattan.
- 32** - Burn out des médecins : des répercussions sur la qualité des soins. (2023). *Prescrire*. 43 (478), 628.
- 33** - Michel, L. (2024). *Le stress vicariant : quésako ?*. FEMMESProd x OXO ASBL. <https://oxoasbl.be/wp-content/uploads/2025/07/Guide-Stress-vicariant-OXO.pdf>

- 34** - Crenshaw, K. W., & Bonis, O. (2005). Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur. *Cahiers du Genre*, 39(2), 51. <https://doi.org/10.3917/cdge.039.0051>
- 35** - Amjahad, A., Cosentino, C., Richard, F., Guiot, F., Servais, J. & Warnimont, M. (2021). *Les conditions d'accouchement en Belgique francophone avant et pendant le COVID*. Plateforme pour une naissance respectée. <https://usercontent.one/wp/www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2022/03/PCNR-synthese-Rapport-WEB-2-1.pdf>
- 36** - Violences sexistes et sexuelles et soins gynéco-obstétricaux : écouter les femmes. (2020). *Prescrire*, 40(445), pp. 865-6.
- 37** - Ehrenreich, B. & English D. (2016). *Fragiles ou contagieuses. Le pouvoir médical et le corps des femmes*. Paris : Cambourakis.
- 38** - O'Brien, E., & Rich, M. (2022). Obstetric violence in historical perspective. *The Lancet*, 399(10342), 2183–2185. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01022-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01022-4)
- 39** - Haut Conseil de l'égalité entre les femmes et les hommes. (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*. République française. Consulté le 23/06/25 sur <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>.
- 40** - Guillaumin, C. (1978). Pratique du pouvoir et idée de Nature (2) Le discours de la Nature. *Nouvelles Questions Féministes & Questions Féministes*, 3, 5-28. <https://www.jstor.org/stable/40619120>
- 41** - Freund, P. & Mcguire, M. (1991). The social construction of medical knowledge. *Health Illness and the social body, a critical sociology*. Englewoods Cliff : Prentice Hall, 9, 203-229.
- 42** - Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne 1. La présentation de soi*. (Accardo, A. Trad.). Paris : Les Éditions de Minuit.
- 43** - Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*, 75. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- 44** - Burn out des médecins : des répercussions sur la qualité des soins. (2023). *Prescrire*. 43 (478), 628.
- 45** - Haut Conseil de l'égalité entre les femmes et les hommes. (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*. République française. Consulté le 23/06/25 sur <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>.
- 46** - Winckler, M. (2016). *Les Brutes en blanc*. Paris : Flammarion, p. 277.
- 47** - Gardien, È. (2019). Les savoirs expérientiels : entre objectivité des faits, subjectivité de l'expérience et pertinence validée par les pairs. *Vie sociale*, 25-26(1), 95-112. <https://doi.org/10.3917/vsoc.191.0095>
- 48** - Canoy, D. (2015). A Dictionary of Epidemiology - 6th edition Publisher: Oxford University. Press Editor: Miguel Porta. *BBA Clinical*. 4. 42-43. 10.1016/j.bbacli.2015.06.005 vsoc.191.0095.
- 49** - Blandenier, E., Ngassop, J., B., Morisod, K., Grazioli, V., Viredaz, N., B., Dzi, K., Vermeulen, B., P., Bodenmann, P. & Tan, R. (2025). Racisme dans les soins (partie 2) : biais implicites, *Rev Med Suisse*, 21, no. 906, 351–355. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2025.21.906.351>
- 50** - FitzGerald, C. & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC medical ethics*, 18(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>
- 51** - Coisy, F., Olivier, G., Ageron, F. X., Guillerrou, H., Roussel, M., Balen, F., Grau-Mercier, L., & Bobbia, X. (2024). Do emergency medicine health care workers rate triage level of chest pain differently based upon appearance in simulated patients?. *European journal of emergency medicine : official journal of the European Society for Emergency Medicine*, 31(3), 188–194. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000001113>
- 52** - Clair, C., Cornuz, J., Bart, P. & Schwarz, J. (2018). Médecine et genre : quels enjeux pour la pratique ?, *Revue Médicale Suisse*, 4(625), 1951–1954. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2018.14.625.1951>
- 53** - Blandenier, E., Ngassop, J., B., Morisod, K., Grazioli, V., Viredaz, N., B., Dzi, K., Vermeulen, B., P., Bodenmann, P. & Tan, R. (2025). Racisme dans les soins (partie 2) : biais implicites, *Rev Med Suisse*, 21, no. 906, 351–355. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2025.21.906.351>
- 54** - Sensoa (2025). *Flag System – How to respond to (transgressive) sexual behaviour?*. Sensoa. Consulté le 30/06/25 sur <https://www.en.sensoa.be/flag-system-how-respond-transgressive-sexual-behaviour>.

