

PARLEMENT
DE LA
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

SESSION 2025-2026

27 JANVIER 2026

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

RELATIVE À LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET
OBSTÉTRICALES

DÉPOSÉE PAR MME MARGAUX DE RE, MME BÉNÉDICTE LINARD, M.
STÉPHANE HAZÉE, MME VERONICA CREMASCO, M. HAJIB EL HAJJAJI ET
MME CÉLINE TELLIER

RÉSUMÉ

En Belgique, une femme sur cinq au moins déclare avoir déjà été victime de violences gynécologiques et obstétricales.

Celles-ci concernent tous les actes de violence commis à l'égard des femmes de tous âges dans le cadre de leur parcours de santé sexuelle, de leur premier examen gynécologique à la ménopause, en passant par la prestation de services de santé procréative, en particulier (mais pas uniquement) de l'encadrement avant, pendant et après l'accouchement.

Cette Résolution entend adresser au gouvernement une série de recommandations afin de mieux comprendre d'abord, puis mieux agir pour mettre un terme à ces formes de mauvais traitements et mettre en place un cadre bienveillant pour la santé sexuelle des femmes.

TABLE DES MATIÈRES

Développements	3
Proposition de résolution relative à la lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales	13

DÉVELOPPEMENTS

Ces dernières années, la violence envers les femmes a connu une mise en lumière sans précédent, grâce notamment au mouvement « Me Too ». N'échappant pas à cette vague de libération de la parole, le secteur de la santé, et, en particulier celui qui entoure la santé sexuelle des femmes¹, a connu lui aussi sa déferlante de témoignages. La problématique des violences gynécologiques et obstétricales a en effet été de plus en plus souvent dénoncée dans notre pays².

Bien que les données ne soient pas collectées comme telles de manière systématique, il ressort de diverses études qu'une femme sur cinq déclare avoir déjà été victime de violences gynécologiques et obstétricales³. Si elle a une couleur de peau qui peut amener à une discrimination, le chiffre monte à une femme sur trois. Si elle a un niveau d'instruction du secondaire ou moins, le chiffre est de une femme sur quatre. Si elle provient de la province de Liège, le chiffre est de une femme sur quatre⁴.

I. Définition

Le concept de violences gynécologiques et obstétricales couvre une vaste réalité dont les contours sont difficiles à cerner. Il n'existe pas de définition officielle en Belgique. La notion de «violences obstétricales et gynécologiques» est relativement large et peut couvrir des circonstances de fait très diverses, pouvant aller d'une parole inappropriée à l'erreur médicale au sens strict du terme ou encore au défaut de consentement de la patiente (même s'il n'y a pas eu de conséquences sur le plan de l'intégrité physique). Différentes formes de violences obstétricales et gynécologiques sont par ailleurs possibles: physiques, sexuelles, verbales, basées sur la stigmatisation ou la discrimination, etc. Il s'agit donc d'un ensemble de comportements inappropriés en matière de soins gynécologiques et reproductifs au sens large. Cela inclut les questions relatives aux menstruations douloureuses, à la contraception, à l'avortement, aux affections gynécologiques, à la santé sexuelle, aux soins liés à la périnatalité, aux parcours de fertilité, etc. On peut citer le manque d'humanité à l'égard de la patiente et divers ressentis auxquels elle peut être

¹ Cette proposition de résolution utilise les mots «femme, ou patiente», il s'agit en réalité de toutes les personnes porteuses d'un utérus et confrontées à des soins gynécologiques et obstétricaux.

² Depuis 2014, des témoignages relatifs à ces violences surgissent de façon exponentielle sur les réseaux sociaux, notamment par le biais de mots-clics (hashtags) tels que #payetonutérus, #monpostpartum ou #genoeggezwegen.

³ Il est pourtant question pour ces données uniquement de ces 3 pratiques : l'expression abdominale (appliquer une pression sur le fond de l'utérus pendant les efforts expulsifs afin d'accélérer la sortie du bébé), les actes à vif (actes pratiqués sans anesthésie ou avec une anesthésie inefficace) et le point du mari (le fait de recoudre une épisiotomie plus serrée, pour soi-disant augmenter le plaisir du mari lors des rapports sexuels)

⁴ Données issues de l'enquête menée en 2021 par la Plateforme pour une naissance respectée sur un échantillon de plus de 4000 femmes en Belgique, à consulter sur ce lien : <https://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2022/03/Rapport-1.pdf>.

confrontée, la patiente ayant le sentiment de ne pas être suffisamment informée, de ne pas pouvoir aborder facilement les problèmes qu'elle rencontre ou encore d'être trop peu écoutée.

