ACADÉMIE
DE RECHERCHE ET
D'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR

AVIS DE L'ARES

N° 2026-25 DU 22 SEPTEMBRE 2026

Rapport de l'ARES sur le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales

Considérant que l'Académie de recherche et d'enseignement supérieur (ARES) a été saisie le 1er mars 2024 par le Gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour émettre un avis sur le rapport d'information du Sénat concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales, et plus particulièrement ses recommandations à l'enseignement supérieur ;

Considérant la décision du Conseil d'administration de l'ARES du 16 avril 2024 de mettre en place un groupe de travail comprenant les représentant·es des filières académiques en gynécologie, sage-femme et kinésithérapie (universités et hautes écoles), des représentant·es de la commission genre en enseignement supérieur (CoGES) de l'ARES et de la commission paramédicale de la Chambre des hautes écoles et de l'enseignement pour adultes, des représentant·es du GT interfédéral travaillant sur le même sujet, des fédérations de planning familial, de la plateforme pour une naissance respectée et de l'administration de l'ARES;

Considérant les travaux du groupe de travail interfédéral sur les violences gynécologiques et obstétricales (VGO) ;

L'ARES formule à l'endroit du Rapport de l'ARES sur le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales l'avis suivant.

AVIS

L'ARES émet un avis favorable à l'endroit du rapport joint à ce présent avis.

RUE ROYALE 180 / 1000 BRUXELLES / BELGIQUE
T +32 2 225 45 11 / F +32 2 225 45 05
WWW.ARES-AC.BE

ACADÉMIE
DE RECHERCHE ET
D'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR

RAPPORT DE L'ARES SUR LE DROIT À L'AUTODÉTERMINATION CORPORELLE ET LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES

SUIVI DES RECOMMANDATIONS ISSUES DU RAPPORT D'INFORMATION DU SÉNAT DU 15 JANVIER 2024 CONCERNANT LE DROIT À L'AUTODÉTERMINATION CORPORELLE ET LA LUTTE CONTRE LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES

RAPPORT DU CA DE L'ARES
VERSION FINALE
23 MARS 2026

ACADÉMIE
DE RECHERCHE ET
D'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR

SOMMAIRE

01. INTRODUCTION 3

02. MÉTHODOLOGIE 4

03. MISE EN CONTEXTE 5

03.1 / Historique 5

03.2 / Les enjeux définitionnels et l'épineuse question de la violence 6

03. 2.1 / Pourquoi le terme « violence » ? 6
03. 2.2 / L'aboutissement d'un consensus : la définition officielle (2026) 8

03.3 / Documentation des violences gynécologiques et obstétricales : mesurer la prévalence 9

03.4 / Prévention des VGO 10

04. CADRE JURIDIQUE 11

04.1 / Le droit international 11

04. 1.1 / Le niveau onusien 12
04. 1.2 / Le niveau europÉen 13

04.2 / Le droit national 14

04. 2.1 / Le droit de la santé 14
04. 2.2 / Le droit civil 15
04. 2.3 / Le droit pénal 16
04. 2.4 / Les voies de recours 17

04.3 / Conclusion 18

05. RECOMMANDATIONS TRANSVERSALES 19

05.1 / Contenus d'enseignement transversaux 20

05. 1.1 / Cadre légal et textes internationaux de référence 21
05. 1.2 / Perspective sociohistorique des violences gynécologiques et obstétricales 21
05. 1.3 / Modèles de la relation de soin 22
05. 1.4 / Communication et savoir-être dans le contexte des soins de santé 23

05.2 / Méthodes pédagogiques transversales 23

05. 2.1 / Cours théoriques en formation initiale 24
05. 2.2 / Encadrement et suivi des stages 24
05. 2.3 / Activités d'apprentissage fondées sur la simulation et les laboratoires de communication 25
05. 2.4 / Formation continue des professionnel·les et accompagnement des maîtres de stages 25

05.3 / Conclusions 25

06. RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES PAR FILIÈRES POUR UNE INTÉGRATION OPÉRATIONNELLE 26

06.1 / Bachelier Sage-femme 26

06.2 / Bachelier et Master en kinésithérapie 27

06. 2.1 / Contenu recommandé 27

06.3 / Bachelier et Master en médecine ; Formation continue des gynécologues-obstétriciens 28

06. 3.1 / Contenu d'apprentissage 28
06. 3.2 / Méthodes pédagogiques 29

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 30

RUE ROYALE 180 / 1000 BRUXELLES / BELGIQUE
T +32 2 225 45 11 / F +32 2 225 45 05
WWW.ARES-AC.BE

01. INTRODUCTION

En janvier 2024, le Sénat belge a publié un rapport d'information faisant un état des lieux de la question des violences gynécologiques et obstétricales (VGO) en Belgique, émettant des recommandations à l'égard de divers partenaires de la société civile, dont les institutions d'enseignement (Sénat de Belgique, 2024). La ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche scientifique et des Hôpitaux universitaires alors en place, Françoise Bertieaux, a sollicité l'ARES le 1er mars 2024, afin d'opérationnaliser ces recommandations et ainsi aiguiller les universités et hautes écoles pour adapter les programmes de formation et ainsi améliorer les pratiques professionnelles. Un groupe de travail composé de représentant·es d'universités et de hautes écoles de la Fédération Wallonie-Bruxelles, d'associations de terrain et d'organismes liés à ces questions a été mis sur pied avec pour mission la traduction de ces recommandations en actions concrètes, en vue d'intégrer les enjeux soulevés par le Sénat belge dans la formation des futurs soignants et soignantes (sages-femmes, kinésithérapeutes et médecins).

Le présent rapport comporte les résultats des travaux du GT.