- 55** - Loi du 21 mars 2022 modifiant le Code pénal en ce qui concerne le droit pénal sexuel, M.B., 30 mars 2022, disponible sur https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2022/03/30_1.pdf#page=23.
- 56** - Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, M.B., 14 mai 2019.
- 57** - Boxho, P. (2022). *La déontologie du médecin*, Limal, Anthemis, pp. 47-68.
- 58** - Ordre des médecins. (2018). *Code de déontologie médicale 2018*. Consulté le 23/06/25 sur <https://ordomedic.be/fr/code-2018>.
- 59** - Not. voy. Cass., 19 juin 1980, *Pas.*, 1980, p. 1.290.
- 60** - Voy. not. Cass., 18 mai 1988, *Pas.*, 1988, p. 1.147.
- 61** - Ordre des médecins. (2018). *Code de déontologie médicale 2018*. Art. 29. Consulté le 23/06/25 sur <https://ordomedic.be/fr/code-2018/respect/29>.
- 62** - Conseil de l'Europe (2025). *La Convention européenne des droits de l'homme. La Convention en 1950*. Consulté le 23/06/25 sur <https://www.coe.int/fr/web/human-rights-convention/the-convention-in-1950>.
- 63** - Service Public Fédéral, Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. (2018). *Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belge (annexe de l'avis 2017.04 du CFAI)*. Consulté le 23/06/25 sur <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/code-de-deontologie-des-praticiens-de-lart-infirmier-belges>.
- 64** - International Confederation of Midwives. (2014). *Code de déontologie international pour les sages-femmes, philosophie et modèle de pratique*. ICM. Consulté le 23/06/25 sur <https://internationalmidwives.org/fr/resources/code-de-deontologie-international-pour-les-sages-femmes>.
- 65** - Jacobs, B., Hernandez, A. (2025). Partie 1 : Sage-femme, qui es-tu ? *Consilio Manuque*, 52^e année(1-2), pp. 59-70. <https://doi.org/10.3917/coe.520.0059>
- 66** - Site web de l'UPFSB : <https://sage-femme.be>
- 67** - Site web de l'AFSF : <https://afsf.be>
- 68** - Collège national des gynécologues et obstétriciens français. (2021). *Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique*. CNGof. <https://cngof.fr/app/uploads/2022/12/Charte-de-consultation-en-gynecologie-et-obstetrique.pdf?x13417>
- 69** - Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B., 26 septembre 2002.
- 70** - Boxho, P. (2022). *La déontologie du médecin*, Limal, Anthemis, p. 82.
- 71** - Leleux, Y-H. (2005). *Droit médical*. Commission Université-Palais, n° 5, De Boek & Larcier, pp. 21-22.
- 72** - Le Code pénal, comme le Code civil, vient de faire l'objet d'une refonte totale qui entrera en vigueur le 8 avril 2026, Lois du 29 février 2024, M.B., 8 avril 2024. Les principes fondamentaux resteront toutefois d'application.
- 73** - Conseil de l'Europe. (2025). *La Convention européenne des droits de l'homme*. La Convention en 1950. Consulté le 23/06/25 sur <https://www.coe.int/fr/web/human-rights-convention/the-convention-in-1950>.
- 74** - Cour européenne des droits de l'homme. (2024). *Guide sur l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, Interdiction de la torture*. Conseil de l'Europe. https://ks.echr.coe.int/documents/d/echr-ks/guide_art_3_fre
- 75** - Zeilinger, I. (2018) *États des savoirs sur l'autodéfense pour femmes*. Garance, Bruxelles. <https://www.garance.be/wp-content/uploads/2023/09/ETAT-DES-SAVOIRS-SUR-LAUTODEFENSE-POUR-FEMMES.pdf>
- 76** - Voir Ben Jattou, M., Guiot, F., Hidalgo, P., In't Zandt, K., Jacquet, M., Vieira Da Costa, C.& Zeilinger, I. (2020). *Zones à défendre : Manuel d'autodéfense féministe dans le cadre de la consultation sexuelle et reproductive*. Femmes et Santé. <https://femmesetsante.be/zones-a-defendre-guide-dauto-defense-feministe>
- 77** - Cliniques Universitaires Saint-Luc, UCL Bruxelles. (2025). *Qualité et sécurité POR 5 : Déclaration des événements*. Consulté le 25/06/25 sur <http://rapport-saintluc.be/por-5-d%C3%A9claration-des-%C3%A9v%C3%A9nements-ind%C3%A9sirables>. À ce sujet, voir également les documents disponibles ici : Service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (2021). *Système de gestion de la sécurité des patients*. <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/securite-des-patients/systeme-de-gestion-de>
- 78** - Voir le site web de l'IEFH : <https://igvm-iefh.belgium.be/fr>
- 79** - Voir le site web d'Unia : <https://www.unia.be>