En 2014, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a analysé le phénomène et, si elle n'a pas émis de définition à proprement parler, elle a en tout cas énuméré les comportements suivants comme étant des violences gynécologiques et obstétricales⁵:

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

Le Venezuela, dans son Code pénal, est le premier pays à avoir officialisé une définition des violences gynécologiques et obstétricales ; définition qui a été reprise par la Plateforme pour une Naissance respectée : « l'appropriation du corps et du processus reproducteur des femmes par les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé, appropriation qui se manifeste sous les formes suivantes : traitement déshumanisé, abus d'administration de médicaments, et conversion de processus naturels en processus pathologiques. Ceci entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et la capacité à décider en toute liberté de ce qui concerne leur propre corps et sexualité, affectant négativement leur qualité de vie.»⁶

II. Cadre légal

En Belgique, il n'existe pas de loi ou de normes spécifiques aux violences gynécologiques et obstétricales. Mais d'autres normes, issues d'un cadre juridique plus général, comme le Code pénal, peuvent être appliquées. Le cadre juridique

⁵ Voir la Déclaration de l'OMS, «La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins», 2014

⁶ Memorandum 2019 de la Plateforme pour une naissance respectée, p.12

global applicable à ce type de violences est large, mais parfois méconnu et les voies de recours pour les victimes ne sont pas toujours efficaces.

On citera, à titre d'exemple de normes applicables, la Loi du Patient de 2022 et celle de 2019 relatives à la qualité de la pratique des soins. Ce sont en effet les principaux leviers juridiques qui permettent d'éventuels recours pour les cas de violences gynécologiques et obstétricales. On peut aussi citer la loi du 21 mars 2022 modifiant le Code pénal en ce qui concerne le droit pénal sexuel, qui est entrée en vigueur le 1er juin 2022. Le Code pénal précise dorénavant que les atteintes à l'intégrité sexuelle émanant d'un professionnel de la santé constituent un facteur aggravant (articles 417/21 et 417/23).

Toutefois, même si la parole commence à se libérer depuis quelques années, les violences gynécologiques et obstétricales demeurent encore tabou : après une naissance par exemple quand une femme « s'en sort » avec un bébé en bonne santé, les premiers instants de la maternité sont prenants et orientés vers les soins au nouveau-né. Dans la spirale des premiers mois de vie d'un nouveau-né, l'attention de la mère ne sera pas forcément dirigée vers l'expression d'un malaise ou le lancement d'une procédure pour témoigner ou émettre un retour négatif d'une éventuelle violence vécue.

En outre, nombre de femmes qui font quand même la démarche d'en parler, par exemple au service de médiation de l'hôpital ou dans le cadre d'une consultation post-partum, disent fréquemment qu'elles ne sont pas écoutées, que les faits qu'elles rapportent sont régulièrement balayés d'un revers de main au motif que « tout ce qui a été fait était nécessaire », si bien qu'elles n'obtiennent in fine pas la reconnaissance escomptée⁷. Il est donc clair qu'il faut avant tout sensibiliser davantage à la problématique, libérer la parole, permettre et renforcer l'écoute (notamment en allongeant les durées des consultations) et assurer la prévention et l'information, pour permettre aussi la réparation.

III. Les VGO en Fédération Wallonie Bruxelles

En Belgique, un enfant sur cinq naît par césarienne or l'OMS rappelle pourtant depuis 1985 que la communauté internationale de la santé considère que le « taux de césarienne se situe entre 10 % et 15 %⁸ ». Il existerait une grande disparité entre les hôpitaux qui n'est pas toujours justifiée par le profil médical des mères ou par le type d'établissement, ce qui fait soupçonner que ces disparités n'émanent pas seulement des souhaits des parturientes ou d'un soin individualisé, mais sont peut-

⁷ Rapport d'information du Sénat (7-245-5) du 23 juin 2023

⁸ Déclaration de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « Les taux de césarienne », WHO/RHR/15.02 (2015).

être dues à des facteurs financiers, logistiques et organisationnels, au poids du médico-légal ou à l'inclination du prestataire de soins⁹.

En ce qui concerne le déclenchement programmé des accouchements, la Belgique fait partie des pays où les femmes sont le plus «déclenchées» en Europe, en particulier en Région de Bruxelles-Capitale avec un taux de 32,2% d'accouchements induits, et en Wallonie où 31 % des accouchements ont également été induits en 2017, selon une étude du CepiP.

En matière d'épisiotomie (incision du vagin et du périnée), la Flandre arrive en tête avec 42 % d'épisiotomies contre 20 % à Bruxelles et 25 % en Wallonie. Ces chiffres, déjà très élevés, cachent également une grande disparité entre les hôpitaux, puisqu'ils varient entre 12 % et 61 % selon les maternités. Or il y a très peu de littérature scientifique pour justifier la réalisation d'épisiotomies de routine et, depuis 2010, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) recommande formellement de ne pas réaliser d'épisiotomie de routine¹⁰.

Du 4 juin au 15 juillet 2021, la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée a mené une enquête en ligne¹¹, financée dans le cadre d'un appel à projets de la Communauté française et d'Alter Égales sur le thème «Accoucher à Bruxelles et en Wallonie avant et pendant le Covid-19». Cette enquête a recueilli de nombreuses réponses puisque plus de quatre mille femmes francophones ont répondu à l'ensemble du questionnaire. Si l'enquête comporte certains biais (réponse sur base volontaire, sans recrutement échantillonné des participantes), ses résultats donnent des indications sur la situation.

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

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

⁹ Données issues du Mémorandum de la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée.

¹⁰ Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), «Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque», KCE reports 139B, 2010.