Souhaitant étayer ses conclusions et refléter des discussions qui se sont déroulées dans un cadre multidisciplinaire, le GT a pris le parti de précéder ses recommandations :

- d'une mise en contexte qui retrace l'émergence des revendications concernant les VGO, rapporte les débats définitionnels qui entourent l'usage du terme « violences » pour désigner des phénomènes qui surviennent dans les contextes de soins, fournit un aperçu des données disponibles (documentation des VGO) et des recommandations en matière de prévention ;
- d'une clarification du cadre juridique, qui montre comment le droit médical, les droits fondamentaux et certains traités internationaux invitent à reconsidérer la relation thérapeutique, justifiant l'attention portée par la société et les mouvements féministes au contexte particulier des soins gynécologiques et obstétricaux.

Ces considérations historiques et théoriques d'une part, juridiques de l'autre, ne se bornent pas à justifier l'importance et l'urgence de former les (futurs) professionnels et professionnelles des soins de santé ; elles esquissent également la perspective qu'il nous semble nécessaire d'adopter pour assurer une formation adéquate à cette thématique : une formation qui, tout en étant axée sur les bonnes pratiques, les savoir-être et les compétences relationnelles, ne néglige pas le recul critique, la réflexivité et la sensibilité aux enjeux épistémologiques et théoriques de la notion de « violences gynécologiques et obstétricales ».

Le GT de l'ARES remercie la chercheuse Anne-Isabelle Thuysbaert (UCLouvain) qui, sans être membre du GT, a généreusement partagé son expertise à travers la rédaction du cadre juridique.

02. MÉTHODOLOGIE

Le groupe de travail « Violences gynécologiques et obstétricales » (GT VGO) a été constitué à la suite de la demande adressée à l'ARES par la ministre de l'Enseignement supérieur en mars 2024, invitant l'institution à analyser, avec les parties prenantes concernées, les recommandations formulées par le Sénat dans son *Rapport d'information relatif au droit à l'autodétermination corporelle et à la lutte contre les violences obstétricales*. Le conseil d'administration de l'ARES a approuvé la création de ce groupe ad hoc lors de sa séance du 16 avril 2024.

Conformément à la note validée par le Conseil d'administration (CA) de l'ARES, la composition du GT visait à réunir des expertises plurielles et complémentaires, issues tant du milieu académique que des milieux professionnels et associatifs. Trois catégories ont ainsi été rassemblées :

- des académiques, représentant les filières de gynécologie, sage-femme et kinésithérapie, pour la plupart, pratiquant également sur le terrain ;
- des spécialistes des questions de genre en matière de santé, notamment de la Fédération Pluraliste des Centres de Planning Familial et de la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée ;
- des experts et expertes externes, notamment en matière de genre, d'éthique médicale, de droit et de violences faites aux femmes.[1]

La présidence du GT a été assurée par Florence Caeymaex (ULiège). L'administration de l'ARES a assuré la coordination et le secrétariat des travaux, via ses référentes de la commission paramédicale et de la commission genre en enseignement supérieur (CoGES).

Le GT s'est réuni à plusieurs reprises en séances plénières sur une période d'un peu plus d'un an, selon un calendrier prévisionnel établi en concertation avec la présidence. Ces réunions ont permis :

- de partager et confronter les points de vue des différentes disciplines concernées ;
- d'examiner les recommandations formulées par le Sénat
- de faire l'état des lieux des formations existantes en regard des recommandations du Sénat
- d'identifier les enjeux transversaux et les besoins spécifiques en matière de formation et de pratiques, ainsi que les UE existantes ou à créer pour y répondre
- sur cette base, de formuler collectivement des orientations et recommandations à destination du CA de l'ARES et de la ministre de l'Enseignement supérieur.

Afin de faciliter la rédaction du rapport final, un comité de rédaction restreint a été mis en place. Ce comité, composé d'une personne représentante par domaine d'études (gynécologie, sage-femme et kinésithérapie), de la présidence, d'une experte et des référentes a eu pour mission de synthétiser les différents apports par discipline, de rédiger la partie transversale, dont la contextualisation et le cadre juridique et veiller à la cohérence interdisciplinaire. Le travail de production a ensuite été soumis pour validation par le GT élargi, en séance plénière, avant d'être soumis à l'approbation du CA de l'ARES.

[1] Dans ce rapport, nous utilisons le terme « femme ». Cependant, il est important de reconnaître que les violences gynécologiques et obstétricales ne concernent pas uniquement les personnes qui s'identifient comme des femmes. Les soins devraient être appropriés à toutes et tous, inclusifs et sensibles aux besoins des personnes dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe qui leur a été assigné à la naissance.

Le travail du GT s'est inscrit dans une démarche participative et collégiale, fondée sur l'écoute mutuelle et la recherche de consensus entre les différentes composantes représentées. Les propositions finales présentées dans ce rapport traduisent la volonté collective de renforcer la formation et la sensibilisation des futurs professionnels et professionnelles de santé aux enjeux de respect, de consentement et d'autodétermination des bénéficiaires de soins.

03. MISE EN CONTEXTE

03.1 / HISTORIQUE

Historiquement, les mouvements féministes revendiquant leur autonomie et la réappropriation des savoirs concernant leur corps par les femmes elles-mêmes apparaissent dès les années 1970. L'apparition du terme « violences obstétricales », quant à elle, est difficile à dater, mais sa diffusion en Belgique se fait plus largement avec l'avènement des réseaux sociaux et des témoignages qui y sont publiés dans les années 2010. Certaines associations d'usagères, organisations professionnelles et institutions hospitalières cherchent alors à comprendre le phénomène et prennent position.[2]

Le rapport du Sénat belge, initié au sein du Comité d'avis pour l'égalité des chances entre les femmes et les hommes, fait suite à d'autres travaux présentés par l'Assemblée générale des Nations Unies (Dubravka, 2019) et l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (Conseil de l'Europe, 2019). Ces deux assemblées reconnaissent les VGO comme une violation des droits des femmes. Les institutions politiques se sont progressivement saisies du sujet, en réponse aux mouvements sociaux initiés notamment par les collectifs féministes et les associations de patientes ou d'usagères[3] qui, soutenus par les recherches à l'international, visaient à améliorer l'expérience des femmes dans leur parcours de soins gynécologiques et obstétricaux.

