

---

# ÉTUDE

---

*Je comprends ce que sont les violences gynécologiques et  
obstétricales*

Autrices : Marie Schneidesch, Miriam Ben Jattou, Stephanie Everaert, Armony Laurent, Jeanne Salliou, Juliette Lebatteur, Liliane Jabateh, Maude Desmedt, Enora Auffret, Raphaël Pierfedereci, Ysaline Matthis, Anna Cariou, Amélie Hourvitz-Lehervet, Lauriane Arzel, Océane Lehuault-Parc, Linda Mamenga, Océane Kerisit, Maeva Tshitoko et Hafsa Benyarou

Coordinatrices : Miriam Ben Jattou et Marie Schneidesch

Relectrices : Anita Biondo

---

Femmes de Droit, asbl

**Siège social** : 62 Rue Walter Sœur – 5590 Ciney  
**Bureau** : 82B Avenue Cardinal Mercier – 5000 Namur  
**Tel** : 0494/24.95.38

**Site** : [www.femmesdedroit.be](http://www.femmesdedroit.be)  
**Compte** : BE50 7320 4704 1718  
**Mail** : [info@femmesdedroit.be](mailto:info@femmesdedroit.be)



## Table des matières

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Table des matières -----  | 2                                  |
| Introduction-----   | 7                                  |
| I. La présentation de l'étude -----   | 7                                  |
| II. Femmes de droit : notre engagement contre les violences gynécologiques et obstétricales (V.G.O.)----- | 8                                  |
| 1. A propos de Femmes de Droit-----   | 8                                  |
| 2. Notre travail en lien avec les V.G.O. -----  | 8                                  |
| A. L'information des femmes-----  | 8                                  |
| B. Le soutien juridique des femmes-----   | 8                                  |
| C. Les actions militantes et le plaidoyer-----  | 8                                  |
| III. Les autrices de l'étude -----  | 9                                  |
| IV. L'écriture inclusive-----   | 10                                 |
| Titre 1 – Lexique-----  | <b>Erreur ! Signet non défini.</b> |
| Titre 2 – Le contexte de la présente étude-----   | 11                                 |
| I. Note préliminaire : qui est concerné.e par les V.G.O. ? -----  | 11                                 |
| II. Comment Femmes de Droit s'est intéressée au sujet des V.G.O. ?-----                                   | 11                                 |
| 1. La création de l'association-----  | 11                                 |
| 2. L'histoire de Chloé Guyot -----  | 12                                 |
| III. Le contexte politique qui permet l'émergence de la question-----                                     | 12                                 |
| 1. Au niveau européen -----   | 12                                 |
| 2. Au niveau belge -----  | 13                                 |
| A. A travers le Plan d'action national-----   | 13                                 |
| B. Au sein du Sénat-----  | 13                                 |
| IV. La définition des V.G.O.-----   | 13                                 |
| V. Le contexte sociétal des V.G.O.-----   | 16                                 |
| 1. Un système de domination -----   | 16                                 |
| 2. Un système contre les femmes -----   | 16                                 |

|                               |   |    |
|-------------------------------|---|----|
| A.                            | Des stéréotypes de genre  | 17 |
| B.                            | Une méconnaissance du corps des femmes dans la médecine gynécologique et obstétricale                 | 17 |
| 1)                            | Une méconnaissance dans le suivi gynécologique  | 17 |
| 2)                            | Une méconnaissance dans le suivi obstétrical  | 18 |
| 3)                            | Des actes non justifiés médicalement  | 19 |
| 4)                            | Des actes perturbant le processus physiologique de l'accouchement                                     | 19 |
| 5)                            | Et qui entraînent une cascade d'intervention  | 20 |
| C.                            | La mauvaise considération du corps des femmes   | 20 |
| 3.                            | La méconnaissance du droit des femmes   | 21 |
| 4.                            | Une intention de nuire ?  | 22 |
| 5.                            | Un système violent pour tou.te.s  | 22 |
| VI.                           | Le contexte historique des V.G.O.   | 23 |
| A.                            | Quand l'église s'en mêle  | 23 |
| VII.                          | La responsabilité des structures hospitalières dans les V.G.O.  | 24 |
| VIII.                         | L'articulation entre violence de genre et violence institutionnelle                                   | 25 |
| IX.                           | La classification des différents actes considérés comme des violences gynécologiques et obstétricales | 25 |
| X.                            | Les conséquences des V.G.O. sur les femmes  | 26 |
| 1.                            | Conséquences psychologiques   | 26 |
| 2.                            | Les conséquences physiques  | 27 |
| 3.                            | La détérioration du rapport aux soins   | 27 |
| 4.                            | L'impact sur la vie sociale, familiale et sexuelle  | 27 |
| XI.                           | Le contexte géographique de la présente étude   | 28 |
| Titre 3 – Le cadre législatif |   | 29 |
| I.                            | La loi relative aux droits des patient.e.s  | 29 |
| 1.                            | Le droit à des soins de qualité (art. 5)  | 29 |
| 2.                            | Le droit au libre choix du praticien professionnel (art. 6)   | 30 |

|      |   |    |
|------|---|----|
| 3.   | Le droit à l'information claire et précise sur son état de santé et son évolution possible et probable (art. 7 à 9) | 30 |
| A.   | La règle générale   | 30 |
| B.   | Une spécificité pour les mineur.e.s   | 32 |
| 4.   | Le droit de refus   | 32 |
| 5.   | Le droit à la protection de la vie privée et de l'intimité (art. 10)  | 32 |
| 6.   | Le droit de porter plainte auprès d'une fonction de médiation compétente (art. 11).                                 | 33 |
| A.   | Les missions du service de médiation  | 33 |
| B.   | La plainte  | 33 |
| 7.   | Le droit à la prise en charge de la douleur (art. 11 bis).  | 34 |
| II.  | La responsabilité civile de droit commun  | 35 |
| 1.   | La faute  | 35 |
| 2.   | Le dommage  | 36 |
| 3.   | Le lien de causalité  | 36 |
| III. | La responsabilité pénale  | 37 |
| 1.   | Faute pénale  | 37 |
| 2.   | Les infractions pénales en médecine   | 37 |
| IV.  | Le cadre déontologique  | 38 |
| 1.   | Code de déontologie médicale  | 38 |
| 2.   | Les devoirs du médecin  | 38 |
| A.   | L'obligation d'information  | 38 |
| B.   | Le devoir de secours  | 39 |
| C.   | L'éthique   | 39 |
| D.   | Ce qui peut s'appliquer pour les V.G.O.   | 40 |
| 3.   | Le Conseil provincial   | 40 |
| 4.   | La Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique du CNGof  | 41 |
| A.   | Les points de la Charte   | 41 |

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| B.        | L'application de cette Charte -----                        | 42 |
| Titre 4 – | Les implications pratiques des règles de droit -----       | 43 |
| I.        | Lors des premières consultations -----                     | 43 |
| 1.        | Le frottis avant 25 ans -----                              | 43 |
| 2.        | Un contraceptif pour des douleurs de règles -----          | 43 |
| 3.        | La prescription d'un moyen de contraception -----          | 44 |
| 4.        | Une remarque désobligeante -----                           | 44 |
| II.       | Dans le cadre du suivi gynécologique -----                 | 45 |
| 1.        | Une consultation nue -----                                 | 45 |
| 2.        | Le choix d'une médecin -----                               | 45 |
| III.      | Dans le cadre d'une grossesse et d'un accouchement -----   | 46 |
| 1.        | La prise en charge d'une femme enceinte aux urgences ----- | 46 |
| 2.        | L'anesthésie durant une suture d'épisiotomie -----         | 47 |
| 3.        | Le refus non respecté d'une épisiotomie -----              | 47 |
| 4.        | Une césarienne forcée en cas de siège -----                | 49 |
| 5.        | La péridurale imposée -----                                | 49 |
| 6.        | Des difficultés compréhension due à la langue -----        | 50 |
| 7.        | Les échographies durant la grossesse -----                 | 50 |
| Titre 5 – | Que faire contre les V.G.O.? -----                         | 50 |
| I.        | Avant tout examen -----                                    | 50 |
| II.       | En cas de V.G.O. -----                                     | 51 |
| 1.        | Ne pas rester seule -----                                  | 51 |
| 2.        | La médiation -----   | 51 |
| 3.        | L'action en justice -----                                  | 52 |
| A.        | Au niveau pénal -----                                      | 52 |
| B.        | Au niveau civil -----                                      | 52 |
| C.        | L'Ordre des médecins -----                                 | 52 |
| Titre 6 – | Nos recommandations -----                                  | 53 |
| I.        | Un travail de sensibilisation -----                        | 53 |

|  |    |
|--|----|
| II. Indissociable d'un refinancement massif du secteur ----- | 53 |
| Conclusion -----   | 55 |
| Bibliographie-----   | 56 |

# Titre 1 - Introduction

## I. La présentation de l'étude

Au sein de notre lutte inlassable contre toutes les formes de violences sexuelles et sexistes en Belgique, cette étude se penche sur un domaine particulièrement complexe et souvent méconnu : les violences gynécologiques et obstétricales (V.G.O.). Au-delà des échos sporadiques, cette réalité demeure insuffisamment explorée et comprise.

Notre démarche consiste à jeter une lumière franche sur les V.G.O., à les définir clairement et à les contextualiser dans la sphère plus vaste de la violence sexiste. Nous examinons les règles de droit qui encadrent ces violences, nous nous attardons sur les démarches concrètes que les victimes peuvent entreprendre, et nous illustrons la complexité des situations à travers des exemples révélateurs.

Cette étude ne se contente pas d'être un exercice académique. Elle est un appel à l'action, un plaidoyer pour la justice et l'empathie dans le domaine de la santé des femmes. Les V.G.O. ne sont pas des incidents isolés, mais des symptômes d'une culture profondément enracinée. Ainsi, cette exploration vise à sensibiliser, éduquer, et inspirer des changements concrets.

Nous lançons un appel pressant à la solidarité et au soutien. Car, pour faire reculer ces violences, nous avons besoin de l'engagement de chacun.e. Chaque lecture de cette étude, chaque partage d'informations, chaque don contribue à notre mission de faire évoluer les mentalités et de bâtir un avenir exempt de violences sexistes et sexuelles.

Rejoignez-nous dans cette quête pour un monde plus équitable, plus respectueux, où la santé des femmes est garantie avec dignité. Ensemble, avançons vers un horizon où les V.G.O. ne seront plus une réalité insidieuse, mais un chapitre révolu de notre histoire collective.

Bienvenue dans cette exploration des V.G.O., au cœur de notre engagement pour l'égalité, la justice et le respect des droits fondamentaux.

---

Femmes de Droit, asbl

**Siège social** : 62 Rue Walter Sœur – 5590 Ciney  
**Bureau** : 82B Avenue Cardinal Mercier – 5000 Namur  
**Tel** : 0494/24.95.38

**Site** : [www.femmesdedroit.be](http://www.femmesdedroit.be)  
**Compte** : BE50 7320 4704 1718  
**Mail** : [info@femmesdedroit.be](mailto:info@femmesdedroit.be)



## II. Femmes de droit : notre engagement contre les violences gynécologiques et obstétricales (V.G.O.)

### 1. A propos de Femmes de Droit

Femmes de Droit est une association belge dédiée à la promotion des droits des femmes et des minorités. Basée en Belgique, à Namur, notre association a pour mission fondamentale de lutter contre toutes les formes de violences sexistes et sexuelles.

### 2. Notre travail en lien avec les V.G.O.

Notre travail se divise en trois axes qui permettent de prendre en compte différentes dimensions des violences pour lutter contre elles.

#### A. L'information des femmes

Nous considérons l'information comme la première étape essentielle pour lutter contre les V.G.O. Cette étude constitue l'un de nos outils pour informer le public au sujet du fonctionnement juridique de la Belgique et des V.G.O. en particulier.

Cette étude complète notre large gamme de formations et d'articles disponibles sur notre site.

#### B. Le soutien juridique des femmes

Notre association offre un soutien juridique de première ligne entièrement gratuit. Nous croyons en l'importance de l'écoute bienveillante, de l'accompagnement juridique et de l'aide psychologique pour nos bénéficiaires.

Nous travaillons en partenariat avec des professionnel.le.s qualifié.e.s pour offrir un soutien le plus complet possible. Malheureusement, nos moyens sont encore limités et nous ne sommes malheureusement pas en mesure de déployer tous les outils que nous pensons indispensables pour une prise en charge optimale.

#### C. Les actions militantes et le plaidoyer

Femmes de Droit est également engagée dans diverses actions militantes ainsi que dans le plaidoyer pour des réformes législatives et sociales visant à mieux protéger les victimes de V.G.O. Nous croyons en la nécessité de faire entendre

Femmes de Droit, asbl

**Siège social** : 62 Rue Walter Sœur – 5590 Ciney  
**Bureau** : 82B Avenue Cardinal Mercier – 5000 Namur  
**Tel** : 0494/24.95.38

**Site** : [www.femmesdedroit.be](http://www.femmesdedroit.be)  
**Compte** : BE50 7320 4704 1718  
**Mail** : [info@femmesdedroit.be](mailto:info@femmesdedroit.be)





la voix des victimes/survivant.es et de changer les mentalités pour mettre fin à ces violences.

Nous sommes convaincues que l'éducation, la sensibilisation et la solidarité sont des armes puissantes dans la lutte contre les V.G.O.

Notre association œuvre chaque jour pour contribuer à un monde où les femmes, les enfants et toutes les minorités puissent vivre sans la menace de violences, quelles qu'elles soient.

### III. Les autrices de l'étude

L'étude que vous vous apprêtez à lire est le fruit d'un travail collaboratif remarquable, réalisé par un groupe dévoué d'autrices engagées dans la lutte contre les V.G.O. Chacune de ces autrices a apporté sa contribution précieuse pour créer un contenu riche et informatif.

Parmi les autrices qui ont participé à la rédaction de cette étude, Miriam Ben Jattou a non seulement coordonné l'ensemble du projet, avec l'aide de Marie Schneidesch, mais également relu et retravaillé l'intégralité du contenu pour garantir sa cohérence et sa qualité.