¹¹ Amjahad Anissa, Chiara Cosentino, Fabienne Richard, Florence Guiot, Julie Servais, Michèle Warnimont, Les conditions d'accouchement en Belgique francophone avant et pendant le COVID, Plateforme pour une naissance respectée, novembre 2021, <https://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2022/02/PCNR-synthese-Rapport-2021.pdf>

IV. Les formes de VGO et leurs enjeux en Fédération Wallonie Bruxelles

Comme on le voit, les VGO prennent des formes variées, mais elles concernant toutes les femmes durant leur cycle de vie, que ce soit pour ce qui concerne les conseils ou les soins autour des menstruations, la contraception, le parcours PMA, l'accouchement, la ménopause...

La Fédération Wallonie Bruxelles a déjà pris en charge les enjeux de l'endométriose¹², celui de la santé des femmes dans le cadre du Plan Droits des Femmes¹³. Les travaux menés au Sénat dans le cadre du RI invitent les entités fédérées à se saisir de cet enjeu et à agir dans le champ de leurs compétences. La formation joue, par exemple, un rôle essentiel dans le respect des droits gynécologiques et obstétricaux. Dans le domaine de l'éducation et de la formation continue des prestataires de soins, il existe déjà plusieurs initiatives qui visent, notamment, à accroître la sensibilisation aux stéréotypes, mais des lacunes subsistent. Le secteur de la petite enfance est également un levier d'action important pour la Fédération Wallonie Bruxelles sur ces enjeux. L'information et la sensibilisation remplissent aussi un rôle essentiel, tant auprès des patientes que du personnel soignant ou des co-parents pour les questions qui tournent autour de la périnatalité. Enfin, les hôpitaux universitaires faisant partie du scope des compétences communautaires, la FWB peut agir via l'entrée en vigueur de nouvelles normes complémentaires non organiques, par exemple.

a. Enjeux liés à la formation

44 % des étudiants en maïeutique ignorent ce qu'est la violence obstétricale et de quelles manières

celle-ci peut se manifester¹⁴. Neuf étudiants sur dix ont indiqué avoir, durant leurs stages respectifs, déjà été témoins de violences obstétricales.

Un certain nombre des compétences et manquements potentiels des soignants, qu'il s'agisse de gynécologues-obstétriciens, de sages-femmes, de doulas, de kinésithérapeutes, de médecins, etc., trouvent leur source dans les formations suivies par ces derniers. Concernant la formation des infirmières spécialisées, des sages-femmes et des obstétriciens, l'absence d'uniformité dans les cours, mais aussi de socle commun créent un frein à de meilleurs apprentissages. Une harmonisation

¹² Par le biais de la résolution 350 n°5 du 6 juillet 2022, disponible sur ce lien : <http://archive.pfwb.be/1000000020d200f>.

¹³ « Plan Droits des Femmes 2020-2024 », disponible sur ce lien : http://www.egalite.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=fba5f84be288ad0d20ffc7c6da00b8b6df5d46fa&file=fileadmin/sites/sdec_III/upload/sdec_III_super_editor/sdec_III_editor/documents/Droits_des_Femmes/Plan_Droits_des_Femmes_2020-2024_FWB.pdf

¹⁴ Sysmans Madhi, «Mag ik?» Een kwantitatief en beschrijvend onderzoek naar de ervaringen van studenten vroedkunde met betrekking tot obstetrisch geweld binnen de verloskamer, Thomas Moore Kempen, 2021

des cursus et la création ou l'intensification des ponts entre les différentes formations liées à la périnatalité sont nécessaires.

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

Selon les expert·e·s auditionnés lors du travail au Sénat en 2022 et 2023 sur ces questions, le faible

développement des contenus relatifs aux personnes LGBTQIA+, de même qu'aux partenariats multidisciplinaires, aux situations cliniques diversifiées, aux publics vulnérables, à la formation des enseignements par rapport aux genres, à la communication, à l'interculturalité, à la prise en charge des patientes souffrant d'un trauma (trauma-informed care), sont également à pointer lorsqu'on évoque l'aspect formation du personnel soignant.

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

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

Il est également important de souligner que les études de sage-femme durent entre trois (en Communauté flamande) et quatre ans (en Communauté française), ce qui ne permet pas, lors de la formation, d'approfondir nombre d'aspects (sociologiques et psychologiques, notamment). De plus, il existe en Flandre une formation « Master in de verpleegkunde en de vroedkunde », ce qui n'est pas le cas en Communauté française). À travers leur Union professionnelle, les sages-femmes réclament pourtant de longue date l'accès à la masterisation.

b. Dimension petite enfance

Les nourrissons ont un besoin immédiat de sécurité émotionnelle pour grandir, se développer et évoluer. Les gestes et actions de la maman, mais aussi des équipes médicales qui la soutiennent et l'accompagnent, ont un impact indéniable sur le niveau de sécurité émotionnelle des nouveau-nés et sur le développement du lien mère-enfant¹⁵. En effet, outre la sécurité physique, il est prouvé qu'un nourrisson a

¹⁵ « Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance », Luc Roegiers et Rien Vander Linden

besoin de créer des liens émotionnels forts avec sa maman dès les premiers instants pour avoir confiance dans le fait que le monde qui l'accueille est un endroit sûr. Pour ce faire, une mère doit se sentir psychologiquement apte à trouver un rythme avec son enfant, à créer un cocon de proximité et d'intimité avec lui¹⁶.