[2] En 2014, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a analysé le phénomène et assimilé les comportements suivants à des violences gynécologiques et obstétricales : 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. Dès 2013 déjà, une première plateforme dédiée à cette problématique avait vu le jour, et en novembre 2017, le service d'obstétrique des Cliniques universitaires Saint-Luc a organisé le premier symposium consacré aux violences obstétricales, témoignant de la rapidité avec laquelle les institutions académiques se sont saisies du sujet.

[3] La notion d'usager ou d'usagère renvoie à la personne qui fait usage des services de soins de santé, qu'ils soient publics ou privés. Préférée par certaines personnes ou groupes d'intérêts à la notion de « patient·e », elle permet de mettre en lumière la dimension de « service » des soins de santé et leur insertion dans un système organisé, la démarche active de celui ou celle qui y a recours et enfin le fait que la personne qui fait usage des services de soins de santé n'est pas nécessairement une personne malade – ainsi des femmes qui consultent préventivement le gynécologue ou qui sont en situation de grossesse. Dans le vocabulaire actuel, la notion de « patient·e », qui implique la relation au professionnel de soins de santé, supplante désormais celle de « malade », qui tend à réduire la personne à son état ou à sa condition. En témoigne la préférence actuelle pour l'expression « association de patient·es » à celle, plus ancienne, d'« association de malades ». « Usagèr·e » prend la suite de cette tendance, reflétant un double souci de précision et de rééquilibrage du statut des personnes qui, malades ou pas, ont besoin de soins.

03.2 / LES ENJEUX DÉFINITIONNELS ET L'ÉPINEUSE QUESTION DE LA VIOLENCE

La définition des violences gynécologiques et obstétricales (VGO) a longtemps constitué un point de tension majeur entre les différents acteurs et actrices de la santé et de la société civile en Belgique. Comme le souligne un travail universitaire « la définition même du problème fait partie du problème », tant les divergences d'opinions reflétaient des sensibilités différentes face aux réalités cliniques (Chomé, 2023).

03. 2.1 / POURQUOI LE TERME « VIOLENCE » ?

Le choix du terme « violence » a fait l'objet de vifs débats et de résistances à la reconnaissance de sa légitimité, certaines personnes lui préférant le terme « traumatismes », d'autres souhaitant mettre d'emblée en avant les bonnes pratiques et la « bientraitance obstétricale ».

Même si ces termes ont une pertinence et que la bientraitance constitue une dimension essentielle du soin, des recherches scientifiques et les travaux du Conseil de l'Europe montrent que l'utilisation du terme « violences » demeure utile pour cibler le phénomène.

Si la notion de « traumatisme » dénote le vécu, l'expérience subjective (le choc émotionnel lié à la perception d'un danger grave ou d'une atteinte à l'intégrité physique ou morale), la notion de violence permet, d'abord, la reconnaissance de la dimension objective de l'atteinte ou de l'événement – une manière de dire que cela n'est pas seulement « dans la tête », subjectif ou purement relatif à la personne (El Kotni & Quagliariello, 2021 ; Lévesque et al., 2018).

Ensuite, la notion de « violence » interroge certaines pratiques ancrées, révélant ce que la routinisation de certaines pratiques peut contenir de maltraitance ou de négligence. Elle met en évidence et questionne la banalisation qui conduit à rendre invisible le caractère intrusif, brutal, potentiellement traumatisant de certains gestes et de certaines habitudes.

Enfin, la notion de « violence », qui prend ici un sens plus savant, hérité des sciences sociales, cherche à rendre le caractère systémique ou structurel des réalités visées, c'est-à-dire leur dépendance aux différentiels de pouvoir qui caractérisent certains rapports sociaux – et donc certaines relations sociales, comme la relation thérapeutique. Ici, la notion de « violence » se démarque de son sens courant, qui associe à ce mot l'idée qu'elle est individuelle et infligée consciemment et/ou intentionnellement. En parlant de « violences » gynécologiques et obstétricales, les instances internationales, les organisations non-gouvernementales, la recherche scientifique et les collectifs féministes veulent souligner qu'il s'agit de phénomènes le plus souvent non intentionnels, voire inconscients, qui prennent racine dans des rapports sociaux façonnés d'une part par les inégalités de genre, d'autre part par les institutions en charge du soin. La notion de VGO cherche ainsi à situer le problème à l'intersection des violences de genre et des violences institutionnelles.L'utilisation du prisme des **violences de genre** pour aborder les VGO se réfère au continuum de violences auxquelles sont particulièrement exposées les femmes. Les VGO ciblent des corps féminins et s'inscrivent dans une histoire médicale marquée par une domination masculine, où le savoir médical a historiquement été produit par des hommes sur le corps des femmes, souvent sans leur consentement éclairé (Lausberg, 2020), et lié à un contrôle de leur sexualité et de leur capacité reproductive. De nos jours, la parole des femmes reste souvent minorée, les savoirs médicaux primant sur leur expertise corporelle, perpétuant des pratiques paternalistes dans les soins (Sadler et al., 2016). Les normes médicales participent au contrôle social du corps des femmes, réduisant leurs choix et ne rencontrant pas toujours leurs souhaits.