L'équipe d'autrices est composée de Marie Schneidesch, Miriam Ben Jattou, Stephanie Everaert, Armony Laurent, Jeanne Salliou, Juliette Lebatteur, Liliane Jabateh, Maude Desmedt, Enora Auffret, Raphaël Pierfedereci, Ysaline Matthis, Anna Cariou, Amélie Hourvitz-Lehervet, Lauriane Arzel, Océane Lehuault-Parc, Linda Mamenga, Océane Kerisit, Maeva Tshitoko et Hafsa Benyarou.

Chacune de ces autrices a apporté son expertise, ses connaissances et son engagement à la création de cette étude. Leurs diverses perspectives et expériences ont enrichi le contenu en abordant différents aspects de la question des violences sexuelles, de l'inceste, de la prévention, de la législation et du soutien aux victimes.

Enfin, le texte a été relu soigneusement par Anita Biondo et Layna Ajbailou afin de nous assurer qu'il soit clair et accessible à tou.te.s.

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude envers toutes les autrices pour leur travail acharné et leur dévouement à cette cause essentielle. Cette étude est le résultat de leur passion pour la justice, leur désir de sensibiliser et

---

Femmes de Droit, asbl

**Siège social** : 62 Rue Walter Sœur – 5590 Ciney  
**Bureau** : 82B Avenue Cardinal Mercier – 5000 Namur  
**Tel** : 0494/24.95.38

**Site** : [www.femmesdedroit.be](http://www.femmesdedroit.be)  
**Compte** : BE50 7320 4704 1718  
**Mail** : [info@femmesdedroit.be](mailto:info@femmesdedroit.be)



de soutenir les victimes et leur engagement pour un monde dans lequel les V.G.O. n'auront plus leur place.

Rejoignez-nous dans cette lutte pour un avenir meilleur. En devenant membre adhérent.e de Femmes de Droit et en soutenant notre travail, vous participez activement à cette transformation sociétale.

#### IV. L'écriture inclusive

Au sein de Femmes de Droit, nous adoptons une approche consciencieuse de l'écriture inclusive. Pour rendre le langage plus inclusif, nous utilisons des points bas pour féminiser les termes lorsque cela est simple à mettre en œuvre. Lorsque les termes féminin et masculin sont trop éloignés, nous optons pour une barre oblique pour inclure les deux formes.

De plus, nous appliquons la règle de la majorité l'emporte avec une sensibilité particulière. Si les personnes concernées sont majoritairement féminines, nous privilégions l'utilisation de la forme féminine, et de même pour la forme masculine si la majorité est masculine.

Cette approche reflète notre engagement envers une communication inclusive et respectueuse au sein de Femmes de Droit.

---

Femmes de Droit, asbl

**Siège social** : 62 Rue Walter Sœur – 5590 Ciney  
**Bureau** : 82B Avenue Cardinal Mercier – 5000 Namur  
**Tel** : 0494/24.95.38

**Site** : [www.femmesdedroit.be](http://www.femmesdedroit.be)  
**Compte** : BE50 7320 4704 1718  
**Mail** : [info@femmesdedroit.be](mailto:info@femmesdedroit.be)



## Titre 2 – Le contexte de la présente étude

On entend de plus en plus souvent parler des violences gynécologiques et obstétricales (V.G.O.). Mais qu'est-ce donc vraiment ? Quels sont nos outils ? Que faire si on en est victime ?

Nous allons répondre à ces questions au long de cette étude.

### I. Note préliminaire : qui est concerné.e par les V.G.O. ?

Avant de commencer, nous souhaitons attirer votre attention sur le point suivant. Dans cette étude, nous parlerons à la féminine. En effet, nous traitons ici des violences gynécologiques et obstétricales. Ces violences concernent les personnes ayant des organes génitaux considérés comme féminins : un vagin, un utérus et/ou des ovaires. On ne remet donc en aucun cas en question le genre des personnes concernées, mais on parle des femmes au sens sexué du terme. C'est la raison pour laquelle nous utilisons la féminine.

### II. Comment Femmes de Droit s'est intéressée au sujet des V.G.O. ?

#### 1. La création de l'association

La fondatrice de l'association, Miriam Ben Jattou, a suivi une formation pour être doula en 2013. Elle a alors accompagné plusieurs femmes et plusieurs couples dans leur chemin de la parentalité.

Forte de sa double casquette de doula et de juriste, elle a reçu énormément de questions de mères qui concernaient leurs droits à elles.

Jusque-là, Miriam avait l'habitude d'aller sur les moteurs de recherche juridique, de taper quelques mots-clés et de trouver des réponses à ces questions. Mais pour la première fois de sa carrière, elle s'est retrouvée confrontée à des questions pour lesquelles il n'existait aucune réponse. Par exemple, quel est le statut juridique du placenta en Belgique ?

C'est ainsi que, combinant ses deux compétences, elle a décidé de fonder l'association Femmes de droit.

---

Femmes de Droit, asbl

**Siège social** : 62 Rue Walter Sœur – 5590 Ciney  
**Bureau** : 82B Avenue Cardinal Mercier – 5000 Namur  
**Tel** : 0494/24.95.38

**Site** : [www.femmesdedroit.be](http://www.femmesdedroit.be)  
**Compte** : BE50 7320 4704 1718  
**Mail** : [info@femmesdedroit.be](mailto:info@femmesdedroit.be)



Les premiers dossiers que l'association a traités concernaient des violences gynécologiques et obstétricales. C'est donc sur cette matière que l'association a fondé ses premières expertises.

## 2. L'histoire de Chloé Guyot

Au cours de l'année 2020, l'association reçoit un appel étrange. Un Monsieur dit vouloir nous faire des dons à la suite de la mort de sa fille.

Une discussion permet de comprendre rapidement ce qui se passe. Sa fille, tout juste âgée de 18 ans, est malheureusement morte des suites d'erreurs médicales liées à des V.G.O.

Dans cette terrible affaire, il y a eu une succession de petits gestes qui, tous pris séparément, ne sont probablement pas mortels, mais qui, mis ensemble, ont entraîné la mort prématurée d'une jeune femme en parfaite santé.

Pour honorer sa mémoire, ses proches ont fait des dons à l'association, à hauteur de plus de 11.000€. En échange, nous nous sommes engagées à continuer à travailler sur la question des V.G.O. afin que celles-ci ne puissent plus jamais arriver.

Cette étude a donc été réalisée en mémoire de Chloé Guyot.

### III. Le contexte politique qui permet l'émergence de la question

#### 1. Au niveau européen

La lutte contre les V.G.O. a récemment avancé sur le plan politique, via l'adoption par le Conseil de l'Europe en 2019, d'une résolution intitulée « les violences gynécologiques et obstétricales »<sup>1</sup>. Cette résolution consacre l'utilisation controversée du terme « violence » à leur égard.

Bien que non contraignante, cette résolution marque une avancée importante. En effet, elle permet une prise de conscience à l'échelle européenne.

---

<sup>1</sup> Résolution 2306 du Conseil de l'Europe - Violences obstétricales et gynécologiques, 3 octobre 2019, disponible sur <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=28236>.

## 2. Au niveau belge

### A. A travers le Plan d'action national

Le Plan d'action national de lutte contre les violences basées sur le genre de 2020-2025 a expressément mis l'accent sur la lutte contre les V.G.O.

### B. Au sein du Sénat

Un rapport du Sénat de Belgique nommé « Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales »<sup>2</sup> est sorti le 22 mai 2023.

Celui-ci reprend les démarches faites pour le construire dont : les rapporteuses, la méthode de travail, les personnes auditionnées, les contributions écrites, les réunions de travail des rapporteurs/rapporteuses, et le Comité d'avis pour l'Égalité des chances entre les femmes et les hommes.

Ce dernier a adopté le 22 mai 2023 le projet de constatations et recommandations réalisées par les rapporteuses. Ensuite, de nombreuses discussions ont eu lieu pour modifier voire supprimer ou non certaines recommandations.

Pour finir, toutes les constatations et recommandations ont été adoptées et certaines modifiées. La confiance a été faite aux rapporteuses pour la rédaction de ce rapport.

## IV. La définition des V.G.O.

Les juristes rencontrent une première (et principale difficulté) pour une analyse juridique. Il n'existe pas de définition reconnue de la notion des V.G.O.

Selon l'Institut de Recherche et d'Action pour la Santé des Femmes (IRASF), les violences gynécologiques et obstétricales sont « un ensemble de gestes, de paroles et d'actes médicaux qui vont toucher à l'intégrité physique et mentale des femmes de façon plus ou moins sévère. Ces actes ne sont, d'une part, pas toujours justifiés médicalement, et d'autre part, s'opposent, pour certains, aux données et recommandations scientifiques actuelles ».

---

<sup>2</sup> Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales, Bruxelles, Sénat, 22 mai 2023, pp. 1-20, disponible sur <https://www.senate.be/www/?MIval=/Dossiers/Informatieverlag&LEG=7&NR=245&LANG=fr>.

Marie-Hélène Lahaye, juriste, blogueuse, féministe et lanceuse d'alerte belge qui a contribué à faire connaître le sujet des violences gynécologique et obstétricale dans les pays francophones, les définit comme étant « tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente<sup>3</sup> ».

Comme le soulignent ces deux définitions, les violences peuvent être aussi bien mentales/verbales que physiques.

Selon une étude de la revue médicale Lancet, les V.G.O. seraient même de 4 types : négligences, violences verbales, physiques et sexuelles.

#### Exemples de négligences :

- Laisser une parturiente seule durant le travail ;
- Ne pas prévoir de repas pour la parturiente lors de son retour en chambre après l'accouchement

#### Exemples de violence mentale/verbale :

- Juger, infantiliser et/ou culpabiliser une patiente/parturiente ;
- Ne pas demander le consentement<sup>4</sup> ;
- Montrer l'échographie, remettre la photo de l'échographie lors d'une interruption volontaire de grossesse (I.V.G.)<sup>5</sup> ;
- Faire écouter le cœur du fœtus ou de l'embryon lors d'une I.V.G. ;
- Imposer des silences/non-dits ;
- Réaliser tout acte ou comportement qui ne respecte pas l'intégrité morale de la patiente/parturiente.

#### Exemple de violences physiques :

- Intervenir sans le consentement de la patiente/parturiente
- Réaliser des actes non justifiés ;

---

<sup>3</sup> M.-H. LAHAYE, « Qu'est-ce que la violence obstétricale ? », *Marie accouche là*, 9 mars 2016, disponible sur <http://marieaccouchela.net/index.php/2016/03/09/quest-ce-que-la-violence-obstetricale/>.

<sup>4</sup> L. AJBAÏLOU et M. BEN JATTOU, « Consentement », *Femmes de droit*, 11 juillet 2022, disponible sur <http://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/consentement-2/>.

<sup>5</sup> C. BERT, « La responsabilité dans la prise de décision d'une interruption volontaire de grossesse : une violence de genre(s) ? », in S. WATTIER (éd.), *Les violences de genre au prisme du droit*, Collection de la Faculté de droit de l'UNamur, Bruxelles, Larcier, décembre 2020, p. 183.

- Ne pas prodiguer d'anesthésie efficace ;
- Imposer une nudité inutile à la patiente ;
- Réaliser le point du mari ;
- Imposer des protocoles (par exemple : devoir prendre des patientes en charge toutes les 7 minutes) ;
- Réaliser toute violence qui ne respecterait pas l'intégrité physique de la patiente/parturiente.

Exemple de violences sexuelles :

- Violer<sup>6</sup> ;
- Atteindre l'intégrité sexuelle<sup>7</sup>.

Nous pouvons reprendre un modèle récapitulatif du site Plateforme citoyenne pour une naissance respectée pour redéfinir globalement ce que sont les V.G.O<sup>8</sup>.

## DÉFINITION DES **VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES OBSTÉTRICALES**

### LES POINTS COMMUNS DES DÉFINITIONS SONT

- Le non-respect des droits du patient (loi de 2002)
- L'inutilité médicale avérée (Evidence Based Medicine - EBM)
- Le manque d'humanité et de dignité à l'égard de la patiente
- La non-prise en charge de la douleur
- Des comportements inadéquats dans une relation de soin

### VIOLENCE SYSTÉMIQUE ET ORDINAIRE



FIGURE 1 Pyramide de la violence obstétricale - © 2021 Birth Monopoly



<sup>6</sup> M. BEN JATTOU, « Viol », *Femmes de droit*, 12 juillet 2022, disponible sur <http://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/viol/>.

<sup>7</sup> M. BEN JATTOU, « Atteinte à l'intégrité sexuelle », *Femmes de droit*, 10 juillet 2022, disponible sur <http://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/attentat-a-la-pudeur/>.

<sup>8</sup> <https://www.naissancerespectee.be/sos-violence/>



## V. Le contexte sociétal des V.G.O.

Les V.G.O. s'inscrivent dans un contexte de domination patriarcale<sup>9</sup>. Elles naissent dans un continuum de violences<sup>10</sup>, auxquels le corps médical en ajoute en exerçant un contrôle à la fois sur le corps et sur la sexualité de leurs patientes. Cette forme de domination suit ainsi la logique patriarcale et paternaliste de nombreuses institutions.

Revenons sur quelques éléments permettant de comprendre ce que cela signifie.

### 1. Un système de domination

En sociologie, quand on parle des V.G.O., on parle d'un système de domination. Il s'agit d'un système qui juge les femmes, objective et rend vulnérables leurs corps. Il banalise et normalise toute une série de violences, infantilise les femmes tout en minimisant la gravité des violences.

Ce système renverse la responsabilité sur les femmes. Après un viol par exemple, on entendra souvent des « Faut pas s'étonner, t'as vu comment elle était habillée ! »

### 2. Un système contre les femmes

Les violences gynécologiques et obstétricales sont un type de violence contre les femmes. Les violences obstétricales sont directement liées à la grossesse. Elles peuvent se passer avant, pendant ou encore après l'accouchement. Les violences gynécologiques ont lieu, quant à elles, durant toute la vie d'une femme.