Or, il est démontré que les violences gynécologiques et obstétricales engendrent des difficultés pour nouer des liens avec l'enfant né d'une grossesse ou d'un accouchement ressenti comme problématique, causant des répercussions directes sur la santé mentale du bébé et de sa famille¹⁷. Le risque de voir apparaître des «boucles relationnelles» de désengagement de la mère par rapport à l'enfant est bien réel. Soulignons par ailleurs que les bébés ont une sensibilité neurobiologique forte au stress maternel et à l'ambiance environnante. Un désengagement maternel aura des répercussions tant sur les expériences sensorielles et motrices que sur la cognition de l'enfant. Les bébés peuvent aussi présenter très tôt des symptômes dépressifs.

L'accompagnement des nouvelles mamans et des nouveaux parents par des professionnels de la santé avant, pendant et après une grossesse semble être la clé pour assurer la sécurité émotionnelle du nourrisson et éviter tout problème de santé mentale chez celui-ci. Un service d'accompagnement périnatal peut, sans se substituer au suivi médical, offrir aux familles un appui pluridisciplinaire, en se concentrant sur la création du lien parents-bébé et au soutien à la parentalité. Il est donc essentiel que la Fédération Wallonie Bruxelles s'assure que l'ONE soit en mesure d'assurer cette mission.

c. Information et sensibilisation

Lorsqu'on définit les violences gynécologiques et obstétricales, la notion d'information revient très régulièrement. En effet, le fait que la patiente ait le sentiment de ne pas être suffisamment informée, de ne pas pouvoir aborder facilement les problèmes qu'elle rencontre ou encore d'être trop peu écoutée est un élément impactant dans le processus de définition de ce que sont les VOG.

Il est donc essentiel qu'une femme puisse avoir accès à l'information nécessaire à l'établissement d'un parcours de soins de santé qui lui corresponde. À cette fin, les campagnes de sensibilisation et d'information sont nécessaires.

En outre, les plus jeunes doivent aussi pouvoir avoir accès à une bonne compréhension de leur corps, du parcours de soin, de leurs droits médicaux, mais aussi à l'autodétermination de leurs corps. L'asbl O'YES met en évidence qu'une

¹⁶ « Le temps des naissances en souffrance », Pascale Gustin

¹⁷ Rapport d'information du Sénat, p.17

grande partie des violences gynécologiques se déroulent lors de la toute première consultation.

À ce titre, l'EVRAS joue un rôle important et le processus de généralisation en cours en Fédération Wallonie Bruxelles doit pouvoir se poursuivre, incluant les questions de violences gynécologiques et obstétricales.

d. Hôpitaux universitaires

Les hôpitaux universitaires dépendant de la Fédération Wallonie Bruxelles, une attention particulière doit y être apportée.

V. Les actions à mener pour réduire les VOG en Fédération Wallonie Bruxelles

Pour améliorer la bienveillance obstétricale et gynécologique, la Fédération Wallonie Bruxelles se doit d'agir.

Une première démarche à faire est, comme le prévoit la mesure 1.11 du Plan Droits des Femmes 20-24, celle de collecter des données sur les violences de genre, et notamment ces questions, afin de visibiliser les pratiques liées à la santé sexuelle et reproductive des femmes et d'améliorer leur prise en charge. Sans attendre la mise en place d'un Observatoire des VOG, la Fédération Wallonie Bruxelles peut demander à l'une ou l'autre instance de les analyser et de les rendre accessibles et explicites en fonction des lieux concernés, au-delà des maternités (celles-ci disposant déjà des statistiques qui les concernent).

Un deuxième axe d'intervention est celui de la formation continue et l'enseignement supérieur du personnel soignant. Une revue des programmes de formation pour y inclure davantage de contenus liés à la prévention des violences gynécologiques et obstétricales est incontournable. Les conséquences de celles-ci sur la liaison mère-enfant, l'accouchement physiologique, des cursus sur la réduction des procédures iatrogènes, la promotion du travail humanisé et la réduction de pratiques injustifiées doivent être présents dans les cursus de tout personnel soignant intervenant dans la périnatalité.

Les procédures de consentement éclairé, les ateliers de simulation, les situations cliniques diversifiées, aux publics vulnérables, à la formation des enseignants par rapport aux genres, à la communication, à l'interculturalité, à la prise en charge des patientes souffrant d'un trauma (trauma-informed care), le développement des contenus relatifs aux personnes LGBTQIA+, des cours de sexologie ainsi que des collaborations avec les centres de planning familial devraient

faire partie du parcours de tout personnel impliqué dans le parcours de soins de santé sexuelle des femmes et personnes porteuses d'un utérus¹⁸.

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

Le tout prenant place, le plus possible, dans un cadre multidisciplinaire, favorable aux échanges et à une meilleure communication entre futurs spécialistes.

Concernant les stages, ils sont un nœud incontournable de levier d'action dans la prévention et la lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales, notamment parce qu'ils permettent de découvrir des réalités parfois très diverses. Il serait donc utile que les lieux de stages assurent d'offrir encore plus de diversité aux étudiants en médecine ou aux sages-femmes. Aussi, l'encadrement de ces stages doit absolument pouvoir être renforcé.