Les violences gynécologiques et obstétricales les plus courantes – rétention d'information ou information partielle, absence de demande de consentement, manque d'accompagnement et mauvaise prise en charge de la douleur, propos infantilisants ou culpabilisants – peuvent traduire une négation des savoirs corporels et de l'autonomie décisionnelle des femmes. De nombreux témoignages évoquent des refus de soins (hystérectomie, IVG, IMG, ligatures tubaires, etc.), justifiés par l'âge, des considérations morales ou encore le statut parental, révélant une infantilisation persistante. Ces rapports de domination s'accentuent lorsqu'il est question de liberté sexuelle et reproductive. Que ce soit en matière de contraception (par exemple, par l'imposition d'un moyen plutôt qu'un autre), d'IVG, d'IMG ou d'accouchement, les femmes sont encore trop souvent traitées comme des objets de soins, et non comme des sujets capables de discernement. Pourtant, accoucher, c'est aussi travailler : le mot lui-même, dans de nombreuses langues — *labour* en anglais, *arbeid* en néerlandais — le rappelle. En français, l'expression « accoucher une femme », attestée dans les dictionnaires et traditionnellement utilisée dans certains contextes médicaux, reflète une vision centrée sur l'intervention du personnel soignant. Toutefois, l'usage contemporain privilégie des formulations comme « aider une femme à accoucher » ou « faire accoucher », qui mettent davantage en avant le travail de la parturiente elle-même, longtemps éclipsé au profit du geste médical.[4]

Les **violences institutionnelles**, quant à elles, renvoient notamment aux normes, à l'organisation des soins et à la culture professionnelle en vigueur dans les institutions en charge des soins de santé. Elles peuvent trouver naissance dans les inévitables inégalités de savoir entre les professionnel·les des soins de santé et les usager·ères, entre la personne qui dispose de la connaissance et des moyens d'action et la personne qui a besoin d'aide. La notion d'asymétrie fonctionnelle décrit l'inégalité structurelle qui existe dans toute relation de soin : le corps médical détient un savoir que la patientèle n'a pas, mais dont elle dépend (Winckler, 2016). Elle s'amplifie dans les situations de vulnérabilité (être en situation de nudité, sous anesthésie, en attente de diagnostic, ou aux prises avec de fortes douleurs comme celles provoquées par les contractions lors d'un accouchement) et se combine à d'autres rapports de pouvoir, tels que le sexisme ou le racisme.

Les violences institutionnelles touchent également le personnel soignant. Soumis à des contraintes institutionnelles telles que la recherche de rentabilité, le manque de personnel, le manque de temps, la protocolisation et la standardisation des soins, le personnel soignant déplore les conditions de travail, qui influent par ailleurs directement sur les capacités à "prendre soin". Selon une étude menée entre 2011 et 2013 par la KULeuven, 1 membre du personnel soignant sur 5 est en burn-out ou à risque de burn-out (Vandenbroeck et al., 2013). Les sages-femmes ne faisaient pas partie de cette étude belge, mais dans une étude menée en France, elles sont plus de 40% à présenter un burn-out (Chalut-Natal Morin & Sainflou, 2020).

Ajoutons que, dans le champ de la périnatalité et des soins en santé sexuelle et reproductive, l'organisation des soins, l'architecture des lieux et la répartition des rôles entre les différentes professions contribuent à la domination de certaines logiques — biomédicales et techniciennes — au détriment d'approches plus globales ou humanistes. Les métiers du *care*, souvent féminisés, sont socialement dévalorisés (Tronto, 1993 ; Molinier, 2012). Le concept de *dirty work*, introduit par Hughes et repris dans une perspective féministe, permet de penser les mécanismes de marginalisation symbolique et matérielle qui affectent certaines professions impliquées dans la prise en charge du corps, des émotions et du quotidien. C'est notamment le cas dans le champ de la périnatalité, où les savoirs spécifiques et la philosophie des soins propres au métier de sage-femme — en particulier ceux liés à la physiologie de la naissance — sont relégués à un rôle subalterne (Schalck, 2024). Une autonomie relative est toutefois observée au sein d'espaces alternatifs tels que les gîtes

[4] Définition de « Accoucher ». https://www.cnrtl.fr/definition/accoucher (16 mars 2026).

intrahospitaliers, les maisons de naissance ou les accouchements à domicile. Le manque de reconnaissance de cette expertise, associé à une faible culture de la collaboration interprofessionnelle, nuit à la qualité et à l'efficience des soins. La libération de la parole autour des VGO offre une opportunité de construire ensemble un nouveau savoir qui s'appuie sur les savoirs médicaux , mais aussi sur les savoirs expérientiels des femmes considérés tout aussi légitimes.

En résumé, on peut dire que la notion de VGO cherche à rendre les trois aspects de la violence (objectivité, banalisation et caractère systémique ou structurel) qui forment la toile de fond des situations « dont le point commun est un vécu traumatique » (X. Capelle). Cette perspective nous demande de nous défaire de l'idée qu'elles sont uniquement le fait d'intentions d'une rare minorité de personnes soignantes dites « déviantes », ou qu'elles n'existent qu'au travers d'une réponse traumatique des femmes.

Elle oblige donc les personnes soignantes à une forme d'autocritique dans leurs pratiques professionnelles qui n'est ni confortable ni simple, surtout quand il faut à la fois viser le rééquilibrage des pouvoirs et faire preuve de lucidité quant à l'asymétrie inévitable de la relation de soin ; ou quand il faut à la fois viser la bientraitance et tenir compte, par exemple, des difficultés inhérentes à l'accouchement humain.

03. 2.2 / L'ABOUTISSEMENT D'UN CONSENSUS : LA DÉFINITION OFFICIELLE (2026)

Répondant à la recommandation du Sénat de 2024 qui appelait à l'élaboration d'un cadre national, le groupe de travail interfédéral sur les violences gynécologiques et obstétricales[5] a validé en 2026 une définition de référence pour la Belgique :

« On peut définir les violences gynécologiques et obstétricales (ci-après « VGO ») comme tout acte, parole, comportement, omission ou abstention commis par les professionnel·le·s dans le cadre des services de santé sexuelle et reproductive qui va porter atteinte à l'intégrité des femmes* et entraine, ou est susceptible d'entrainer, des dommages ou souffrances de nature physique ou psychologique. Les VGO se caractérisent par :

- L'absence de consentement libre et éclairé de la patient·e, moyennant une information systématique et complète ;

- Le non-respect du refus d'acte médical ;

- L'abandon de soin et l'absence de réorientation de la patient·e vers un·e autre professionnel·le ;

- Le fait d'imposer des actes non justifiés médicalement ;

- Le manque de dignité ou d'humanité à l'égard de la patient·e ;

- L'absence de respect de l'intimité, de la pudeur et/ou de la confidentialité ;

- La négligence, le déni de la douleur exprimée ou la prise en charge inadéquate/la non-prise en charge de la douleur ;

[5] Groupe de travail créé dans le cadre du Plan d'Action National de lutte contre les violences basées sur le genre 2021- 2025. Ce Plan prévoit en sa mesure 86 de : « créer un groupe de travail interfédéral chargé d'étudier le suivi à donner aux recommandations des professionnels relatives aux violences obstétricales et gynécologiques en collaboration avec les parties prenantes ».