Les V.G.O. sont donc des violences sexuées, puisqu'elles sont intimement liées au sexe de la personne, indépendamment de son genre.

---

<sup>9</sup> M. BEN JATTOU, « Domination », *Femmes de droit*, 30 décembre 2021, disponible sur <http://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/domination/> ; M. BEN JATTOU, « Patriarcat », *Femmes de droit*, 2018, disponible sur <http://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/patriarcat/>.

<sup>10</sup> L. KELLY, « Le continuum de la violence sexuelle », *Cahiers du Genre*, 2019, vol. 1, n° 66, pp. 17-36, disponible sur <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2019-1-page-17.htm>.



## A. Des stéréotypes de genre

Les V.G.O. sont également des violences genrées<sup>11</sup>. En effet, elles découlent directement de stéréotypes de genre sur les femmes.

Ces derniers exercent une influence directe sur les diagnostics et le traitement des patientes. Dans la médecine gynécologique et obstétricale, le corps des femmes est objectivé.

La fragilité, la sensibilité et l'irrationalité sont tant de comportements présentés comme féminins. Ils ont pour conséquences de considérer les femmes comme incompétentes pour gérer leur corps. Les femmes ne sont vues que comme des organes reproducteurs.

Malgré le fait que le droit belge assure « l'autonomie corporelle des patientes et le respect de son intégrité physique<sup>12</sup> », un nombre considérable de femmes se voient paradoxalement « dépossédées de leur corps<sup>13</sup> » dans ces deux domaines médicaux.

## B. Une méconnaissance du corps des femmes dans la médecine gynécologique et obstétricale

### 1) Une méconnaissance dans le suivi gynécologique

Selon Françoise Héritier, « la société occidentale est organisée autour de la capacité des femmes à effectuer le travail reproductif, et toute une série de normes et d'injonctions les y contraignant ».

Les consultations gynécologiques tendraient à favoriser ces normes et injonctions en transformant ces consultations en « lieu de transmission de normes qui tendent à renforcer les inégalités de genre et à transmettre une image négative du corps féminin<sup>14</sup> ».

Les femmes ne sont pas vues comme des individus à part entière, mais bien comme des personnes capables d'enfanter, et sont jugées sur ce critère. Cette

---

<sup>11</sup> D. BERNARD et S. GANTY, « Violences de genre versus violences envers les femmes ? », in S. WATTIER (éd.), *Les violences de genre au prisme du droit*, Collection de la Faculté de droit de l'UNamur, Bruxelles, Larcier, décembre 2020, p. 99.

<sup>12</sup> P. JASSOGNE, *Les violences gynécologiques et obstétricales : médecine et droit sous le prisme du genre*, Mémoire, UC Louvain, 2020 2019.

<sup>13</sup> *Ibid.*

<sup>14</sup> *Ibid.*

capacité les fragilise et les rend comme perpétuellement malades. Dans la science médicale du 18<sup>e</sup> et 19<sup>e</sup> siècle, les femmes étaient d'ailleurs considérées malades plusieurs jours par mois.

Cela tend également à décrédibiliser complètement la parole des femmes quand elles se plaignent de douleurs liées à leur cycle, car elles sont normales et naturelles. Cela explique également les nombreux examens gynécologiques que doivent suivre les femmes malgré le fait qu'elles soient en bonne santé.

«La conclusion est que de tels examens gynécologiques — stéréotypés, systématiques et scientifiquement infondés — contribuent à l'appropriation collective du corps féminin, et corrélativement, à exercer un contrôle sur le corps des femmes<sup>15</sup>.»

## 2) Une méconnaissance dans le suivi obstétrical

La masculinisation du milieu obstétrical a conduit à une injonction paradoxale qui est : « les femmes sont faites pour être mères, mais elles en sont incapables par elles-mêmes<sup>16</sup> ».

L'histoire de la médecine obstétricale a mené à la « pathologisation et la surmédicalisation de l'accouchement ».

Certes, la médicalisation de l'accouchement a permis aux femmes de moins souffrir lors de l'accouchement, avec l'accès à la péridurale, par exemple. Cependant, ce n'est pas ça qui a fait baisser la mortalité liée à l'accouchement. C'est la progression des règles d'hygiène et d'asepsie dans les hôpitaux et l'élévation des conditions de vie en général qui a permis de diminuer le nombre de décès à la naissance<sup>17</sup>. Il faut surtout se rappeler que la grossesse n'est pas un état pathologique, mais bien physiologique.

Avec cette surmédicalisation, les femmes sont renvoyées, lors de l'accouchement, à un rôle strictement passif et elles sont dépossédées de leur corps.

---

<sup>15</sup> *Ibid.*

<sup>16</sup> *Ibid.*

<sup>17</sup> M.-H. LAHAYE, *Accouchement : les femmes méritent mieux*, Paris, Michalon, 2018.

Pour éviter ce sentiment d'être spectatrices de sa santé, on devrait faire primer l'empowerment<sup>18</sup>.

Dans « Idées économiques et sociales » de Marie-Hélène Bacqué et Carole Biewener expliquent que l'empowerment « implique le développement d'une capacité d'action individuelle reposant sur une capacité à faire des choix rationnels, utiles, effectifs ou intentionnels » .

Cela permettrait d'éviter un grand nombre de V.G.O.

### 3) Des actes non justifiés médicalement

L'O.M.S. déconseille certaines pratiques qui sont utilisées quasi systématiquement lors des accouchements sans complication. Elle condamne ces « interventions de routine inefficaces et potentiellement nocives ».

Exemple : déclenchement du travail, césarienne, accouchement vaginal opératoire, épisiotomie, monitoring, etc. Il est conseillé de ne recourir à ces pratiques qu'en cas d'urgence.

A contrario, l'O.M.S. conseille certaines pratiques demandées la plupart du temps par les parturientes, mais refusées par l'équipe médicale. Pouvoir se déplacer, manger et boire durant le travail, choisir la position dans laquelle accoucher, etc.

Bien que le corps médical soit sommé de ne pas pratiquer ce genre d'intervention sur les parturientes, beaucoup de femmes y restent soumises de manière systématique et sans justification médicale.

Les taux d'application de ces pratiques diffèrent énormément en fonction des maternités.

### 4) Des actes perturbant le processus physiologique de l'accouchement

Toutes ces pratiques appliquées systématiquement et sans justification médicale ne sont pas sans risques. Elles peuvent entraîner une cascade d'interventions. Ce sont les complications entraînées par des interventions superflues.

---

<sup>18</sup> L. DELETTE, « Empowerment », *Femmes de droit*, 2019, disponible sur <http://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/empowerment/>.

## 5) Et qui entraînent une cascade d'intervention

Elle est décrite ainsi : « on place d'abord la parturiente en position allongée sur le dos, position anti-physiologique par excellence, on lui pose une perfusion, un monitoring. On effectue un toucher vaginal. On cherche à confirmer la mise en travail par déclenchement, on peut alors percer la poche des eaux, et ce, parfois très tôt dans le travail. La plupart des femmes en travail ressentent alors les contractions comme étant plus douloureuses, et la poche des eaux étant percée, le fœtus n'est plus protégé des infections. Il faut donc continuer le processus d'accélération. On peut soit poser une péridurale soit injecter du Syntocinon. Si l'on commence par l'un, l'autre va devenir très vite indispensable. Ces actes entravent le processus physiologique de la naissance, empêchent les femmes en travail de se mouvoir et d'adopter des positions de confort. Ils inhibent les sécrétions hormonales qui font avancer le travail et supporter les douleurs, et peuvent générer une détresse fœtale. La cascade se poursuit, il faut absolument "faire sortir cet enfant", s'il n'y a pas de détresse trop importante, on peut continuer d'injecter du Syntocinon pour arriver à dilatation complète et donc augmenter les doses de péridurale. Au moment de l'expulsion, on va demander à la parturiente de pousser, chose rendue plus difficile, voire impossible, par les doses de péridurale. On aura alors recours aux forceps, à la ventouse, à l'épisiotomie, et si l'enfant est en détresse, on aura recours à la césarienne<sup>19</sup> ».

À la fin de cette cascade, les obstétricien.ne.s auront l'impression d'avoir sauvé la/le nouveau-né/nouvelle-née. Or c'est le corps médical qui aura provoqué cet état critique. C'est un effet que beaucoup de professionnel.le.s de santé ignorent encore<sup>20</sup>.

### C. La mauvaise considération du corps des femmes

Tous ces gestes parfois inutiles et dommageables sont engendrés et découlent principalement des stéréotypes et certitudes sexistes des 18-19ème siècles et de l'ignorance autour du fonctionnement du corps féminin. Le corps des femmes étant considéré comme incapable de gérer la grossesse, une

<sup>19</sup>

[https://open.spotify.com/episode/3alpmt3KUOoPxbYAHATEjc?si=BYFf6JIUQmajJFLB04fXQA&fbclid=IwAR1Arw8B9STL1K5jpFk5nqyfOS1qfMe64JO1Y30\\_vEUAnAXFUx2WJokV-tY&nd=1&dlsi=7bbb2bdbc3a547aa](https://open.spotify.com/episode/3alpmt3KUOoPxbYAHATEjc?si=BYFf6JIUQmajJFLB04fXQA&fbclid=IwAR1Arw8B9STL1K5jpFk5nqyfOS1qfMe64JO1Y30_vEUAnAXFUx2WJokV-tY&nd=1&dlsi=7bbb2bdbc3a547aa)

<sup>20</sup> M.-H. LAHAYE, *Accouchement*, op. cit.

approche interventionniste est privilégiée mettant à mal la physiologie de l'accouchement et entraînant donc de nombreuses violences sur les femmes enceintes.

En plus de la méconnaissance liée au corps des femmes, nous pouvons constater une méconnaissance des droits dont devraient jouir les patientes.

### 3. La méconnaissance du droit des femmes

Le paternalisme médical, encore beaucoup présent dans le domaine gynécologique et obstétrical, empêche une collaboration entre la patiente et la/le professionnel.le. Cette situation a pour conséquence l'exclusion des femmes dans le processus décisionnel relatif à leur corps et notamment celui en matière d'accouchement.

Les femmes étant vues comme fragiles et incapables de prendre des décisions par elles-mêmes lors de la grossesse (ce serait «un bouleversement physiologique et psychologique») a pour conséquence de «légitimer l'autorité du corps médical à l'égard des femmes enceintes<sup>21</sup>».

Ainsi, les praticien.ne.s, influencé.e.s par les stéréotypes de genre, pensent leur comportement justifié, car elles/ils agissent dans l'intérêt de la patiente. Elles/Ils ne voient donc aucun mal à imposer leurs décisions.

Depuis le 20e siècle, un « modèle de grossesse à deux patients » est apparu. Le corps médical serait maintenant responsable de 2 personnes : la mère et l'enfant. Quand un.e praticien.ne estime la vie de l'enfant plus importante que la vie de la mère alors elle/il n'hésite pas à aller à l'encontre des décisions et volontés de la mère et à imposer les siennes. De plus, par la pathologisation de l'accouchement, bon nombre de praticien.ne.s considèrent comme inconscientes et irresponsables les femmes qui vont à l'encontre de leurs décisions. Elles/Ils n'hésitent pas à intervenir sans donner d'information ni demander le consentement de la patiente, ce qui peut avoir un impact très traumatisant sur elle.

---

<sup>21</sup> P. JASSOGNE, *Les violences gynécologiques et obstétricales : médecine et droit sous le prisme du genre*, op. cit.

#### 4. Une intention de nuire ?

Est-ce à dire que les V.G.O. sont causées volontairement dans l'intention de nuire aux patientes/parturientes ?

Nous ne le pensons pas.

Tout d'abord, ce ne sont pas les intentions qui comptent mais bien les conséquences des actes posés.

L'intention doit être abordée de manière préventive. Comprendre pourquoi les V.G.O. arrivent afin qu'elles ne se produisent plus. Parce qu'il faut le rappeler, à la base, un.e soignant.e ne fait pas ses études dans le but et/ou l'envie d'être maltraitant.e.

Une fois la violence faite, la personne est responsable. Même si l'acte violent est le résultat d'un système violent. Dominique Roynet, fondatrice du planning familial de Rochefort, dit que la lutte contre les violences passe par l'éducation de la bientraitance. Alors que la formation des soignant.e.s et le cadre de travail sont empreints de violence que les soignant.e.s reproduisent durant leurs soins.

#### 5. Un système violent pour tou.te.s

Ce système est donc violent envers les patientes, mais aussi envers les soignant.e.s. Par exemple, une sage-femme peut être renvoyée si elle ne respecte pas les protocoles de l'hôpital dans le but de soutenir les souhaits de projet de naissance des parents alors qu'il n'y aura eu aucune complication.

Prenons un autre exemple qui ne va pas jusqu'au risque de renvoi de la soignante, mais aux menaces de celui-ci. Une patiente ne souhaite pas avoir un cathéter préventif durant son accouchement. C'est contraire au protocole de l'hôpital. Mais la gynécologue écoute les raisons données par la femme et accepte de ne pas en mettre un. L'hôpital implique le service juridique qui menace la gynécologue de finir sa carrière si le moindre souci arrive durant l'accouchement. Elle va alors faire une série de gestes violents durant l'accouchement, par pression et peur de complications et donc de potentiel renvoi. Cet exemple montre la peur des soignant.e.s.

## VI. Le contexte historique des V.G.O.

Au fil des siècles, les femmes ont été doucement, mais sûrement évincées du milieu médical par les hommes<sup>22</sup>. Au moyen-âge, les femmes soignantes avaient de grandes connaissances, ce qui leur procurait un certain contrôle sur leur corps. L'accouchement était une affaire exclusivement de femmes<sup>23</sup>. Cependant, du 14e siècle au 17e, la chasse aux sorcières a évincé petit à petit les femmes du corps médical. Les femmes soignantes considérées comme sorcières étaient tuées.