Un troisième axe d'intervention concerne la petite enfance et le soin aux mères. L'ONE joue ici un rôle central, pour informer les femmes enceintes de leurs droits et possibilités durant la grossesse, l'accouchement et le suivi périnatal, mais aussi pour améliorer la formation du personnel des consultations prénatales et des services d'accompagnement périnataux (via le programme de formation continue de l'ONE). En effet, selon l'actuel contrat de gestion (2021-2025), l'ONE doit poursuivre « la formation du personnel des consultations prénatales et des services d'accompagnement périnataux quant à la prévention des violences gynécologiques et obstétricales et à la santé mentale des (futurs) mères ». La Fédération Wallonie Bruxelles doit donc veiller au bon déroulement de ces mesures. L'Office joue aussi un rôle essentiel dans les mécanismes de dépistage de dépressions post-partum et d'évitement de répercussions négatives sur les mères, les nourrissons et, par extension, toute la cellule familiale.

Un quatrième axe d'intervention concerne l'information et la sensibilisation des femmes elles-mêmes et des acteurs de la santé. Il s'agit de faire savoir et de faire prendre conscience que certaines pratiques ne sont ni obligatoires, ni idéales, ni toujours pertinentes ; et en tous les cas, que la patiente doit donner son consentement aux actes portés sur son corps intime. Il est aussi question de faire davantage connaître, pour ce qui concerne le parcours de la périnatalité, toutes les options qui existent et s'offrent aux femmes.

Cette action doit pouvoir essaimer à toute étape de la vie d'une femme, dès l'enfance jusqu'à la période postménopause. Pour cela, l'éducation à la vie

¹⁸ Comme il est fait référence ici à une formation particulière aux patient·e·s LGBTQIA+, cette terminologie a tout son sens puisque doit pouvoir inclure toute personne comprise dans cette patientelle.

relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) représente aussi un bon levier d'action. Comme le prévoit le Plan Droits des Femmes dans sa mesure 1.8.1 : « L'information objective et systématique des jeunes filles et femmes de leurs droits, de leurs choix et de leurs possibilités en ce qui concerne leurs corps (consentement au geste médical, liberté de choix en ce qui concerne la contraception...) doit être renforcée dans le cadre des animations EVRAS en milieu scolaire, des interventions des Centres Psycho-Médico-Sociaux (CPMS) et dans le cadre de la Promotion de la santé à l'école (PSE). » Si la généralisation de l'EVRAS est sur les rails en Fédération Wallonie Bruxelles, il faut veiller à ce que le processus enclenché continue et même s'intensifie afin de toucher un maximum de jeunes filles et femmes.

Enfin, la prise en charge et la qualité des soins peuvent être améliorées par des aménagements de pratiques via, par exemple, l'établissement par décret de nouvelles normes hospitalières non organiques complémentaires de la Fédération Wallonie Bruxelles pour ce qui concerne les hôpitaux universitaires. La Fédération dispose en effet, dans le cadre des compétences liées aux hôpitaux universitaires, de la capacité d'établir des normes complémentaires à celles de l'état fédéral en matière de qualité de soins dans ces hôpitaux disposant d'un service de maternité.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION RELATIVE À LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES

Le Parlement de Fédération Wallonie-Bruxelles,

- A. Vu l'article 25 de la Déclaration universelle des droits humains sur la protection de la santé des hommes et des femmes ;
- B. Vu la Recommandation générale n°35 sur la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre, portant actualisation de la recommandation générale n°19, de la Convention des Nations Unies de 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), qui recommandent aux États (Art.12) de garantir aux femmes « pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits », tandis que dans sa recommandation générale n°4, le Comité note qu'il existe des procédures médicales dont seules les femmes ont besoin et que les États devraient « veiller à ce que tous les soins dispensés respectent les droits de la femme, notamment le droit à l'autonomie, à la discrétion et à la confidentialité, et la liberté de faire des choix et de donner son consentement en connaissance de cause » ;
- C. Considérant les Objectifs de développement durable, dans lesquels il est permis à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge (objectif 3) et à parvenir à l'égalité des sexes et à autonomiser toutes les femmes et les filles (objectif 5) en mettant fin, partout dans le monde, à toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles (cible 5.1) et en éliminant de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles (objectif 5.2) 61, garantissant ainsi leur accès à des soins de santé maternelle de qualité et leur autonomie en matière de procréation ;
- D. Vu l'article 14 de la Résolution 71/170 des Nations Unies du 7 février 2017 sur l'Intensification de l'action menée pour prévenir et éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles : violence familiale, qui « Engage les États à prendre des mesures efficaces pour prévenir et éliminer sans tarder la violence familiale, notamment [...] f) À assurer la promotion et la protection des droits fondamentaux de toutes les femmes, ainsi que leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative et leurs droits en matière de procréation [...] notamment en élaborant et en faisant appliquer des mesures politiques et législatives et en renforçant les

systemes de santé qui garantissent un accès universel à des services, des infrastructures, une information et une éducation complets et de qualité en matière de santé sexuelle et procréative. » ;