- La violence verbale ;

- La violence physique ;

- La violence sexuelle. » [6]

Comme le souligne le groupe de travail interfédéral, les VGO constituent une violation des droits humains et entrent en contradiction avec la loi du 22 août 2002 relative aux « droits du patient ». Cette évolution sémantique impose désormais une responsabilité collective qui n'incombe pas seulement au personnel soignant, mais aussi aux décideurs et décideuses politiques, aux directions des institutions de soins, aux institutions d'enseignement et de formation et plus largement à la société.

03.3 / DOCUMENTATION DES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES : MESURER LA PRÉVALENCE

À l'échelle internationale ou aux échelles nationales, l'absence de définition consensuelle et de typologie servant de base commune aux études peut constituer un obstacle à la mesure et à la comparaison directe des prévalences entre régions et entre pays, ainsi qu'à l'intérieur d'un même pays. À cet égard, l'adoption toute récente d'une définition de référence en Belgique est à saluer, car elle constituera un levier pour la recherche scientifique. Cependant, des données sont déjà disponibles ; les éléments, certes partiels, fournis ci-dessous donnent une idée de l'ampleur du phénomène.

De nombreuses recherches ont été réalisées à l'international. Ces études documentent de manière répétée et robuste l'existence de violences subies par les femmes lors de la prise en charge gynécologique ou obstétricale. Bien que les prévalences répertoriées varient selon le pays où est menée l'étude, une revue systématique et méta-analyse récente présente la prévalence moyenne globale à travers le monde : celle-ci dépasse 50% (Mirzania et al., 2025). La forme de violence la plus commune varie également selon le contexte : dans certains pays c'est le soin nonconsenti qui est le plus prévalent, dans d'autres c'est le fait de ne pas pouvoir être accompagnée par une personne de son choix durant le travail et l'accouchement (Hakimi et al., 2025 ; Mirzania et al., 2025). Cette hétérogénéité démontre l'intérêt de réaliser des recherches contextualisées.

En Belgique, une enquête visant à mesurer l'ampleur des violences obstétricales a été menée par la Plateforme Citoyenne pour une Naissance Respectée. En donnant la voix aux femmes, cette enquête a révélé des pratiques obstétricales abusives telles que la manœuvre de Kristeller[7] et le point du mari[8] dans nos salles de naissances (Amjahad et al., 2021). Elle démontre également des variations importantes de pratiques en fonction des lieux de naissance (Amjahad et al., 2021).

En France, le CIANE – Collectif interassociatif autour de la naissance[9] apporte sa contribution à cette recherche, en partant d'une vision de la maltraitance considérée comme une perturbation de la relation de soins comprise dans sa globalité : le manque d'explications, la non-recherche du consentement, l'absence

[6] « Recommandation relative à l'élaboration d'une politique en matière de prévention et de lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales », Recommandation 2026-R/08, IEFH.

[7] La manœuvre de Kristeller consiste à exercer une pression sur l'abdomen de la femme qui accouche, à hauteur du fond de l'utérus. Cette pratique est non recommandée par l'OMS.

[8] Suture d'une lésion périnéale plus serrée que nécessaire, avec pour visée d'augmenter le plaisir du partenaire lors des rapports sexuels.

[9] https://ciane.net/ciane/ciane/

de prise en compte de la douleur, la brutalité des gestes, etc. peuvent transformer un acte technique comme la pose de forceps en violence obstétricale[10]. Le Collectif publie des enquêtes menées à travers des questionnaires recueillant les réponses de dizaines de milliers de femmes, destinés à objectiver l'expérience de l'accouchement (accompagnement, déclenchement, etc).

En France toujours, une étude transversale sur le vécu des parturientes en salle de naissance menée en 2018 dans 25 maternités de la région lyonnaise, portait sur les items suivants: clarté des informations, participation aux décisions, délicatesse dans les soins et les actes pratiqués, mots utilisés, attitudes et comportements des personnes soignantes, prise en compte de la douleur et respect de l'intimité. 11.5% des parturientes interrogées ont répondu être insuffisamment ou pas du tout satisfaites sur un ou plusieurs des items (Devos et al., 2021).

03.4 / PRÉVENTION DES VGO

Concernant la prévention des VGO, plusieurs études suggèrent d'encourager des modèles de soins tels que les soins centrés sur la femme.

L'OMS promeut les modèles de soins de pratiques sages-femmes qui seraient bénéfiques pour les femmes et leurs proches, mais également une voie pertinente pour lutter contre les VGO : « *In midwifery models of care, women and newborns receive respectful care from midwives, which maintains women's dignity, privacy and confidentiality ; ensures freedom from harm, violence, discrimination and mistreatment ; and enables informed choice and continuous support through the continuum of care from pre-pregnancy through to the end of the postnatal period. Partners, men, adolescent boys, families and communities also benefit from midwifery*. » [11](OMS, 2024).

Une revue Cochrane[12] confirme ces suggestions en comparant le modèle de soins continus par les sages-femmes (soins dispensés par une même personne sage-femme ou une même équipe de sages-femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période de parentalité précoce) à d'autres modèles de soins (soins dispensés par une même personne en obstétrique ou en médecine générale, soins partagés entre différentes personnes soignantes). Cette étude démontre que des soins continus par une même personne sage-femme favorisent les accouchements spontanés par voie basse et l'expérience positive de la naissance, ainsi que réduisent les taux de césarienne, d'instrumentation et d'épisiotomie (Bohren et al., 2017).