- 80** - Abdollahpour, S., Khosravi, A., Motaghi, Z., Keramat, A., & Mousavi, S. A. (2019). Effect of Brief Cognitive Behavioral Counseling and Debriefing on the Prevention of Post-traumatic Stress Disorder in Traumatic Birth: A Randomized Clinical Trial. *Community mental health journal*, 55(7), 1173–1178. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00424-6> ; Gökçe İsbir, G., Yılmaz, M., & Thomson, G. (2022). Using an emotion-focused approach in preventing psychological birth trauma. *Perspectives in psychiatric care*, 58(3), 1170–1176. <https://doi.org/10.1111/ppc.12867> ; Weidner, K., Bartmann, C., Leinweber, J. (2023). Traumatic childbirth and trauma-sensitive obstetric support. *Der Nervenarzt*, 94. <https://doi.org/10.1007/s00115-023-01510-7>
- 81** - McAllister, S., & Litchfield, C. (2025). Birth “outside of guidance”—An exploration of a Birth Choices Clinic in the United Kingdom. *Birth*, 52(1), 46–54. <https://doi.org/10.1111/birt.12827>
- 82** - Gouchet, A. (2017). Chapitre 12. Le domaine médical. Dans A. Bioy et T. Servillat, *Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose* (p. 199-230). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.servi.2017.01.0199>
- 83** - « Lorsque la douleur physique est peu ou mal accompagnée et soulagée, elle peut rapidement provoquer une souffrance morale intense, associée à des sentiments de dévalorisation, d’angoisse et d’isolement, qui peuvent perdurer longtemps après la naissance. » Evard A. (2021). *Douleurs de l'accouchement : quand le vécu des femmes rencontre les représentations des soignants. Périnat.* (2021) 13:116-121. <https://stm.cairn.info/revue-perinatalite-2021-3-page-116>
- 84** - « La communication efficace entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, utilisant des méthodes simples et culturellement acceptables, est recommandée. » Organisation mondiale de la santé. (2018). *Recommandations de l’OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement, Transformer le soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être.* OMS, p.4. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf>
- 85** - La sage-femme Stephanie Tillmann propose divers scripts sur les touchers vaginaux respectueux sur son site “The Feminist Midwife”: <https://www.feministmidwife.com/fmblog/2016/04/04/feminist-midwife-scripts-painful-cervical-exams-during-labor>
- 86** - Comité directeur pour les droits de l’homme dans les domaines de la biomédecine et de la santé du Conseil de l’Europe. (2023). Guide sur la littératie en santé, Favoriser la confiance et l’accès équitable aux soins de santé. Conseil de l’Europe, Droits Humains et Biomédecine, p.5. <https://rm.coe.int/inf-2022-17-guide-health-literacy-/1680a9cb76>
- 87** - Tegenbos, G., Van den Cruyce, N., Vandensande, T. & Dispa, M.-F. (2024). *La collaboration collective des patients au service de la qualité et de l’efficacité des soins de santé, un appel basé sur la recherche et l’expérience.* Fondation Roi Baudouin. <https://media.kbs-frb.be/fr/media/12046/Synth%C3%A8se%20Politique%20Associations%20de%20Patients>
- 88** - Organisation mondiale de la santé. (2014). *La prévention et l’élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l’accouchement dans des établissements de soins.* Organisation mondiale de la santé. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf?sequence=1