Cette chasse aux sorcières avait un enjeu politique et économique. «Les femmes soignantes constituaient une menace pour l'État et la classe dirigeante<sup>24</sup>.»

Au milieu du 16e siècle, une politique nataliste est mise en place. Époque qui a également connu un pic dans la chasse aux sorcières. Le contrôle de la sexualité, de la procréation et de la vie familiale sont autant d'actions qui ont permis à l'État de parvenir au niveau démographique souhaité. Pour accroître le niveau démographique, l'État a donc choisi de couper aux femmes tout contrôle sur leur corps et la reproduction.

Les hommes ont pris place dans les salles d'accouchement autour du 17e siècle avec un changement majeur : prioriser la vie de l'enfant sur celle de la mère en cas d'urgence<sup>25</sup>.

### A. Quand l'église s'en mêle

Dès le 13e siècle, l'église s'est immiscée dans la médecine. Elle crée la première faculté de médecine et donc un système hospitalier dans un but de domination. Aujourd'hui, on essaye petit à petit de sortir de ce système par les accouchements à domicile, les maisons de naissances, etc.

Remarquons cependant que ce n'est pas seulement le lieu de naissance qui compte, car ce n'est pas qu'à l'hôpital qu'on maltraite les patientes. Même

<sup>22</sup> M. CHOLLET, *Sorcières : la puissance invaincue des femmes*, Paris, Zones, 2018.

<sup>23</sup> B. EHRENREICH, D. ENGLISH et L. LAME, *Sorcières, sages-femmes et infirmières : une histoire des femmes soignantes*, Paris, Cambourakis, 2015.

<sup>24</sup> P. JASSOGNE, *Les violences gynécologiques et obstétricales : médecine et droit sous le prisme du genre*, op. cit.

<sup>25</sup> B. EHRENREICH et al., *Fragiles ou contagieuses : le pouvoir médical et le corps des femmes*, Sorcières, Paris, Cambourakis, 2016.



dans une maison de naissance ou chez soi, un.e soignant.e peut être maltraitant.e avec la patiente. Les V.G.O. peuvent avoir lieu partout.

Il ne faut pas oublier qu'à tout moment ce qu'un.e soignant.e peut dire ou faire peut avoir un impact positif comme négatif pour une patiente. Il faut qu'il/elle s'adapte à toutes les situations qu'il/elle pourrait rencontrer.

La gynécologie et l'obstétrique ont été inventées au 19<sup>e</sup> siècle, époque profondément misogyne et sexiste, par des hommes. Même s'il y a eu une évolution quant au sexisme et à la place des femmes dans la société, les croyances sexistes et misogynes liées au domaine médical restent déterminantes dans la prise en charge médicale de celles-ci.

Le droit ne reconnaît pas vraiment de hiérarchie entre le médecin et la patiente alors que dans la réalité, on ressent une réelle domination par la « blouse blanche ».

## VII. La responsabilité des structures hospitalières dans les V.G.O.

Les V.G.O. sont le fait d'acteurs individuels et de facteurs structurels (les hôpitaux). Ces facteurs structurels « créent des conditions dans lesquelles ces violences sont tolérées et rendues possibles<sup>26</sup> ». Les accouchements doivent être rentabilisés au maximum. Dans les institutions hospitalières, les gestes sont standardisés. Par conséquent, le corps des femmes l'est aussi. Il existe des protocoles médicaux pour toutes les phases de l'accouchement et des actes médicaux qui établissent leurs durées. Les femmes qui ne suivent pas les normes sont donc sujettes à des gestes médicaux qui provoquent une cascade d'interventions. Ces protocoles sont souvent liés à la rentabilité de l'accouchement afin de permettre une « rotation optimale des salles de naissance<sup>27</sup> ».

De plus, le manque de personnel et la réduction d'effectifs dans les maternités affectent la relation et la communication patiente-professionnel.le.s.

Les professionnel.le.s étant rémunéré.e.s à l'acte, les techniques efficaces priment sur le bien-être de la parturiente ou ses volontés. La/le professionnel.le de santé utilisera des injections d'hormones, forceps, etc., afin que le travail

---

<sup>26</sup> P. JASSOGNE, *Les violences gynécologiques et obstétricales : médecine et droit sous le prisme du genre*, op. cit.

<sup>27</sup> Ibid.



soit déclenché et s'accélère pour atteindre une meilleure rentabilité des naissances.

## VIII. L'articulation entre violence de genre et violence institutionnelle

Les V.G.O. sont fondées sur deux sortes de violences<sup>28</sup> : les violences de genre et les violences institutionnelles. Comme expliqué plus haut, les V.G.O. sont un type de violence fondée sur le genre, violence exercée contre les femmes, car elles sont femmes. Cela a pour conséquence « d'exercer un contrôle sur le corps des femmes » et sur leur « capacité procréatrice ».

La violence institutionnelle est une question de rentabilité. Il est question de rentabiliser un maximum les naissances en bafouant les droits élémentaires des personnes par la création de normes, protocoles et pratiques qui aident à la rentabilité. Tout cela entraîne donc des violences aussi bien physiques que verbales ainsi qu'une « violence silencieuse ».

« Ces deux types de violence constituent une violation systémique des droits des femmes. » Elles sont invisibilisées par la banalisation, intériorisées par les patientes et ignorées par les praticiens.ne.s.

## IX. La classification des différents actes considérés comme des violences gynécologiques et obstétricales

La classification suivante a été opérée par le HCE (instance française). Les V.G.O. y sont classées en 6 actes ayant comme dénominateur commun le sexisme.

- Non-prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation
- Propos porteurs de jugements sur la sexualité, le poids, l'âge, la volonté ou non d'avoir des enfants et qui renvoient à des injonctions sexistes
- Remarques et injures sexistes
- Actes (interventions médicales, prescriptions, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente
- Actes ou refus d'actes non justifiés médicalement

---

<sup>28</sup> D. ROMAN, « Les violences obstétricales, une question politique aux enjeux juridiques », octobre 2017.

- Violences sexuelles : harcèlement sexuel, atteinte à l'intégrité sexuelle et viol<sup>29</sup>

## X. Les conséquences des V.G.O. sur les femmes

Les conséquences causées par les V.G.O. sont diverses, à plus ou moins long terme. Elles entraînent des gravités différentes. Le manque d'informations, l'absence de demande de consentement, le recours aux menaces ou la contrainte « augmentent l'intensité des séquelles résultant de ce type de violence<sup>30</sup> ».

### 1. Conséquences psychologiques

Les conséquences psychologiques sont importantes pour les femmes ayant vécu des V.G.O. : sentiment de culpabilité, sentiment d'avoir été abusée, perte d'estime de soi et dépression post-partum. « Entre 5 % et 20 % des femmes victimes de V.G.O. souffrent d'un état de stress post-traumatique<sup>31</sup> ».

Cet état entraîne des « reviviscences et une hyperactivation du système nerveux impliquant irritabilité ou accès de colère et des comportements imprudents ou autodestructeurs<sup>32</sup> ».

Dans le domaine gynécologique et obstétrical, tout acte de pénétration non consenti, non averti ou sous la contrainte sur la patiente peut laisser des « séquelles psychiques comparables à celle de l'agression sexuelle<sup>33</sup> ».

Le P.T.S.D. est un trouble de stress post-traumatique.

L'INSERM le définit comme : « des troubles psychiatriques qui surviennent après un événement traumatisant. Ils se traduisent par une souffrance morale et des complications physiques qui altèrent profondément la vie personnelle, sociale et professionnelle »<sup>34</sup>.

Les troubles de stress post-traumatique peuvent être préexistants à l'accouchement, mais peuvent arriver à la suite de V.G.O. Quand ils sont

---

<sup>29</sup> P. JASSOGNE, *Les violences gynécologiques et obstétricales : médecine et droit sous le prisme du genre*, op. cit.

<sup>30</sup> *Ibid.*

<sup>31</sup> *Ibid.*

<sup>32</sup> *Ibid.*

<sup>33</sup> *Ibid.*

<sup>34</sup> <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>

préexistants, ils peuvent même affecter la grossesse et l'expérience de l'accouchement. Il est important en tant que soignant.e d'écouter les plaintes des patientes et de ne pas les négliger, car le P.T.S.D. peut aussi affecter le bien-être du fœtus ou encore le lien mère-enfant.

Il faut être très attentif/attentive au P.T.S.D., préexistant ou lié à l'accouchement, car la deuxième cause de mortalité chez une jeune mère, après les maladies cardiovasculaires, est le suicide<sup>35</sup>. En France, selon l'Institut National de la Santé, 35 femmes par an se donnent la mort après la naissance de leur enfant.

Notons que ce trouble en plus du baby blues ou d'une dépression du post-partum peut être vraiment difficile à vivre.

## 2. Les conséquences physiques

Il existe plusieurs degrés de gravité dans les conséquences physiques. Ces conséquences peuvent aller jusqu'à la mort de l'enfant ou de la mère ou la paralysie de celle-ci.

## 3. La détérioration du rapport aux soins

Les V.G.O. peuvent également entraîner une perte de confiance envers les professionnel.le.s de santé, autant dans le domaine gynécologique et obstétrical qu'en médecine générale. Cette perte de confiance peut être dangereuse pour la santé des femmes qui ont subi des V.G.O., mais également, dans les cas les plus complexes, pour celle de leur enfant.

## 4. L'impact sur la vie sociale, familiale et sexuelle

«Les V.G.O. engendrent une altération de la vie du couple et de la vie sexuelle<sup>36</sup>». Cela peut également altérer les liens affectifs entre la mère et son enfant impactant négativement son développement à long terme.

---

<sup>35</sup> [https://www.ifemdr.fr/experience-traumatique-de-laccouchement-et-tspt-lie-a-laccouchement/?fbclid=IwAR39XozbSk7v2nH3bVMYoE3BT5Fp\\_qmrD\\_eQzki4GUGbGc8ozVYWgGbQwKQ](https://www.ifemdr.fr/experience-traumatique-de-laccouchement-et-tspt-lie-a-laccouchement/?fbclid=IwAR39XozbSk7v2nH3bVMYoE3BT5Fp_qmrD_eQzki4GUGbGc8ozVYWgGbQwKQ)

<sup>36</sup> P. JASSOGNE, *Les violences gynécologiques et obstétricales : médecine et droit sous le prisme du genre*, op. cit.

## XI. Le contexte géographique de la présente étude

Nous parlons de la Belgique ici. Mais ce phénomène est présent partout. Des études de l'O.M.S. (2019) montrent que plus d'un tiers des femmes de 4 pays à faibles revenus (Ghana, Guinée, Myanmar et Nigéria) ont été victimes de violences durant leurs accouchements dans des établissements de santé. C'est souvent les plus jeunes et les moins instruites qui sont exposées à ce risque. Cette étude révèle que 42 % des 834 femmes rencontrées ont subi des violences physiques ou verbales, ou ont été victimes de stigmatisation ou de discrimination. Un taux élevé d'épisiotomie, de césarienne et d'examens vaginaux pratiqués sans le consentement des femmes a aussi été observé.

Le jour de la publication du hashtag #PayeTonUterus plus de 7000 témoignages ont été partagés.

---

Femmes de Droit, asbl

**Siège social** : 62 Rue Walter Sœur – 5590 Ciney  
**Bureau** : 82B Avenue Cardinal Mercier – 5000 Namur  
**Tel** : 0494/24.95.38

**Site** : [www.femmesdedroit.be](http://www.femmesdedroit.be)  
**Compte** : BE50 7320 4704 1718  
**Mail** : [info@femmesdedroit.be](mailto:info@femmesdedroit.be)



## Titre 3 – Le cadre législatif

### I. La loi relative aux droits des patient.e.s

La loi de 2002 relative aux droits du patient<sup>37</sup> énumère les droits des bénéficiaires de soins apportés par un.e praticien.ne professionnel.le. Elle a pour objectif d'offrir une meilleure protection aux patient.e.s en les plaçant au centre des soins de santé.

#### 1. Le droit à des soins de qualité (art. 5)

Le droit du patient à des prestations de qualité est consacré par l'article 5 de tel qu'il s'agit «de soins attentifs et consciencieux conformes aux données actuelles et acquises par la médecine médicale<sup>38</sup> ». Ces données sont également définies comme étant «celles qui ont dépassé le stade de l'expérimentation scientifique pour entrer dans la pratique courante».

En d'autres termes, les praticien.ne.s professionnel.le.s se doivent de se tenir informé.e.s des progrès de la médecine, c'est-à-dire des évolutions théoriques, pratiques et technologiques de la médecine afin de pouvoir proposer les soins les plus adaptés possibles à leurs patientes. Ils/Elles doivent également faire preuve d'un comportement normalement diligent, avisé et prudent. Ajoutons enfin que le devoir de fournir des prestations de qualité est subordonné par une obligation de moyens et non de résultat.

Ainsi, de nombreuses V.G.O. peuvent être dénoncées en invoquant le droit du patient à des prestations de qualité, en ce qu'il est très fréquent que les pratiques médicales ne soient pas conformes aux données actuelles et acquises de la science.

Elles/Ils doivent aussi continuer de procurer des soins de qualité, même si la patiente a refusé un soin antérieurement.

Par exemple, si une femme refuse une péridurale, elle bénéficie quand même du droit de demander une analgésie pour d'autres soins, comme une suture.

---

<sup>37</sup> Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B., 26 septembre 2002.

<sup>38</sup> D. MAYÉRUS et P. STAQUET, « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et son impact sur la relation patient-médecin », D.C.C.R., 2002, n° 57, p. 9.

## 2. Le droit au libre choix du praticien professionnel (art. 6)

La relation entre la patiente et son médecin a beaucoup changé au fil du temps. En effet, historiquement, la relation patiente-médecin était très asymétrique et paternaliste. Ainsi, la patiente se livrait corps et âme à son médecin sans remettre en question ses compétences ou la qualité des soins reçus.