Ces modèles proposent des soins intégrés et personnalisés. En Belgique, ces modèles de soins continus dispensés par une même personne sage-femme sont marginaux. Ils sont uniquement mis en pratique dans les suivis de femmes qui programment un accouchement à domicile, en maison de naissance ou en gîte intrahospitalier. Or, ces accouchements représentent moins de 1% (Michel, Leroy et Van Leeuw, 2025). En

[10] La maltraitance est donc caractérisée par des faits, isolés ou cumulés, plus ou moins graves et délétères tels que la violence verbale (dénigrement, propos infantilisants, sexistes, homophobes, humiliants, menaces, intimidations …) ; le déni de la douleur exprimée et mauvaise prise en charge de la douleur (césarienne à vif, minimisation du ressenti de la patiente) ; l'absence d'information et de recherche du consentement et non-respect du refus de soins l'absence d'accompagnement ou de bienveillance ; l'absence de respect de l'intimité et de la pudeur ; la brutalité des gestes et des comportements.

[11]Traduction : « *Dans les modèles de soins réalisés par des sages-femmes, les femmes et les nouveau-nés reçoivent des soins respectueux de la part des sages-femmes, qui préservent la dignité, la vie privée et la confidentialité des femmes ; garantissent la liberté de toute forme de préjudice, de violence, de discrimination et de mauvais traitements ; et permettent un choix éclairé ainsi qu'un soutien continu grâce à la continuité de soins allant de la période préconceptionnelle jusqu'à la fin de la période postnatale. Les partenaires, les hommes, les adolescents, les familles et les communautés bénéficient également des soins prodigués par les sages-femmes.* »

[12] Les revues Cochrane sont des revues systématiques de la littérature qui résument la preuve de l'efficacité des interventions médicales.

d'autres termes, la majorité des femmes qui accouchent en Belgique ne bénéficient pas de soins fondés sur les modèles de prise en charge préconisés par l'Organisation mondiale de la Santé. En outre, les pratiques en matière d'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement sont très variables selon les institutions que fréquentent les patientes, très souvent choisies en raison de l'affiliation de leur gynécologue.

L'approche centrée sur les femmes et le modèle des soins continus pourraient être étendus à toutes les catégories de personnel de soins de santé concernées par les soins gynécologiques et l'obstétrique.

Toujours dans la recherche de prévention des VGO, plusieurs études invoquent un besoin de se mettre à l'écoute des usagères, qui sont les plus à même d'exprimer leur vécu et leurs besoins en matière de santé gynécologique et obstétricale.

04. CADRE JURIDIQUE

L'incursion du droit dans le champ médical révèle combien les pratiques de soins ne relèvent plus du seul domaine technique. Le **droit médical**, désormais appréhendé à travers le prisme des **droits fondamentaux**, interroge la place des patients et des patientes et les limites du pouvoir soignant.

04.1 / LE DROIT INTERNATIONAL

Le droit international joue un rôle clé dans la **construction du cadre normatif** relatif aux violences obstétricales et gynécologiques (ci-après VGO). En les intégrant au champ plus large des **violences de genre,** il souligne également qu'elles constituent des **atteintes aux droits fondamentaux des femmes**, notamment à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à la non-discrimination.

La **question de la responsabilité de l'État** mérite d'être soulevée au regard du **caractère systémique** que peuvent revêtir certaines formes de VGO. Il n'est pas exclu que certaines **défaillances (**qu'il s'agisse du sous-financement des structures de soins ou manque de prévention et de formation) puissent être **imputées à l'État** lorsqu'elles se traduisent par une carence dans la protection effective des droits fondamentaux des femmes, que la Belgique s'est pourtant engagée à garantir en vertu de ses obligations internationales.[13]

[13] Un certain nombre d'instruments internationaux constituent des **références juridiques et éthiques** pour les politiques publiques belges de prévention et de lutte contre les VGO. Toutefois, tous ne présentent pas le même **degré de force juridique**. Certaines conventions, telle que la **Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW ; 1979)** à laquelle la Belgique est partie, ont une **valeur juridiquement contraignante**. En revanche, d'autres instruments, comme les **recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)**, bien qu'influents sur le plan normatif, n'ont pas de force obligatoire au sens strict. Ils relèvent de ce que les juristes désignent comme de la « soft law », que l'on peut traduire par « droit souple ».

04. 1.1 / LE NIVEAU ONUSIEN

04. 1.1.1 / L'OMS

L'OMS, en tant qu'acteur normatif majeur dans le domaine de la santé, a contribué à **visibiliser les atteintes aux droits des femmes** dans le contexte de la maternité. Ses travaux s'inscrivent dans une approche centrée sur le **respect, la dignité et les droits humains** dans les soins.[14]

Deux documents de référence méritent d'être mentionnés :

- la déclaration relative à la prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins (2014)[15], qui a marqué une étape importante dans la reconnaissance des violations des droits des femmes dans le cadre de l'accouchement ;
- les recommandations sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement (2018)[16], qui insistent sur « l'importance des soins centrés sur la femme pour optimiser l'expérience du travail et de l'accouchement pour les femmes et leur enfant grâce à une approche holistique et basée sur les droits de l'homme. »

04. 1.1.2 / Le rapport de Dubravka Šimonović (Rapporteuse spéciale des Nations unies sur la violence à l'égard des femmes)

L'été 2019, **Dubravka Šimonović**, alors **Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la violence à l'égard des femmes**, a présenté à **l'Assemblée générale** un rapport consacré à l'intégration d'une **approche fondée sur les droits humains** dans la lutte contre les **VGO**.[17]

04. 1.1.3 / La quasi-jurisprudence du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (Comité CEDAW)

Le **Comité CEDAW,** chargé de surveiller l'application de la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes* (1979)[18], a joué un rôle central dans la conceptualisation **juridique** des VGO. S'il ne définit pas expressément ces violences, le Comité les **encadre à travers deux dimensions essentielles :**

- leur nature de **violence fondée sur le genre** ;
- leur qualification comme **violation des droits humains**, en particulier du **droit à la santé reproductive**.