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 au contact des patient·es et en travaillant avec les professionnel·les.



info@femmesetsante.be



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 personnes 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.



info@naissancerespectee.be



GARANCE

Depuis sa fondation en 2000, Garance se concentre sur la prévention primaire des violences liées au genre. L'ASBL travaille à renforcer le pouvoir et la sécurité des femmes et des publics mis en situation de vulnérabilité, en développant l'autodéfense féministe et en agissant politiquement. Garance donne des formations participatives et livre une analyse critique des conditions sociales et politiques qui conduisent à la violence. À côté de ces différentes formations, Garance met à disposition des outils (manuels de prévention, matériel pédagogique) que les personnes peuvent s'approprier pour mettre un terme aux agressions. Les valeurs de Garance sont la solidarité, l'inclusivité, la participation et l'empouvoirement.



info@garance.be

JE VOIS, J'AGIS

INTERVENIR EN TÉMOIN DE VIOLENCES OBSTÉTRICALES

Comment réagir lorsqu'on assiste à un comportement inapproprié envers un·e patient·e ?

Où commence la transgression ?

Comment l'évaluer ?

Face à des violences obstétricales trop souvent banalisées, ce manuel propose des clés pour agir, même dans un contexte hiérarchisé et sous tension.

Je vois, j'agis est un outil innovant à destination de toutes les personnes qui travaillent ou gravitent autour du secteur de la périnatalité. Issu d'un travail collectif, ce manuel a été conçu avec des professionnel·les de terrain, des chercheurs·euses, des représentant·es d'usagères et des expert·es en prévention des violences basées sur le genre. Il s'appuie sur des données recueillies en Belgique francophone, via des focus groups et des entretiens.

Il propose :

- ➔ des vignettes issues de situations réelles ;
- ➔ des grilles d'analyse accessibles ;
- ➔ des pistes concrètes pour réagir individuellement ou collectivement ;
- ➔ un chapitre théorique et juridique, pour comprendre les origines systémiques du phénomène et son lien avec les droits humains.

Pour aller plus loin, un module de formation permet de s'exercer à la mise en pratique des contenus du manuel.

J'ai entendu des patientes parler de ce qu'elles avaient vécu dans l'hôpital dans lequel je travaillais. Si ça se trouve, c'était moi. J'ai réalisé que je n'imaginais pas du tout que ça pouvait avoir cet impact-là. Entendre tout ça a entraîné une grosse remise en question de ma pratique. J'ai fini par me dire « OK, tu dois travailler autrement. » Ce n'était pas conscient du tout de ma part avant tout ça.



**UN OUTIL PRATIQUE, ANCRÉ DANS LE RÉEL,
POUR NE PLUS DÉTOURNER LE REGARD.**

Un projet développé par la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée (PCNR), Femmes et Santé et Garance avec le soutien de la Région wallonne et de la COCOF.

Publication : Juin 2025 – Belgique