- E. Considérant la démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales, adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 11 juillet 2019 et faisant suite au rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, Dubravka Šimonović ;
- F. Considérant la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique qui garantit les droits fondamentaux, les principes d'égalité et de non-discrimination, y compris dans le domaine de la santé ;
- G. Considérant la déclaration de l'OMS « La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins » (WHO/RHR/14.23 de 2015) dans laquelle elle réaffirme que les violences obstétricales et gynécologiques constituent non seulement une violation des droits des femmes à des soins fondés sur le respect, mais aussi une menace pour leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination ;
- H. Vu la Résolution 2306 du Conseil de l'Europe de 2019 sur les Violences gynécologiques et obstétricales ;
- I. Vu l'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) du 26 octobre 2012 garantissant un niveau élevé de protection de la santé humaine ;
- J. Vu la Résolution du Parlement européen du 14 février 2017 sur la Promotion de l'égalité des genres en matière de santé mentale et de recherche clinique qui "recommande que, dans le cas de grossesses, les soins de santé soient appliqués le plus tôt possible, dès le premier trimestre d'une grossesse, afin qu'il soit possible d'identifier les conditions spécifiques susceptibles de nécessiter une surveillance, de déceler les problèmes sociaux pour lesquels les femmes pourraient recourir aux services sociaux ou de santé mentale et d'informer les femmes sur des questions liées à la grossesse; demande que soit garanti, dans tous les États membres de l'Union, le droit à un accouchement sûr et que soit renforcée l'obstétrique généralisée et de proximité, en incluant les sages-femmes et

obstétriciens, et insiste sur l'importance de ce défi pour les zones rurales; souligne que les soins psychologiques sont tout aussi importants que les soins physiques et note qu'entre 10 et 15 % des femmes de l'Union venant d'accoucher souffrent de dépression postnatale; souligne l'importance de la disponibilité des soins psychologiques et médicaux pour les femmes après une fausse couche et d'une approche sensible et individuelle; invite la Commission et les États membres à promouvoir, développer et permettre le diagnostic et le traitement précoce des psychoses et dépressions post-partum;" ;

- K. Vu les articles 5, 6, 7, 8 et 11bis de la loi fédérale du 22 août 2002 relative aux droits du patient, qui soutiennent que le patient a droit à « des prestations de qualité répondant à ses besoins, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite » ; « au libre choix du praticien professionnel et il a le droit de modifier son choix [...] »; à recevoir toutes les « informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable » ; « de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable » et à « recevoir de la part des professionnels de la santé les soins les plus appropriés visant à prévenir, écouter, évaluer, prendre en compte, traiter et soulager la douleur » ;
- L. Considérant le rapport d'information du Sénat sur le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales ;
- M. Vu la mesure 1.8 du Plan Droits des Femmes 2020-2024 de la FWB : « prévenir les violences gynécologiques et obstétricales » ;
- N. Vu l'Objectif spécifique 4.5 du Plan Promotion Santé de la Région wallonne : « Améliorer l'accès à la contraception, à l'IVG et à l'accompagnement des grossesses» et le 4.4 du Plan Promotion Santé de la COCOF : « Promotion de la santé sexuelle » ;
- O. Vu l'Objectif opérationnel 8 du Plan intrafrancophone de lutte contre les violences intrafamiliales et basées sur le genre 2020-2024 : Prévention des violences gynécologiques et obstétricales, qui comprend des mesures visant à « prévenir des violences gynécologiques et obstétricales, renforcer l'information des futures mères sur leurs droits et dispositifs existants en cas de besoin et améliorer la prise en charge de l'IVG via la formation initiale des médecins et paramédicaux. » ;

- P. Considérant les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative et pendant l'accouchement comme s'inscrivant dans le prolongement des violations commises plus largement du fait des inégalités structurelles, de la discrimination et du patriarcat ;
- Q. Considérant l'existence d'un tissu associatif actif dans la sensibilisation et l'information sur la naissance physiologique ;
- R. Considérant la sensibilisation et l'information nécessaires dès l'adolescence, et ce via notamment les PMS et les PSE, à l'Éducation à la Vie Relationnelle, Affective & Sexuelle (EVRAS) ou encore la création de lieux de témoignages et de mise en réseau ;
- S. Considérant la possibilité de la Fédération Wallonie Bruxelles de créer, sous certaines conditions, des structures spécialisées dans la naissance dans le but d'assurer une prise en charge alternative à celle du milieu hospitalier ;

Demande au Gouvernement de la Fédération Wallonie Bruxelles de :