Aujourd'hui, la relation entre la patiente et la/le praticien.ne professionnel.le a bien changé. Notamment en raison de l'émergence de nouvelles technologies, de l'évolution du droit médical, ainsi que d'une certaine vulgarisation de la médecine. Désormais, la relation entre patientes et médecins est bien plus équilibrée.

Ainsi, il faut comprendre la relation patiente-médecin comme une relation contractuelle. En d'autres termes, tant la patiente que la/le médecin ont des droits et des obligations. L'un des droits fondamentaux de la patiente est de choisir avec quel.le médecin elle « signe » ce contrat. Tout comme il est parfaitement légitime de changer de boulangerie si la plus proche ne fait pas du bon pain, il est tout aussi légitime de choisir la/le médecin chez lequel on décide d'aller se faire soigner et d'en changer si besoin.

## 3. Le droit à l'information claire et précise sur son état de santé et son évolution possible et probable (art. 7 à 9)

### A. La règle générale

Le droit à l'information est lié au consentement libre et éclairé. Ainsi, la/le praticien.ne professionnel.le se doit d'obtenir le consentement libre et éclairé de sa patiente avant d'entreprendre un quelconque soin.

Comme mentionné ci-dessus, il faut voir la relation patiente-médecin comme une sorte de contrat. Ainsi, pour que le contrat soit « valide », il faut que les deux parties soient pleinement informées.

La patiente a donc le droit de demander à sa/son médecin « l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention » (art. 8 § 2).

Elle a également le droit d'être informée de toutes les alternatives possibles au traitement concerné (même celles que la/le médecin juge inappropriées), les coûts financiers, les conséquences sur sa santé si jamais elle décide de ne rien faire, etc.

En somme, il s'agit là de sa santé, de son corps. C'est donc son droit de savoir tout ce qu'elle juge nécessaire.

Le consentement « libre » signifie concrètement que la patiente donne son accord sans avoir été forcée (physiquement ou psychologiquement) ni manipulée par qui que ce soit. Le consentement « éclairé », quant à lui, signifie que la patiente doit disposer de toutes les informations nécessaires afin qu'elle puisse prendre une décision en connaissance de cause.

Si la patiente décide de ne pas consentir à une intervention alors elle doit être mise au courant des conséquences et des risques qu'elle encourt.

Ainsi, pour un acte, elle doit savoir, par exemple : le but, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, la procédure, l'alternative, les contre-indications, les effets secondaires, les risques significatifs, etc.

La/le médecin doit également être sûr.e que la patiente a bien compris tous les risques qu'elle encourt. De plus, des alternatives doivent être proposées à la patiente.

Afin d'être valable, l'information est soumise à 4 conditions. Elle doit être « préalable et fournie en temps opportun », « accessible à la capacité de compréhension de la patiente », « exacte » et suffisante.

En outre, ce droit à l'information passe notamment par le droit de consultation du dossier médical, qui doit être tenu à jour et conservé en lieu sûr par la/le médecin.

Il nous semble essentiel de souligner qu'une patiente a aussi le droit de demander de ne rien savoir sur son état de santé ou sur les précisions d'un soin ou autre. Ce droit doit être respecté au même titre que celui d'être informée. La patiente doit le formuler expressément auprès du/de la soignant.e qui la prend en charge.

## B. Une spécificité pour les mineur.e.s

En ce qui concerne les enfants mineur.e.s, les droits concernant la loi relative aux droits du patient seront exercés par les parents ou la/le tuteur/trice. Cependant, l'article 15 § 2 de la loi pose le principe que la/le praticien.ne professionnel.ne peut, s'il y a danger pour la vie de l'enfant ou un risque grave pour sa santé, aller à l'encontre de la décision prise par les parents ou le/la tuteur/tutrice<sup>39</sup>.

### 4. Le droit de refus

De plus, il paraît important de préciser que la patiente a le droit de refuser de donner son consentement ou le droit de le retirer à tout moment<sup>40</sup>.

La/le médecin est alors obligé.e de respecter ce refus ou ce retrait de consentement, à quelques exceptions près (cas d'urgence).

Qui plus est, la patiente a le droit de demander à ce que son consentement (ou son refus de consentement) soit consigné par écrit. Cependant, la/le professionnel.le de santé peut refuser de signer un formulaire de consentement (article 8 § 1 al.3)<sup>41</sup>.

Le droit de refuser ou de retirer son consentement reste effectif à une personne majeure inconsciente. Si la patiente exprime son refus de consentement avant d'être inconsciente alors celui-ci reste effectif.

De plus, le droit au refus de consentir ne doit cependant pas altérer le droit à une prestation de qualité.

Comme mentionné plus tôt, le cas d'urgence est la seule raison pour laquelle un.e professionnel.le de santé pourrait ne donner aucune information sur une intervention. La/le professionnel.le de santé agit dans l'intérêt de la patiente.

### 5. Le droit à la protection de la vie privée et de l'intimité (art. 10)

Le droit à la protection de la vie privée et de l'intimité, fixé par l'article 10, peut paraître quelque peu flou. Les concepts de vie privée et d'intimité peuvent

<sup>39</sup> P. STAQUET, « Le droit à un consentement éclairé », *Droitbelge.net*, juillet 2006.

<sup>40</sup> P. STAQUET, « Le droit de refuser une intervention médicale », *Droitbelge.net*, mars 2005.

<sup>41</sup> P. STAQUET, « Le droit à un consentement éclairé », *op. cit.*



paraître un peu vagues. Et, en effet, le droit à la vie privée englobe plusieurs dimensions, allant du droit à l'image (le médecin n'a pas le droit de prendre en photo sa patiente sans son accord), au droit de pouvoir se changer en toute intimité, au devoir du médecin de se tenir au secret professionnel, et peut aussi concerner les questions trop indiscrettes que le médecin poserait à sa patiente...

Le droit à l'intimité reprend aussi le fait qu'une patiente en consultation gynécologique par exemple a le droit de refuser que des étudiants soient présents, et ce, même dans un hôpital universitaire. C'est aussi le fait d'avoir un drap sur ses jambes durant un examen gynécologique, que la table de consultation ne soit pas face à une porte ou une fenêtre, que la femme puisse se dévêtir à l'abri des regards, etc.

## 6. Le droit de porter plainte auprès d'une fonction de médiation compétente (art. 11).

### A. Les missions du service de médiation

Un service de médiation a pour mission de traiter les plaintes, mais aussi de prévenir ces plaintes. L'objectif est de favoriser le dialogue entre les parties.

Cette médiation a comme avantage d'être un lieu d'écoute pour les patientes. Elle les guide dans leurs démarches en fonction de la demande.

Le/la médiateur/médiatrice peut répondre aux questions éventuelles, encourager un dialogue entre patiente et soignant.e, mieux faire connaître la loi relative aux droits du patient, etc.

Le biais qu'on pourrait trouver à ce système de médiation est que le/la médiateur/médiatrice en question a pour devoir de rester neutre. Or, dans une situation hiérarchique, le « gagnant » restera en position de force, car personne ne le remettra en question. De plus, c'est l'institution qui doit mettre en place ce service de médiation. Dès lors, le/la médiateur/médiatrice est tout sauf neutre et a intérêt à prendre parti pour l'institution qui paie son salaire.

### B. La plainte

La patiente a le droit d'introduire une plainte verbale ou écrite au prôt d'une fonction de médiation quand ses droits ne sont pas respectés. De ce fait, chaque hôpital doit disposer d'une fonction de médiation. Dans un premier

temps, proposer à la patiente de prendre directement contact avec le/la praticien.ne. Si elle ne le souhaite pas, la procédure de médiation peut commencer. La patiente peut être assistée par une personne de confiance. Une fois la plainte reçue, celle-ci est enregistrée. Si la plainte concerne la relation juridique entre la patiente et l'hôpital, la plainte doit porter sur un aspect médical<sup>42</sup>.

Si la plainte concerne un manquement au respect des droits du patient et qu'une fonction de médiation a déjà été créée, le service de médiation transmettra immédiatement la plainte à cette fonction de médiation et en informera immédiatement le/la plaignant.e par écrit.

Si la plainte concerne un manquement au respect des droits du patient pour laquelle aucune fonction de médiation spécifique n'a été créée, le service de médiation traitera lui-même la plainte<sup>43</sup>.

Le/la médiateur/médiatrice écoute la patiente et le ou les soignant.e.s mis.e.s en cause et tente de rapprocher les points de vue. Il/Elle peut inviter les parties à prendre contact afin de trouver un arrangement et essayer de résoudre le différend par la négociation. Il/Elle peut faire une proposition de solution si aucun accord n'a été trouvé dans le mois.

Le/la gestionnaire qui a la responsabilité générale et finale pour l'activité hospitalière, sur le plan de l'organisation et du fonctionnement ainsi que sur le plan financier, peut prendre une décision conformément à cette proposition. Si celui-ci/celle-ci ne peut se rallier à cette proposition, il/elle ne peut prendre de décision contraire que s'il/elle formule une nouvelle proposition de décision sur laquelle le conseil médical marque son accord. Cette décision doit naturellement être motivée<sup>44</sup>.

## 7. Le droit à la prise en charge de la douleur (art. 11 bis).

La prise en charge de la douleur de ses patientes, quelle qu'en soit l'origine ou l'intensité, est une obligation morale et légale pour les médecins. Les médecins

---

<sup>42</sup> Arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre, M.B., 26 août 2003, p. 8.

<sup>43</sup> Arrêté royal du 1er avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale « droit du patient » instituée par l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B., p. 1.

<sup>44</sup> Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, M.B., 7 novembre 2008.

doivent donc s'efforcer de prévenir la douleur si possible, d'évaluer constamment le niveau de douleur de leurs patientes (avant, pendant et après une intervention). Le médecin se doit également de prévenir la patiente sur les risques de douleurs d'un certain traitement ou soin, afin qu'elle puisse se préparer et tenir compte de la douleur qu'elle pourrait ressentir dans le choix du traitement auquel elle veut se soumettre. Ici aussi revient l'exemple cité pour le droit aux soins de qualité. Une femme a le droit de refuser durant un moment une intervention antalgique, mais d'en vouloir une 10 minutes après. On ne devra pas lui refuser sous prétexte qu'avant, elle avait dit non.

## II. La responsabilité civile de droit commun

Outre le service de médiation, la loi relative aux droits du patient ne prévoit pas de sanction spécifique. On applique donc le droit commun de la responsabilité civile, prévue par l'article 1382 du Code civil. Elle se base sur 3 conditions qui doivent être nécessairement remplies :

- Une faute, c'est-à-dire un fait générateur
- Un dommage
- Un lien de causalité entre la faute et le dommage<sup>45</sup>.

### 1. La faute

La faute n'est pas définie par le Code civil dans l'état actuel du droit. Elle est, en revanche, définie par la jurisprudence et la doctrine comme « la violation, imputable à son auteur, d'une norme juridiquement obligatoire lui imposant d'agir de manière déterminée ou de se comporter comme une personne normalement diligente et prudente<sup>46</sup> ».

Il découle de cette définition qu'il existe un élément moral et un élément matériel pour la détermination d'une faute.

L'élément matériel sera la violation de la règle de droit en tant que telle, l'élément moral consistant plutôt dans le fait de violer la règle librement et consciemment.

---

<sup>45</sup> I. LUTTE, « La perte d'une chance : un dommage et rien qu'un dommage ! », *Droitbelge.net*, août 2008.

<sup>46</sup> G. GENICOT, « Faute, risque, aléa, sécurité », in *Droit médical*, 79, Commission Université-Palais, n° 5, Bruxelles, Larcier, 2005, pp. 59-160.

Cependant, en vertu de la jurisprudence, il faut noter que l'élément matériel prend de plus en plus le pas sur l'élément moral.

En l'occurrence, la faute médicale peut être la violation de la loi de 2002 relative aux droits du patient mais aussi un acte ou une abstention contraire aux pratiques usuelles de tout.e médecin normalement diligent et prudent.

C'est la/le juge qui estimera si le comportement en question est fautif ou non au regard de ces critères.

## 2. Le dommage

La/le médecin est exclusivement tenu.e à une obligation de moyens à l'égard de sa patiente. Cela signifie qu'il/elle doit tout mettre en œuvre pour prendre soin de sa patiente mais n'a pas l'obligation d'y arriver.

Le dommage ne suffit pas à lui seul pour retenir la responsabilité du/de la médecin. Encore faut-il établir un lien de causalité entre le dommage et l'acte médical. La réparation du dommage subi par la victime va concerner directement la victime, et ensuite ses proches au titre des préjudices par ricochet<sup>47</sup>.

## 3. Le lien de causalité

Le lien de causalité peut être défini comme le rapport de cause à effet entre le dommage et la faute. En matière médicale, la responsabilité des établissements est, par principe, une responsabilité pour faute. Aussi, le lien de causalité doit exister entre le dommage et la faute du/de la médecin<sup>48</sup>.

Ce lien de causalité doit pouvoir aller dans les deux sens. C'est-à-dire que l'on doit pouvoir prouver que la faute a causé le dommage, mais aussi que sans cette faute, le dommage n'aurait pas eu lieu. Mais, dans le cas des V.G.O., ce n'est pas possible d'y arriver.

Pour un suivi de grossesse ou gynécologique, l'O.M.S. dit que 95 % des grossesses et des accouchements ne sont pas pathologiques<sup>49</sup>. Ce qui

---

<sup>47</sup> P. ABERKANE, *La réparation du dommage médical et sa jurisprudence*, Bruxelles, Larcier, 2013.

<sup>48</sup> G. GENICOT, *Droit médical et biomédical*, Collection de la Faculté de droit de l'Université de Liège, Bruxelles, Éditions Larcier, 2016.

<sup>49</sup> <https://www.who.int/fr/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth>

équivalent à dire que 100 % des actes dans 95 % des grossesses non pathologiques sont des actes de prévention et non de soins puisqu'on ne doit rien soigner ! La prévention a pour but de réduire les survenues de dommage. Comment peut-on prouver que sans l'acte de prévention, le dommage n'aurait pas eu lieu ? C'est très compliqué.