---

[14] Sur le plan terminologique, il convient de préciser que l'OMS **n'utilise pas les expressions de « violences obstétricales » ou « violences gynécologiques »**. L'organisation privilégie des formulations plus consensuelles telles que « manque de respect et mauvais traitement durant l'accouchement ».

[15] Déclaration de l'OMS, *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissement de soins*, 2014, https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/840925a3-be84-498c-b271-9cf305761393/content .

[16] Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement, 2018, disponible sur : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8dd0599a-f240-4425-bfae-1f57e89ed2a8/content .

[17] Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, *Adoption d'une 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*, A/74/137, 11 juillet 2019.

[18] La Convention a été ratifiée par la Belgique le 10 juillet 1985 et son protocole facultatif, le 17 juin 2004.

Plusieurs **communications individuelles[19] déposées contre l'Espagne** (2020, 2022, 2023)[20] ont marqué une étape importante dans la reconnaissance internationale des violences obstétricales. Dans ces décisions, le **Comité CEDAW** a condamné l'Espagne pour avoir violé la Convention.[21] Les violences obstétricales y sont caractérisées comme des **violations des droits humains** et des **formes de discrimination fondées sur le genre** susceptibles d'engager la responsabilité internationale des États défaillants.

04. 1.2 / LE NIVEAU EUROPÉEN

04. 1.2.1 / Le Conseil de l'Europe

Le **Conseil de l'Europe** a récemment intégré dans son agenda la problématique des VGO. L'Assemblée parlementaire a publié plusieurs **rapports et résolutions** appelant les États membres à reconnaître et à prévenir ces violences, tout en soulignant la nécessité de formations spécifiques pour les professionnel·les de santé[22].

La **Convention d'Istanbul** (2011), instrument central du Conseil de l'Europe en matière de lutte contre les violences à l'égard des femmes, ne mentionne pas expressément les VGO, mais condamne clairement les **stérilisations et avortements forcés (art. 39),** lesquels constituent des formes particulièrement graves de VGO.

La **Cour européenne des droits de l'Homme** a également traité certains faits de VGO , notamment dans deux affaires de **stérilisation forcée** (*V.C. c. Slovaquie*, 2011 ; *N.B. c. Slovaquie*, 2012). Si la Cour ne parle pas explicitement de « violences obstétricales », elle y a constaté la violation des articles 3 (interdiction de la torture et des traitements inhumains ou dégradants), 8 (droit au respect de la vie privée et familiale) et 14 (interdiction de la discrimination) de la Convention européenne des droits de l'homme.

04. 1.2.2 / L'Union européenne

L'Union européenne s'est également emparée de la question à travers ses **instruments politiques et parlementaires**. La **résolution** du Parlement européen *sur la situation concernant la santé et les droits génésiques et sexuels dans l'Union, dans le cadre de la santé des femmes* (2020/2215[INI])[23], fait explicitement référence aux termes de **VGO,** et invite les États membres à prendre des mesures pour **les prévenir et à les combattre.**

---

[19] Le Comité est habilité à connaître de requêtes individuelles déposées par des particuliers qui estiment qu'un État partie a méconnu les droits garantis par la Convention. Cette compétence découle du Protocole facultatif que l'État partie doit donc également avoir ratifié.

[20] *SFM v Spain* [2020] CEDAW C/75/D/138/2018 ; *NAE v Spain* [2022] CEDAW/C/82/D/149/2019 ; *MDCP v Spain* [2023] CEDAW/C/84/D/154/2020.

[21] Le Comité a constaté en particulier la **violation des articles 3, 5 et 12** de la Convention CEDAW, qui imposent aux États parties : d'**assurer le plein développement et l'avancement des femmes** afin de garantir l'égalité dans la jouissance des droits fondamentaux (art. 3) ; de **lutter contre les stéréotypes de genre** et les pratiques discriminatoires fondées sur des rôles sexués traditionnels (art. 5) ; et de **garantir un accès égal et non discriminatoire aux soins de santé**, y compris en matière de grossesse, d'accouchement et de période postnatale (art. 12).

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

[23] Résolution (2020/2215[INI]) du Parlement européen (UE), *La situation de la santé et des droits génésiques et sexuels dans l'Union européenne, dans le cadre de la santé des femmes*, *JO UE* C 81/43 du 18 février 2022.

Plus récemment, une **étude de la Commission des droits des femmes et de l'égalité des genres du Parlement européen (avril 2024)**[24] a approfondi l'analyse de ces violences au sein de l'Union, en soulignant l'importance d'une **formation initiale et continue du personnel médical.**

04.2 / LE DROIT NATIONAL

Le législateur belge n'a, à ce jour, pas adopté une loi qui vise spécifiquement les VGO.[25] Il n'en demeure pas moins que la problématique peut être saisie sous l'angle de plusieurs branches de droit, en particulier le droit de la santé, le droit civil et le droit pénal. Ces violences ne manquent pas, comme on a vu, de soulever de nombreuses questions en termes de respect des libertés et des droits fondamentaux.

L'enjeu est double. Il s'agit, d'une part, de présenter les droits reconnus aux acteurs et actrices concerné·es, en particulier aux patientes et, d'autre part, d'exposer les voies de recours légalement prévues en cas de VGO.