A. En matière de collecte de données

1. Reconnaître explicitement les violences gynécologiques et obstétricales comme un problème subséquent à de nombreuses causes (culturelles, sociétales, socio-économiques, matérielles, individuelles ou institutionnelles) et comme une forme de violence liée au genre; identifier, définir et désigner les violences gynécologiques et obstétricales et développer une bonne compréhension du phénomène ;
2. Via l'IWEPS, collecter des données chiffrées officielles relatives aux violences gynécologiques et obstétricales pour la Wallonie et les analyser de manière indépendante et exhaustive en vue, notamment, d'établir un cadastre des violences obstétricales en Région wallonne, à l'aide d'enquêtes tant quantitatives que qualitatives ;
3. Rendre accessibles de manière contrôlée, par exemple aux professionnels de la santé et aux travailleurs sociaux, les chiffres et les informations inhérents aux pratiques, telles que les épisiotomies, les césariennes, les inductions, etc., par site d'accouchement, par exemple en obligeant les hôpitaux universitaires à le faire via une norme hospitalière complémentaire non organique ;
4. Systématiser les enquêtes de satisfaction des patientes dans tous les lieux de naissance et organiser obligatoirement un partage des enseignements tirés de ces enquêtes aux équipes de soignant·es,

également dans le contexte de l'obstétrique à faible ou à haut risque. Ce partage peut être envisagé de manière plus participative ;

B. En matière de formation et formation continue

Programmes d'enseignement

5. Au sein des parcours de formation du futur personnel soignant de la périnatalité, enseigner davantage la physiologie de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance afin d'appréhender la grossesse comme étant un processus physiologique avant d'être éventuellement pathologique et de comprendre ce que l'accouchement signifie pour la parturiente et son entourage ;
6. Intégrer la notion des violences gynécologiques et obstétricales ainsi que leur impact, tant dans le cursus de base que dans la formation continue ;
7. Promouvoir la bienveillance et la bientraitance en enseignant aux étudiants des filières de soins de santé, les comportements, les gestes et le langage qui les caractérisent ;
8. Faire évoluer les programmes d'enseignement (des sages-femmes, gynécologues, obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, médecins généralistes, psychologues, psychiatres, anesthésistes, kinésithérapeutes, infirmières, etc.) pour en augmenter le caractère transdisciplinaire ;
9. Fournir une formation de base et continue aux prestataires de soins de santé dans les domaines psychologique, sociétal et juridique (y compris sur les droits du patient). Cet enseignement devrait concerner notamment l'information, la communication et l'application des droits, le cadre juridique dans lequel ils travaillent, les concepts de consentement et de refus éclairés, etc. ;
10. Intégrer, dans les formations des futurs soignants, les conclusions des débriefings organisés entre les sages-femmes, obstétriciens, parents, etc., dans le cadre du suivi des consultations et des accouchements ;
11. Favoriser une plus grande implication tant des milieux de soignants que des associations représentant les femmes dans la formation, que ce soit via la recherche, via l'échange d'expériences ou via la détermination d'interventions pertinentes, etc. ;

12. Créer davantage de possibilités de stages en première et deuxième lignes pour les étudiant(e)s sages-femmes ;
13. Développer la maîtrise de la formation de sage-femme en Communauté française ;

Un enseignement moins hospitalo-centré

14. Offrir aux futurs professionnels de la santé un enseignement théorique, mais également pratique qui soit davantage axé sur les soins non médicalisés, dispensés par des enseignants disposant d'une expertise de terrain multiple ;
15. Encourager les différents établissements qui organisent en Belgique la formation des professionnels de la santé à être encore davantage au courant de ce qui se fait ailleurs dans le pays et à l'étranger ;
16. Créer plus spécifiquement un programme de formation en gynécologie extrahospitalière. Ce programme concernerait la gynécologie non médicale et non obstétricale pratiquée en soins primaires, notamment dans les centres de planning familial ou les centres de santé ;
17. Améliorer les stages des futurs professionnels de la santé :
 - a) diversifier les lieux de stages en évitant que les stages se déroulent uniquement dans des structures hospitalières (par exemple, en polycliniques, en centres de planning familial, en maisons de naissance, en gîtes intrahospitaliers, etc.) ;
 - b) organiser une formation spécifique des maîtres de stage en insistant sur les pratiques bienveillantes en gynécologie obstétrique ;
 - c) mettre en place une procédure type de reporting permettant aux étudiants de signaler au maître de stage ainsi qu'à leurs lieux de stages les situations traumatisantes vécues par la parturiente, ses proches ou les stagiaires eux-mêmes ;

Un enseignement plus attentif à la prise en charge de publics vulnérables

18. Veiller à promouvoir davantage une attitude respectueuse (langage adéquat, respect, empathie, etc.) et des actions appropriées à l'égard des femmes isolées, des femmes porteuses d'un handicap, des personnes migrantes, des personnes en situation de précarité, des enfants, des adolescents, des personnes LGBTQIA+ et d'autres publics plus

vulnérables, par le biais d'une formation spécifique destinée à tous les étudiants dans le domaine des soins de santé, et pas seulement aux stagiaires en obstétrique et gynécologie ;