### III. La responsabilité pénale

La responsabilité pénale a une fonction répressive, punitive<sup>50</sup>. Elle peut par exemple passer par des amendes ou l'emprisonnement. Cette responsabilité pénale concerne tous les médecins et est mise en jeu en cas d'infraction au Code pénal. Le délai de prescription varie selon l'infraction.

#### 1. Faute pénale

La faute pénale constitue une infraction au Code pénal. On considère que c'est une faute qu'un médecin « attentif et diligent » aurait pu éviter (ce qui est un concept vague, qui pose toute une série de problèmes). Ensuite, la faute pénale doit être caractérisée : c'est-à-dire qu'elle doit impliquer des choix inadéquats, une prise de risque inconsidérée et une connaissance par le médecin du risque encouru par la patiente. C'est ce qui est expliqué plus haut.

Il est à noter qu'en droit pénal, seuls les infractions prévues par le Code pénal peuvent être reprochées au/à la médecin. Autrement dit, la victime ne peut pas invoquer la présomption de faute, le défaut d'information ou la perte de chance, qui sont toutes des fautes du domaine civil. Le droit pénal est, en effet, d'interprétation particulièrement stricte.

#### 2. Les infractions pénales en médecine

La responsabilité pénale est mise en jeu si une infraction au Code pénal est commise. Certains articles du Code pénal concernent plus particulièrement l'exercice médical :

- o les atteintes involontaires à la vie :
- les blessures involontaires,

---

<sup>50</sup> N. COLETTE-BASECQZ, « Introduction à la responsabilité pénale », in *Manuel de l'expertise judiciaire*, Limal, Anthémis, 2019, pp. 107-164.

- l'homicide involontaire (art. 418 CP)
- o les atteintes volontaires à la vie :
  - les coups et blessures volontaires qui peuvent être retenus quand il n'y a pas de nécessité thérapeutique ou qu'il n'y a pas de consentement de l'intéressé (art 401 CP),
  - l'homicide volontaire et les empoisonnements concernant les cas dits « d'euthanasie active »,
    - o la mise en danger d'autrui,
    - o l'omission de porter secours. Le caractère volontaire de l'abstention est nécessaire pour qualifier l'infraction.
    - o la violation du secret professionnel (art 458 du CP), sauf dérogations légales
    - o les faux certificats,
    - o la non-assistance à personne en péril (art 422 bis du CP),
    - o l'exercice illégal de la médecine,
    - o la prescription de substances illicites

#### IV. Le cadre déontologique

##### 1. Code de déontologie médicale

Le code de déontologie explique le comportement que les médecins doivent suivre dans le cadre de leur pratique. Il met en avant un certain nombre de principes moraux et éthiques.

##### 2. Les devoirs du médecin

###### A. L'obligation d'information

Selon l'article 19 du Code de déontologie, la/le médecin doit communiquer avec sa patiente sur sa santé. De plus, il est primordial que la patiente soit informée sur les examens et traitements qu'elle doit effectuer pour pouvoir donner un consentement clair et éclairé.

L'article 20 du Code de déontologie explique que la patiente doit donner son consentement libre et éclairé après avoir été préalablement et correctement informée du traitement ou examen qu'on lui propose.

Le consentement de la patiente est ponctuel. Cette dernière peut le retirer à tout moment.

La/le médecin doit obtenir le consentement de sa patiente pour tous les actes pratiqués. La seule exception est que si la patiente n'est pas en état de communiquer son consentement, la/le médecin peut agir sans celui-ci en apportant les soins consciencieux et adaptés à son état.

### *B. Le devoir de secours*

La/le médecin a un devoir de secours envers les personnes vulnérables qu'elle/il pense maltraitées, exploitées, harcelées ou qui subissent des effets d'une négligence. Selon l'article 29 du Code de déontologie, la/le médecin doit discuter du problème avec l'intéressé.

Lorsqu'il s'agit d'un danger grave et imminent pour la patiente, ou qu'il/elle a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres personnes souffrent de maltraitance ou négligence, la/le médecin peut en avertir la/le Procureur.e du roi.

### *C. L'éthique*

La/le médecin doit suivre une éthique, en accord avec l'article 30 du Code de déontologie. L'éthique des soignant.e.s fait appel à des principes. Notamment le principe de bienfaisance et non-malfaisance, de justice, de sincérité, le respect de l'autonomie...

Suivant cette éthique, les médecins ne peuvent pas commettre d'acte de torture ou autres formes de traitements inhumains, cruels ou dégradants. Cela pourrait être sanctionné par l'article 3 de la Convention européenne des droits humains<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup> Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, 4 novembre 1950.

### *D. Ce qui peut s'appliquer pour les V.G.O.*

L'article 9 du Code de déontologie fait la différence entre les incidents, les événements indésirables et les erreurs, d'une part et les comportements fautifs, qui impliquent la responsabilité du/de la praticien.ne et/ou de l'institution de soins, d'autre part.

La/le médecin doit respecter les devoirs et adopter un comportement exemplaire, comme il a été vu plus haut.

L'ordre des médecins se réserve le droit de réprimer les comportements qui seraient contraires aux règles déontologiquement applicables. L'ordre des médecins peut aussi bien sanctionner les fautes commises lors de l'exercice des fonctions, que les fautes graves commises en dehors de l'activité professionnelle, si elles venaient à entacher l'honneur ou la dignité de la profession. Le conseil provincial, dans lequel la/le médecin concerné.e est inscrit.e, agit à l'encontre de ce.tte dernièr.e en cas de plainte.

### 3. Le Conseil provincial

Le Conseil provincial peut agir de lui-même ou sur requête du Conseil national, du/de la ministre de la Santé, du/de la Procureur.e du roi ou d'une commission médicale provinciale.

Il peut aussi être saisi par une plainte effectuée auprès de l'ordre des médecins pour dénoncer les mauvais comportements d'un.e ou des praticien.ne.s. Cette plainte peut se faire par un.e médecin ou un.e tiers à condition qu'elle concerne la déontologie médicale. Elle doit être formulée par écrit. Elle doit relater les faits de façon claire et chronologique, et préciser les griefs et l'identité du/de la ou des médecins.

La/le médecin concerné.e connaîtra l'identité de l'auteur.e de la plainte pour donner sa version des faits. Les plaintes anonymes sont écartées.

La/le plaignant.e ne sera pas tenu.e informé.e des suites de sa plainte. La justification donnée est que cela concerne l'ordre interne des médecins.

La plainte peut être classée sans suite si les éléments sont trop faibles ou qu'elle ne concerne pas la déontologie. La/le médecin concerné.e pourra être mis.e en instruction si suffisamment d'éléments indiquent qu'il y a eu une faute déontologique.



Une fois l'instruction finalisée, le Conseil peut statuer de trois manières différentes : soit l'affaire est classée sans suite, soit il y a un complément d'enquête, soit il y a l'inculpation et la comparution en audience disciplinaire du/de la médecin concerné.e.

La/le médecin peut recevoir une réprimande écrite ou orale de la part du/de la président.e du Conseil. Si le Conseil juge qu'il y a lieu de poursuivre la/le médecin en disciplinaire, il/elle doit comparaître.

Le Conseil statue sur l'acquittement ou des sanctions disciplinaires. Ces sanctions comprennent l'avertissement, la censure, la réprimande, la suspension du droit d'exercer l'art médical pendant un terme qui ne peut excéder deux ans et la radiation du tableau de l'ordre.

#### 4. La Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique du CNGof

Le Collège National des Gynécologues et obstétriciens français a rédigé une charte le 21 octobre 2021 nommée Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique reprenant les points suivants<sup>52</sup>.

##### A. Les points de la Charte

1. « ... Le praticien, médecin ou sage-femme, conduit la consultation avec bienveillance et respect, en gardant à l'esprit la particularité de cette consultation et les besoins d'écoute et de dialogue.
2. L'examen clinique n'est pas systématique. Par exemple, il n'est pas conseillé lors de la première consultation d'une jeune femme pour contraception, en l'absence de symptômes.
3. L'examen clinique est précédé d'une explication sur ses objectifs et ses modalités. Si la femme désire ne pas être examinée, elle est invitée à en faire part en début de consultation...
4. ... L'accord oral de la femme est recueilli avant tout examen clinique.

<sup>52</sup>

<http://www.cngof.net/Publications-CNGOF/Pratique-clinique/Examen-gynecologique/Charte-de-consultation-gynecologie%20-obstetrique-2021-10.pdf>

5. La femme doit pouvoir se dévêtir à l'abri des regards, dans le respect de sa pudeur.
6. La personne examinée peut être assistée par l'accompagnant de son choix.
7. L'examen peut comporter une palpation des seins, une palpation abdominale, un toucher vaginal avec gant ou doigtier, et l'usage de matériels médicaux tels qu'un spéculum ou une sonde endovaginale. Dans certains cas, le recours à un toucher rectal après explications peut être justifié.
8. L'examen doit pouvoir être interrompu dès que la patiente en manifeste la volonté. Aucune pression, en cas de refus, ne sera exercée sur elle ; il convient alors de l'informer de l'éventuelle nécessité d'un nouveau rendez-vous pour réaliser l'examen, si celui-ci est indispensable, et de l'informer des limites diagnostiques et thérapeutiques que cette absence d'examen clinique peut entraîner.
9. À l'hôpital ou en cabinet de ville, pour former les soignants de demain, un étudiant est susceptible d'assister à la consultation ; la présence d'un tiers, soignant, est soumise au consentement de la femme. Tout geste médical ou examen clinique éventuel pratiqué par l'étudiant est également subordonné à l'accord de la personne examinée... »

### *B. L'application de cette Charte*

Le C.H.U. de Lyon et les H.C.L. ont établi en 2022 une feuille reprenant les points de cette Charte. C'est la preuve que petit à petit, les choses bougent.

On peut retrouver des éléments semblables à la loi relative aux droits du patient de 2002 dans cette charte. Comme tout ce qui tourne autour du consentement libre et éclairé en recueillant un accord oral avant tout examen clinique ou encore clairement le point 4.

## Titre 4 – Les implications pratiques des règles de droit

Voyons concrètement ce que ces règles impliquent à travers différents exemples issus de l'expérience de terrain de Femmes de droit et de ses bénéficiaires mais aussi des expert.e.s avec qui nous collaborons.

Pour rendre les exemples plus concrets, nous nous sommes permises de les modifier ou de les simplifier. Cependant, ils sont tous issus de cas réels. Par ailleurs, nous avons modifié tous les prénoms.

### I. Lors des premières consultations

#### 1. Le frottis avant 25 ans

Sonia se rend chez sa gynécologue accompagnée par sa mère car ses règles ont commencé. La gynécologue lui demande de se déshabiller pour l'examiner et pratiquer un frottis.

Voici l'exemple d'un examen systématique non nécessaire mais pratiqué régulièrement. Imposer un frottis à une femme avant ses 25 ans sans raison particulière est inutile. Cela ne respecte pas les recommandations en la matière. En effet, il est recommandé de procéder à un frottis tous les trois ans à partir de 25 ans, sauf indication médicale contraire<sup>53</sup>.

La gynécologue ne respecte pas son obligation d'exercer la médecine selon les dernières connaissances médicales et n'informe pas sa patiente des raisons pour lesquelles elle demande un frottis. Elle le fait par habitude, parmi les examens de routine qu'elle pratique quotidiennement.

#### 2. Un contraceptif pour des douleurs de règles

Evelyne a commencé à avoir ses règles il y a un an. Mais, celles-ci sont très douloureuses. Elle consulte un gynécologue à ce sujet. Ce dernier lui prescrit une pilule contraceptive. Evelyne rentre chez elle et tend la prescription à sa mère qui lui demande pourquoi elle souhaite prendre un moyen de contraception. Elle l'interroge sur le fait qu'elle ait un petit copain.

---

<sup>53</sup> <https://www.hpvinfos.be/le-depistage/>

Evelyne n'a pas de petit copain. Elle ignore qu'on lui a prescrit un contraceptif. Elle pensait, naïvement, qu'il s'agissait d'un anti-douleur.

Le gynécologue n'a donc pas respecté son obligation d'informer sa patiente. Il ne lui a pas expliqué la raison pour laquelle il prescrit ce traitement, la façon dont il fonctionne, les éventuels effets secondaires et les alternatives qui existent. Dès lors, Evelyne n'a pas pu consentir valablement puisqu'elle ignore la plupart des informations lui permettant de consentir.

### 3. La prescription d'un moyen de contraception

Lila consulte une gynécologue afin d'obtenir un moyen de contraception. Elle se rappelle avoir vu à l'école qu'il en existait plusieurs. Mais, la gynécologue balaie ses questions en répondant qu'à son âge (17 ans), le seul contraceptif efficace est la pilule.

La gynécologue ne respecte pas son obligation d'informer sa patiente. En effet, il existe effectivement plusieurs moyens de contraception et la pilule n'est pas forcément la panacée. En ne répondant pas aux questions de Lila et en lui prescrivant d'office une pilule contraceptive, elle ne permet pas à Lila de consentir pleinement.

### 4. Une remarque désobligeante

Angela consulte un gynécologue pour la première fois car elle vient de commencer sa vie sexuelle et d'avoir une cystite à la suite de quoi de fortes démangeaisons ont débuté. Au moment de l'examen, le gynécologue s'esclame « mais quelle horreur, comment peut-on se négliger à ce point » en parlant de ses poils pubiens. Angela rougit de honte et prie en silence pour que l'examen se termine au plus tôt.

Le médecin n'a pas respecté l'éthique imposée aux soignant.e.s. Il s'est permis de faire une remarque insultante et non fondée. En effet, l'épilation ou le rasage des poils pubiens n'est pas une recommandation médicale, au contraire, puisqu'ils augmentent les risques d'infection. De plus, même si cela avait été une recommandation médicale, Angela était en droit de la refuser sans pour autant qu'on lui manque de respect.