19. Former, dans le but de dispenser des soins adéquats, les (futurs) professionnels de la santé aux matières relatives aux droits des étrangers ainsi qu'aux différents types de séjours possibles (réfugiés, demandeurs d'asile, regroupement familial, visa humanitaire, situation irrégulière, etc.), par exemple via des immersions dans des structures d'accueil, afin notamment de leur permettre de mieux connaître les droits des femmes, mais aussi leurs conditions de vie et d'accès aux soins. Cela dans le but de pouvoir les conseiller au mieux et les réorienter vers les associations de soutien idoines ;
20. Former les (futurs) professionnels de la santé à la communication interculturelle afin de leur apprendre que leur cadre de référence n'est pas forcément universel et de leur permettre d'accueillir la parole de la patiente sans entrer involontairement dans les stéréotypes et discriminations ;
21. Prendre des mesures afin de permettre à toutes les patientes sans distinction de pouvoir compter sur le personnel soignant, quels que soient leur situation personnelle, leur profil, leur milieu de vie ou leurs capacités ;
22. Améliorer la formation des professionnels de la santé en ce qui concerne la gestion de l'annonce et la non-stigmatisation des couples en cas d'interruption de grossesse tardive suite à un diagnostic prénatal défavorable, par exemple ;
23. Former les professionnels de la santé, futurs et actuels, aux enjeux de la santé mentale (et tout particulièrement à la détection du syndrome de stress post-traumatique que peuvent vivre les femmes lors de l'accouchement ou lors de soins gynécologiques) tout en renforçant la transversalité entre les disciplines ;

C. En ce qui concerne l'Information et la sensibilisation

24. Informer régulièrement et largement tous les publics, par le biais de campagnes d'information régulières, de l'existence de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient, des droits qu'elle confère et des voies de recours si les droits ne sont pas respectés, en particulier au cours des soins gynécologiques et obstétricaux ;

25. Veiller à l'information, à la sensibilisation et à la formation de la population au sens large, afin d'accroître la prise de conscience que de telles violences existent et qu'il est possible d'agir avec bienveillance en obstétrique, par exemple via des campagnes d'information et de sensibilisation ;
26. Donner aux filles et aux femmes toutes les informations dont elles ont besoin pour prendre en main leur santé sexuelle, en ce compris leurs droits en tant que patientes, grâce à la prise en compte explicite de la santé sexuelle dans des programmes d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS), mais aussi via les PSE et les PMS ;
27. Mieux préparer les femmes en les informant en toute transparence sur leur liberté de choisir un prestataire de soins, un lieu d'accouchement, les gestes médicaux souhaités, les moyens pour contenir la douleur, les caractéristiques de l'accouchement physiologique, (notamment en systématisant l'expression du projet de naissance), l'importance de signaler les risques et de les évaluer, ainsi qu'à l'importance du consentement mutuel ;
28. Diffuser les bonnes pratiques gynécologiques et obstétricales consensuelles conformes aux dernières avancées dans la prise en charge bienveillante et ne nécessitant pas en outre d'importants moyens ;

D. En matière de petite enfance et santé des mères

29. Prévoir un accompagnement à la parentalité systématique et adapté, et ce au cours de la première année de vie d'un enfant ;
30. Renforcer le suivi postaccouchement des mères et des enfants par exemple avec des services de kraamzorg / soins de maternité ;
31. S'assurer que le personnel d'accompagnement psychosocial des mères connaisse les antécédents – psychologiques et traumatiques – de celles-ci, pour un accompagnement adapté ;
32. Sensibiliser davantage les professionnels de la santé actifs dans le secteur de la petite enfance aux risques de trauma ou de syndrome de stress post-traumatique ;
33. Renforcer les équipes de santé mentale et de psychopérinatalité dans les lieux de consultation ONE pour mieux dépister, diagnostiquer et soigner les dépressions postnatales ;

34. Prêter une attention plus particulière aux personnes qui connaissent des difficultés sociales en combinant un dépistage de syndrome de stress post-traumatique avec une recherche proactive au sein des publics fragilisés;

E. En ce qui concerne les Soins, notamment au sein des hôpitaux universitaires

35. Inciter les maternités des hôpitaux universitaires à permettre plus facilement l'utilisation, par les sages-femmes, des plateformes et plateaux techniques des hôpitaux pour accompagner et accoucher leurs patientes enceintes, par exemple via une norme hospitalière complémentaire non organique ;

36. S'assurer que, sur demande et avec bienveillance, les sages-femmes indépendantes soient accueillies dans les maternités des hôpitaux universitaires pour soutenir la femme lors de l'accouchement ; encourager la présence en salle de naissance d'un accompagnant choisi par la femme ;

37. Insister, dans la limite des crédits disponibles, sur l'adoption de normes complémentaires dans les hôpitaux universitaires disposant d'un service de maternité visant à :

- a) prendre davantage en charge les grossesses et les naissances de manière physiologiques, en renforçant la place et le rôle des sages-femmes ;
- b) créer des gîtes de naissance interhospitaliers, à l'instar du Cocon pour l'hôpital Erasme ;
- c) améliorer l'information et l'accessibilité des services de médiation ;
- d) instaurer une véritable coordination des soins, obligatoire entre lieux de naissances et sages-femmes prenant en charge l'accompagnement et les soins post-partum.

38. Accompagner les victimes et les témoins de violences gynécologiques et obstétricales, y compris les faits de discrimination, et mettre en place un service d'écoute et d'accompagnement de première ligne pour l'accompagnement, l'orientation et l'information, notamment lors du dépôt d'une plainte, par exemple par la création et le financement d'une ligne téléphonique d'urgence ou d'un chat ;

M. De Re

B. Linard

S. Hazée

V. Cremasco

H. El Hajjaji

C. Tellier