## II. Dans le cadre du suivi gynécologique

### 1. Une consultation nue

Manon se rend chez une gynécologue pour une consultation annuelle, au sein d'une structure hospitalière. Dans la salle d'attente, on crie son nom. Une infirmière la conduit alors dans une cabine et lui dit de se déshabiller entièrement et que la gynécologue viendra la chercher ici. Manon se sent très gênée car elle est extrêmement pudique. L'infirmière lui rappelle qu'elle est dans un hôpital et qu'il s'agit simplement d'un examen, qu'elle ne doit donc rien y voir de sexuel. Manon obtempère et la consultation se déroule en un quelques minutes, montre en main, alors qu'elle est entièrement nue. La gynécologue la fait s'installer immédiatement sur le siège d'examen gynécologique, avec les pieds dans les étriers et lui pose les questions nécessaires à l'examen. Ensuite, elle pratique un frottis et renvoie Manon se rhabiller en lui disant qu'elle recevra les résultats de l'examen par la poste.

Dans cet exemple, l'intégrité de Manon n'est pas respectée. Il n'est pas normal de répondre à des questions médicales d'usage en étant installée nue sur une table d'examen gynécologique, dans une position souvent ressentie comme humiliante par les femmes. La consultation est si rapide qu'elle ne permet aucun échange humain entre la patiente et la soignante. Pourtant, certaines structures de soins imposent des cadences de 7 minutes entre chaque patiente, ce qui est une aberration. Comment mener correctement une consultation en si peu de temps ? C'est impossible.

En l'espèce, évidemment, Manon n'a reçu aucune information ni sur son état de santé ni sur les examens subis. Elle n'a pas pu consentir à la moindre chose aussi bien par manque d'informations que par manque de temps.

### 2. Le choix d'une médecin

Valentine refuse d'être soignée par un médecin de sexe ou de genre masculin. Elle exige d'être prise en charge par une femme.

Il s'agit de son droit le plus strict. L'hôpital devra trouver une médecin de sexe féminin. S'il n'y en a pas, il doit transférer Valentine dans une autre structure.

Si Valentine est dans un cas urgent, elle a toujours le droit de refuser d'être prise en charge par un homme. Elle sera alors transférée. Si un souci a lieu après son

transfert, elle ne pourra pas se retourner contre l'hôpital parce qu'il l'a transférée et que ça a « empiré » son état.

En aucun cas, Valentine ne devra justifier son choix. Et ce sont les mêmes règles qui s'appliquent à toutes les femmes, même les femmes voilées. En effet, rappelons que les lois interdisent les discriminations sur des sujets de cultures, religions, origines, etc.

### III. Dans le cadre d'une grossesse et d'un accouchement

#### 1. La prise en charge d'une femme enceinte aux urgences

Linh a prévu d'accoucher à domicile, accompagnée d'une sage-femme. Malheureusement, suite à un problème de santé assez grave, elle se rend aux urgences les plus proches de chez elle, alors qu'elle arrive au terme de son premier trimestre de grossesse. Les urgences gynécologiques de cet hôpital refusent de la prendre en charge, car elles disent ne s'occuper que des femmes enceintes qui ont prévu d'accoucher dans cet hôpital. Or, elle n'a pas prévu d'accoucher dans cet hôpital-là, puisqu'un accouchement à domicile est prévu. Linh est donc contrainte de se rendre aux urgences générales de l'hôpital, dans lesquelles elle est prise en charge par un médecin urgentiste spécialisé en cardiologie. Ce dernier appelle une amie gynécologue pour se dépatouiller avec son dossier médical et renvoie Linh chez elle avec une prescription d'antibiotiques. L'état de santé de Linh s'aggrave et deux jours plus tard, elle doit retourner aux urgences. Vu l'expérience précédente désastreuse, elle change d'hôpital. Elle est alors reçue par un médecin urgentiste spécialisée en gynécologie. Cette dernière invalide totalement le diagnostic précédent et propose enfin un traitement adapté à Linh et à son bébé.

Les urgences gynécologiques d'un hôpital ne peuvent pas refuser la prise en charge d'une patiente sous prétexte que celle-ci ne prévoit pas d'accoucher au sein de la structure. C'est contraire à la loi relative aux droits du patient qui prévoit le droit à des soins de qualité même lorsque la patiente refuse les soins considérés comme adéquats par la/le médecin. En l'espèce, la structure hospitalière a le droit d'être en désaccord avec le choix d'accouchement à domicile de Linh mais elle ne peut en aucun cas lui refuser des soins de qualité pour cette raison.

## 2. L'anesthésie durant une suture d'épisiotomie

Barbara vient d'accoucher. Elle a subi une épisiotomie durant l'expulsion de son bébé et le gynécologue doit suturer la plaie. Elle a bénéficié d'une péridurale durant le travail mais Barbara sent qu'elle ne fait plus effet. Elle l'indique au médecin qui la rassure en disant qu'elle fait encore assez effet pour ne pas sentir les sutures. Barbara est rassurée, pourtant, dès la première suture, elle sent précisément ce qui se passe et est traversée d'une douleur fulgurante. Elle en informe immédiatement le médecin qui lui rétorque que c'est dans sa tête. Il ajoute qu'il y a urgence à suturer et qu'elle doit prendre sur elle. Barbara serre les poings et endure les sutures à vifs en pleurant. A la fin de l'acte, le gynécologue lui tapote la cuisse en disant « vs voyez, ce n'était pas si terrible ».

Il n'est absolument pas normal de subir des sutures à vif, quelles que soient les circonstances. Malheureusement, il n'est pas rare que des femmes témoignent l'avoir vécu. Leur douleur est alors minimisée ou ignorée par le personnel soignant. Or, chaque femme a un seuil de douleur bien précis ? Ce n'est pas aux soignant.e.s de définir si cette douleur est réelle ou non.

La prise en charge de la douleur fait partie intégrante des obligations des médecins. Et rien ne peut justifier, médicalement, de ne pas prendre le temps d'effectuer une anesthésie locale en cas de besoin.

## 3. Le refus non respecté d'une épisiotomie

Marie-Julie ne désire pas d'épisiotomie. Elle le répète depuis le début de sa grossesse au cours des consultations de suivi. Arrivée à l'hôpital pour son accouchement, elle en fait part à toute l'équipe et affiche même un plan de naissance sur la porte de la salle d'accouchement. Elle s'est beaucoup informée sur le sujet et sait que l'épisiotomie est très rarement utile. Elle demande donc de ne pas la pratiquer sauf réelle indication médicale.

Pourtant, au moment de la poussée, la gynécologue s'impatiente. Il est tard (plus de 22 h), et cela fait déjà 10 minutes que Marie-Julie pousse. Elle sait qu'après la naissance, elle devra encore assurer les soins et rédiger le dossier médical. Elle souhaite donc accélérer le travail et pratique une épisiotomie, malgré le refus de sa patiente.



D'un point de vue médical, rien n'imposait cette épisiotomie. En effet, si pendant longtemps, on a cru que les épisiotomie évitent les déchirures du périnée, on sait aujourd'hui que non seulement ce n'est pas le cas mais qu'en plus, ça augmente même le risque de les aggraver. Les déchirures se divisent en trois catégories : celles de niveau 1 qui ne nécessitent même pas de point de suture, celles de niveau 2 qui nécessitent des points mais ne mettent pas en danger la vie de la femme et celles de niveau 3 qui nécessitent des points et mettent en danger la vie de la femme. Des études statistiques de terrain ont montré que les épisiotomies diminuaient seulement les risques de déchirure de niveau 1 mais augmentaient ceux de déchirure de niveau 3.

C'est pourquoi un hôpital comme celui de Besançon a fait le pari de limiter drastiquement les épisiotomies aux rares cas médicalement nécessaires. Leur taux d'épisiotomie est inférieur à 1 %. Pourtant, cet hôpital a un excellent taux de non-mortalité et de non-morbidité des femmes et de leurs bébés.

Mais, en Belgique, nous sommes encore loin de ces résultats. En 2019, en Wallonie, une moyenne de 23,9 % d'épisiotomies à l'hôpital a été relevée par le rapport du CEPIP sur la santé périnatale en Wallonie.

D'un point de vue juridique, la gynécologue ne respecte pas ses obligations puisqu'elle transgresse délibérément et sans raison médicale le refus de consentement de sa patiente.

Il y a donc ici une faute liée au non-respect de la loi relative aux droits du patient. Malheureusement, comme cette loi n'est assortie d'aucune sanction, il faut se tourner vers la responsabilité de droit commun. Le dommage, dans ce cas, est la cicatrice avec ses points de suture. Ces deux premiers points (la faute et le dommage) sont assez faciles à établir. Il est également facile de prouver que l'épisiotomie a causé la cicatrice avec la suture. Mais il n'est pas possible de prouver que s'il n'y avait pas eu cette épisiotomie, Marie-Julie ne se serait pas retrouvée avec des points de suture. En effet, comment prouver qu'il n'y aurait pas eu de déchirure de niveau 2 ou 3 ? C'est impossible.

Au niveau pénal, Marie-Julie n'obtiendra pas non plus justice car elle devrait prouver que les autres médecins n'auraient jamais fait d'épisiotomie dans un cas similaire. Or, actuellement, l'épisiotomie systématique ou sans réelle raison est toujours beaucoup pratiquée, malgré la littérature scientifique qui se développe à ce sujet.



#### 4. Une césarienne forcée en cas de siège

Malika se rend à l'hôpital au terme de sa grossesse. Malgré ses contractions régulières annonçant son accouchement imminent, sa dernière échographie avait révélé que son enfant était encore en position de siège. Elle explique que sa sage-femme l'a rassurée, en affirmant qu'il était tout de même possible d'accoucher par voie basse. Après examen de la patiente, force est de constater que ni elle ni l'enfant ne présentent de signes de mauvaise santé. Son cas est discuté par l'ensemble de l'équipe médicale, qui soutient que la norme oblige à imposer une césarienne dans un tel cas, malgré les réticences de la patiente, au motif que « les pratiques de l'hôpital sont ainsi », et qu'il en « va de l'intérêt de l'enfant ». Menacée de ne pas pouvoir accoucher si elle refuse, Malika suit l'équipe en salle d'opération.

La loi relative aux droits du patient protège l'autonomie et la dignité humaine des patientes et leur garantit, en principe, des soins et des prestations de qualité. Ces dispositions sont couplées à celles de l'article 17 du Code de déontologie médicale. Enfin, les dispositions de l'article 8 de la loi relative aux droits du patient sont applicables, en ce que le consentement libre et éclairé de la patiente doit prévaloir à toute décision du personnel médical. En d'autres termes, l'équipe médicale n'avait pas le droit d'imposer une césarienne à Malika.

#### 5. La péridurale imposée

Rosalia arrive en salle d'accouchement. Elle a déjà commencé son travail. L'accouchement se complique, est très long, et la mère semble souffrir de grandes douleurs. Jusque-là, elle a refusé de se faire administrer une péridurale, soucieuse des dangers et de l'efficacité de celle-ci. Toutefois, l'hôpital n'est pas souvent confronté à un tel refus. L'équipe médicale a même tendance à l'imposer en cas de complication. Cela fait d'ailleurs partie intégrante de son protocole. La sage-femme en informe Rosalia en lui indiquant que l'anesthésiste a été appelé et qu'il arrive pour lui poser la péridurale.

Pourtant, le protocole d'un hôpital ne peut jamais être hiérarchiquement supérieur aux lois, notamment à la loi relative aux droits du patient. Or, cette loi prévoit le droit au consentement libre et éclairé de la patiente. Cela implique forcément qu'un hôpital n'a pas le droit d'imposer un protocole médical à ses patientes, mais peut seulement le leur proposer.

## 6. Des difficultés compréhension due à la langue

Mamouni arrive à l'hôpital pour accoucher. Malheureusement, elle ne parle ni français, ni néerlandais ni anglais. Elle parle le dialecte de son village et connaît un peu d'espagnol. Aucun membre du corps médical ne parle une langue qu'elle maîtrise suffisamment. Les soins se déroulent alors sur la base de gestes. Cependant naissent des incompréhensions lourdes de conséquences, puisque Mamouni n'a pas compris qu'elle allait être opérée par césarienne. À son réveil, elle est perdue et ne comprend pas où est son enfant.

La loi relative aux droits du patient garantit à la patiente le droit d'être informée et soignée de manière claire, induisant que le déroulé des soins se fasse dans une langue comprise par toutes. Cette prérogative est consacrée par le deuxième alinéa de l'article 7 de la loi relative aux droits du patient.

L'hôpital aurait du chercher (et trouver) une solution pour s'assurer que Mamouni comprenait bien ce qui se passait et pouvait y consentir. A l'heure de la technologie actuelle, cela peut se faire par le biais de traduction en ligne, par exemple.

## 7. Les échographies durant la grossesse

Kim est enceinte et refuse de pratiquer la deuxième échographie qu'elle estime peu utile pour elle-même. La gynécologue lui affirme qu'elle n'a pas le choix et qu'il s'agit d'un examen que la loi rend obligatoire.

Il s'agit là d'un mensonge. Dans l'état actuel du droit, le seul acte médical obligatoire est la vaccination contre la poliomyélite. Le fait que Kim refuse cet examen ne devrait en aucun cas être une raison de ne pas continuer à lui prodiguer des soins de qualité.

## Titre 5 – Que faire contre les V.G.O.?

### I. Avant tout examen

Quand une personne arrive chez un.e gynécologue, une sage-femme ou autre, elle a le droit de poser toutes les questions qu'elle souhaite avant même tout examen. Il s'agit ici de faire une sorte « d'entretien d'embauche » avec la/le soignant.e qu'elle a en face d'elle afin de s'assurer que celui-ci/celle-ci lui convient. Si ce n'est pas le cas, pas de problème, elle peut tout simplement

changer jusqu'à trouver quelqu'un.e qui a une façon de fonctionner en accord avec ce qu'elle veut. Elle n'est en aucun cas dans l'obligation de garder un.e soignant.e avec qui ça ne se passe pas bien.

Ce n'est pas parce que la/le gynécologie a fait des études universitaires qu'il/elle sait mieux que sa patiente ce qui est réellement bon pour elle ! Par exemple, si elle ressent le besoin d'accoucher sur le côté et pas en position gynécologique, c'est son choix et la/le gynécologue devrait l'accepter.

## II. En cas de V.G.O.

### 1. Ne pas rester seule

Prendre conscience de ce qui s'est passé et se reconnaître victime est le premier pas qui n'est pas des moindres.

La victime peut s'entourer des bonnes personnes, car tout cela peut être très éprouvant.

Comme noté ci-dessus, elle peut entreprendre les démarches judiciaires citées en lien avec les droits du patient. Ces démarches judiciaires n'étant pas souvent concluantes, il est important de se sentir soutenue.

Savoir qu'en tant que patiente, il existe la loi relative aux droits du patient permet aux femmes d'avoir des points d'attention sur des choses qui ne se passent pas comme elles le souhaitent.

### 2. La médiation

Il est parfois bien de pouvoir en discuter avec la/le soignant.e concerné.e pour savoir si c'était un accident de parcours ou si simplement la/le soignant.e ne convient pas. Evidemment, ça sera différent pour tout le monde. Un.e soignant.e qui convient à une personne ne conviendra peut-être pas à une autre et c'est OK.

Par ailleurs, de nombreuses victimes ressentent le besoin de comprendre ce qui s'est passé ce qui peut être possible via la médiation.

### 3. L'action en justice

#### A. Au niveau pénal

La victime peut déposer plainte auprès d'un commissariat ou directement auprès du parquet. Elle peut se déclarer personne lésée ou se constituer partie civile.

Ensuite, il y aura une enquête que l'on nomme « instruction », si celle-ci est prise en compte, il y aura donc un procès-verbal et pour finir un jugement.

Mais quelles sont les sanctions pour les praticien.ne.s qui ne respectent pas le principe d'information, ce qui entraîne un manque de consentement libre et éclairé ?

Tout d'abord, la/le professionnel.le peut être poursuivi.e pour coups et blessures volontaires ou involontaires (articles 398 à 400 et 418 à 420 du Code pénal belge).

Nous estimons que l'auteur.e devrait pouvoir être poursuivi.e pour viol. Malheureusement, un.e professionnel.le ne peut l'être poursuivi, car au sein de la définition, un élément majeur est apparent « acte de pénétration sexuelle », ce qui implique, selon certain.e.s, que cette pénétration doit être combinée avec une intention dite sexuelle. Donc un.e praticien.ne ne pourra pas être poursuivi.e pour viol si l'intention sexuelle n'était pas présente. Nous le déplorons car pour certaines victimes, il n'y a pas de différences.

Néanmoins, nous pouvons aller plus loin dans la réflexion et potentiellement poursuivre la/le praticien.ne pour toute autre infraction pénale telles que « torture, traitement inhumain et traitement dégradant ».

#### B. Au niveau civil

La victime peut introduire une action devant le tribunal de 1re instance. Ensuite, il va y avoir des audiences et pour finir un jugement.

Mais, comme mentionné plus haut, il faudra prouver le dommage, la faute et le lien de causalité entre la faute et le dommage

#### C. L'Ordre des médecins

La victime peut faire appel à l'Ordre des médecins par exemple en leur écrivant. Mais même si une décision est prise, la victime ne sera pas tenue au

courant s'il y a eu suite ou non. De plus, ce sont des médecins qui jugent l'affaire ce qui n'est pas très juste comme manière de traiter l'information.

Ce n'est donc pas très utile d'écrire à l'Ordre. En tout cas, cela ne permettra pas à la victime d'avancer d'une certaine façon, car elle ne saura rien sur les démarches qu'elle a faites.

## Titre 6 – Nos recommandations

### I. Un travail de sensibilisation

La lutte contre les V.G.O. devra tout d'abord passer par un important travail de sensibilisation du corps médical, des femmes elles-mêmes, ainsi que de l'opinion populaire. À cela s'ajoute le problème du manque de définition, puisqu'il n'existe aucun consensus quant à la définition générale des différents actes de maltraitance gynécologique et obstétricale faite aux femmes.

Cette absence de définition claire fait naître des débats, interrogeant notamment le fait que l'on puisse ou non qualifier ces abus de « violences », bien que ressentis comme telles par les victimes. Ainsi, cela a pu mener à une prise de conscience chez certains professionnels, d'autres ont choisi de nier l'existence des V.G.O.

D'autres médecins estiment aussi que la qualification de « violences » est injuste envers les médecins bien intentionnés, mais qui sont soumis aux pressions hiérarchiques ainsi qu'à la violence interne de leur établissement. À cela, il est important de rappeler que les violences perpétrées en raison de l'organisation d'un hôpital restent de la violence, les patientes ne devant pas subir les répercussions des problèmes institutionnels.

### II. Indissociable d'un refinancement massif du secteur

Dans la lutte contre les V.G.O., la sensibilisation des soignant.e.s émerge comme un pilier incontournable. Cependant, il est essentiel de reconnaître que cette sensibilisation ne peut opérer pleinement sans un refinancement massif du secteur de la santé.

Le sous-financement actuel, véritable réalité quotidienne pour bon nombre de professionnel.le.s de la santé, est une forme de violence invisible, mais non moins impactante. Il crée des conditions de travail précaires, des effectifs

réduits et des établissements de santé souvent débordés. Dans ce contexte, la sensibilisation aux V.G.O., aussi cruciale soit-elle, risque de demeurer un idéal lointain sans un investissement substantiel.

Refinancer le secteur de la santé, c'est reconnaître la valeur des soins prodigués par ces professionnel.le.s dévoué.e.s. C'est investir dans des formations approfondies sur les enjeux spécifiques des violences gynécologiques, éduquer sur la bienveillance et la communication respectueuse et créer un environnement propice à la prise de conscience et à l'action.

Le rôle des soignant.e.s va bien au-delà du traitement des symptômes physiques ; il englobe le respect des droits fondamentaux, la compréhension des expériences individuelles et la création d'un espace où la santé est holistique. Un refinancement massif offre la possibilité de transformer ces aspirations en réalités tangibles.

En résumé, la sensibilisation des soignant.e.s et le refinancement du secteur de la santé sont indissociables. Ensemble, ils forment une alliance puissante pour éradiquer les violences gynécologiques et obstétricales, et construire un système de soins véritablement centré sur la bienveillance et le respect.

## Conclusion

Au terme de cette étude approfondie sur les violences gynécologiques et obstétricales (V.G.O.), nous posons un regard lucide sur une réalité encore trop souvent méconnue mais profondément ancrée dans le quotidien de nombreuses personnes. Nous avons défini ces violences, exploré leur contexte, examiné les règles de droit les encadrant et offert des pistes concrètes pour les victimes en quête de soutien.

Cette étude ne se veut pas seulement une exploration académique, mais plutôt une contribution à notre engagement quotidien contre toutes les formes de violences sexuelles et sexistes en Belgique. Les V.G.O. s'inscrivent dans un tableau plus vaste de lutte pour l'égalité, la dignité et le respect des droits fondamentaux.

Nous avons exposé les droits des victimes, démystifié les procédures légales, et illustré, par des exemples concrets, la complexité des situations de V.G.O. Nous espérons que cette étude deviendra un outil de sensibilisation et d'éducation, inspirant des actions concrètes pour faire évoluer notre société vers plus de justice et d'empathie.

Cependant, nous ne pouvons pas mener cette lutte seul.e.s. Nous avons besoin de votre soutien. Chaque voix qui s'ajoute à la nôtre, chaque don qui renforce nos moyens, contribue à élever le niveau de conscience collective et à agir pour un changement réel.

Rejoignez-nous dans notre combat quotidien contre les violences sexistes et sexuelles. Ensemble, nous pouvons créer un avenir où la dignité et l'égalité sont les piliers inébranlables de notre société.

Votre soutien est crucial. Parlez de cette étude, partagez nos publications, faites un don. Chaque action compte. Ensemble, faisons reculer les V.G.O. et écrivons un chapitre nouveau, empreint de respect, d'inclusion, et de solidarité.

Merci de vous joindre à nous dans cette quête continue pour un monde sans violences.

---

Femmes de Droit, asbl

**Siège social** : 62 Rue Walter Sœur – 5590 Ciney  
**Bureau** : 82B Avenue Cardinal Mercier – 5000 Namur  
**Tel** : 0494/24.95.38

**Site** : [www.femmesdedroit.be](http://www.femmesdedroit.be)  
**Compte** : BE50 7320 4704 1718  
**Mail** : [info@femmesdedroit.be](mailto:info@femmesdedroit.be)





## Bibliographie

ABERKANE, P., *La réparation du dommage médical et sa jurisprudence*, Bruxelles, Larcier, 2013.

CHOLLET, M., *Sorcières : la puissance invaincue des femmes*, Paris, Zones, 2018.

EHRENREICH, B., ENGLISH, D. et LAME, L., *Sorcières, sages-femmes et infirmières : une histoire des femmes soignantes*, Paris, Cambourakis, 2015.

EHRENREICH, B. et al., *Fragiles ou contagieuses : le pouvoir médical et le corps des femmes*, Sorcières, Paris, Cambourakis, 2016.

GENICOT, G., *Droit médical et biomédical*, Collection de la Faculté de droit de l'Université de Liège, Bruxelles, Éditions Larcier, 2016.

LAHAYE, M.-H., *Accouchement : les femmes méritent mieux*, Paris, Michalon, 2018.

JASSOGNE, P., *Les violences gynécologiques et obstétricales : médecine et droit sous le prisme du genre*, Mémoire, UC Louvain, 2020 2019.

BERNARD, D. et GANTY, S., « Violences de genre versus violences envers les femmes ? », in S. WATTIER (éd.), *Les violences de genre au prisme du droit*, Collection de la Faculté de droit de l'UNamur, Bruxelles, Larcier, décembre 2020, p. 99.

BERT, C., « La responsabilité dans la prise de décision d'une interruption volontaire de grossesse : une violence de genre(s) ? », in S. WATTIER (éd.), *Les violences de genre au prisme du droit*, Collection de la Faculté de droit de l'UNamur, Bruxelles, Larcier, décembre 2020, p. 183.

COLETTE-BASECQZ, N., « Introduction à la responsabilité pénale », in *Manuel de l'expertise judiciaire*, Limal, Anthémis, 2019, pp. 107-164.

GENICOT, G., « Faute, risque, aléa, sécurité », in *Droit médical*, 79, Commission Université-Palais, n° 5, Bruxelles, Larcier, 2005, pp. 59-160.

KELLY, L., « Le continuum de la violence sexuelle », *Cahiers du Genre*, 2019, vol. 1, n° 66, pp. 17-36, disponible sur <https://www.cairn.info/revue-cahiers-du-genre-2019-1-page-17.htm>.

LUTTE, I., « La perte d'une chance : un dommage et rien qu'un dommage ! », *Droitbelge.net*, août 2008.

MAYÉRUS, D. et STAQUET, P., « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et son impact sur la relation patient-médecin », *D.C.C.R.*, 2002, n° 57, p. 9.



ROMAN, D., « Les violences obstétricales, une question politique aux enjeux juridiques », octobre 2017.

STAQUET, P., « Le droit de refuser une intervention médicale », *Droitbelge.net*, mars 2005.

STAQUET, P., « Le droit à un consentement éclairé », *Droitbelge.net*, juillet 2006.

*Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales*, Bruxelles, Sénat, 22 mai 2023, pp. 1-20, disponible sur <https://www.senate.be/www/?Mlval=/Dossiers/Informatieverslag&LEG=7&NR=245&LANG=fr>.

AJBAÏLOU, L. et BEN JATTOU, M., « Consentement », *Femmes de droit*, 11 juillet 2022, disponible sur <http://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/consentement-2/>.

BEN JATTOU, M., « Patriarcat », *Femmes de droit*, 2018, disponible sur <http://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/patriarcat/>.

BEN JATTOU, M., « Domination », *Femmes de droit*, 30 décembre 2021, disponible sur <http://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/domination/>.

BEN JATTOU, M., « Atteinte à l'intégrité sexuelle », *Femmes de droit*, 10 juillet 2022, disponible sur <http://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/attentat-a-la-pudeur/>.

BEN JATTOU, M., « Viol », *Femmes de droit*, 12 juillet 2022, disponible sur <http://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/viol/>.

DELETTE, L., « Empowerment », *Femmes de droit*, 2019, disponible sur <http://femmesdedroit.be/informations-juridiques/abecedaire/empowerment/>.

LAHAYE, M.-H., « Qu'est-ce que la violence obstétricale ? », *Marie accouche là*, 9 mars 2016, disponible sur <http://marieaccouchela.net/index.php/2016/03/09/quest-ce-que-la-violence-obstetricale/>.

Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, 4 novembre 1950.

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B., 26 septembre 2002.

Arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre, M.B., 26 août 2003.

Femmes de Droit, asbl

**Siège social** : 62 Rue Walter Sœur – 5590 Ciney  
**Bureau** : 82B Avenue Cardinal Mercier – 5000 Namur  
**Tel** : 0494/24.95.38

**Site** : [www.femmesdedroit.be](http://www.femmesdedroit.be)  
**Compte** : BE50 7320 4704 1718  
**Mail** : [info@femmesdedroit.be](mailto:info@femmesdedroit.be)



Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, M.B., 7 novembre 2008.

Résolution 2306 du Conseil de l'Europe - Violences obstétricales et gynécologiques, 3 octobre 2019, disponible sur <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=28236>.

Arrêté royal du 1er avril 2003 réglant la composition et le fonctionnement de la Commission fédérale « droit du patient » instituée par l'article 16 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B.

---

Femmes de Droit, asbl

**Siège social** : 62 Rue Walter Sœur – 5590 Ciney  
**Bureau** : 82B Avenue Cardinal Mercier – 5000 Namur  
**Tel** : 0494/24.95.38

**Site** : [www.femmesdedroit.be](http://www.femmesdedroit.be)  
**Compte** : BE50 7320 4704 1718  
**Mail** : [info@femmesdedroit.be](mailto:info@femmesdedroit.be)