04. 2.1 / LE DROIT DE LA SANTÉ

En matière de droit de la santé, deux législations occupent une place centrale lorsqu'il s'agit des « droits du patient » : la **loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient** et la **loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé.**

La première repose essentiellement sur l'idée du **respect de l'autonomie et de la dignité des patients et des patientes.** Elle consacre un ensemble de droits fondamentaux qui revêtent une importance particulière dans le contexte des soins obstétricaux et gynécologiques. Parmi ceux-ci figurent :

- le **droit de recevoir des prestations de qualité** adaptées à ses besoins (art. 5) ;
- le **droit de choisir librement le ou la professionnelle de santé** (art. 6) ;
- le **droit d'être informé·e** de son état de santé et de son évolution (art. 7) ;
- le **droit de consentir librement et de manière éclairée** avant toute intervention (art. 8) ;
- ainsi que le **droit d'avoir accès à un dossier médical** soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr (art. 9).

La loi **protège également la vie privée et l'intimité** des patients et des patientes (art. 10) et reconnaît, de manière spécifique, un **droit à la prise en charge adéquate de la douleur**, en imposant la délivrance de soins « les plus appropriés » en la matière (art. 11*bis*).

Dans le but consolider le principe d'autonomie des personnes bénéficiaires des soins, cette législation a été réformée le 6 février 2024. Cette révision consacre une approche plus individualisée et participative de la

[24] Étude pour la Commission FEMM du Parlement européen, *Violences obstétricales et gynécologiques dans l'Union européenne – Prévalence, cadres juridiques et lignes directrices éducatives pour la prévention et l'élimination de cette forme de violence*, mai 2024, disponible sur : https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2024/761478/IPOL_STU(2024)761478(SUM01)_FR.pdf.

[25] Toutefois, face à cette question de santé publique, les autorités vont prendre un certain nombre d'initiatives. Notamment, le gouvernement de la Communauté française (Fédération Wallonie-Bruxelles), reconnaît dans son *Plan Droits des Femmes. 2020-2024*, adopté le 17 septembre 2020, la réalité des violences obstétricales et gynécologiques. Il y reprend également toute une série de mesures visant à les prévenir. C'est ce même objectif que se donne, deux mois plus tard, le 26 novembre 2020, cette fois l'ensemble des gouvernements des entités fédérées francophones, en adoptant le *Plan intrafrancophone de lutte contre les violences faites aux femmes. 2020-2024*. À cela s'ajoute le **rapport d'information du Sénat consacré aux VGO**, lequel a conduit à la création de ce groupe de travail.

relation de soins. Le texte met notamment l'accent sur la prise en compte des valeurs personnelles et des objectifs de vie des patients et des patientes, sur le renforcement du caractère libre et éclairé du consentement, ainsi que sur la possibilité de planifier à l'avance ses choix de soins.

La loi du 22 avril 2019 vient compléter ce cadre en fixant une série de critères minimaux destinés à encadrer la qualité des soins dispensés par les personnes professionnelles de la santé. Comme le rappelle le rapport d'information du Sénat, ces dernières ont l'obligation de connaître et d'agir « dans les limites de leurs compétences » (art. 8 à 10). Elles doivent également veiller à disposer de l'encadrement nécessaire pour assurer des soins « avec un niveau de qualité élevé » (art. 14). Lorsqu'elles accomplissent des prestations à risque, elles sont tenues de prévoir tant une procédure d'urgence efficace en cas de complication qu'une procédure de transfert des personnes soignées vers une structure adaptée (art. 18). Le Sénat souligne à cet égard que l'intégration ou l'adossement des maisons de naissance aux hôpitaux constitue un moyen concret de garantir le respect de ces exigences en matière de sécurité et de continuité des soins.

La loi prévoit en outre qu'un professionnel ou une professionnelle de santé ne peut interrompre un traitement en cours que si la continuité des soins est garantie. À cette fin, la personne bénéficiaire des soins doit être informée de l'identité de la personne soignante vers laquelle elle peut se tourner pour assurer la poursuite du suivi.

04. 2.2 / LE DROIT CIVIL

Sur le plan civil, les personnes professionnelles de la santé et les établissements de soins peuvent voir leur responsabilité engagée, qu'elle soit contractuelle ou extracontractuelle. Les victimes peuvent alors obtenir la réparation du préjudice subi, le plus souvent sous la forme d'une indemnisation pécuniaire. Encore faut-il qu'une **faute** puisse être identifiée et que celle-ci soit à l'origine du/des préjudice(s) subi(s) par la/les victime(s)[26].

En droit civil, la faute consiste à adopter un **comportement que n'aurait pas eu, dans les mêmes circonstances, une personne professionnelle normalement prudente et diligente**. Elle peut résulter d'un acte positif (une intervention inappropriée, un geste technique réalisé avec maladresse ou brutalité) ou d'une omission (un défaut de surveillance ou d'information). Autrement dit, la faute suppose la **violation d'une norme de conduite**, que celle-ci ait une base légale, réglementaire, ou simplement issue du standard de prudence professionnelle.

Or, dans le contexte des VGO, **toutes les situations vécues comme violentes ou irrespectueuses ne sont pas nécessairement constitutives de faute civile**. Certaines atteintes trouvent clairement leur place dans le cadre juridique. Par exemple, **le non-respect du droit au consentement libre et éclairé** constitue une faute dans la mesure où il viole une obligation inscrite dans la loi (soit l'article 8 de L.D.P.). La responsabilité de la personne professionnelle de santé concernée pourrait être engagée.

En revanche, d'autres formes de violences échappent souvent au cadre strict de la faute civile. Des comportements tels que **l'annonce sans ménagement de la mort *in utero* du *foetus***, des **attitudes humiliantes** et **infantilisantes ou encore des menaces culpabilisantes** tenues en salle de naissance peuvent être source d'expériences profondément traumatisantes, mais ne trouvent pas toujours de traduction

[26] Les premières concernées sont bien sûr les patientes elles-mêmes, mais d'autres personnes peuvent également être touchées : l'enfant, mais aussi l'entourage proche et élargi (voire, dans certains cas, l'employeur) qui peuvent à leur tour subir un « *préjudice par ricochet* ».

juridique directe. Si toute une série de ces attitudes, en particulier à caractère sexuel, sexiste ou raciste, soit sans ambiguïté prohibée par la loi (qu'il s'agisse du Code pénal ou la loi anti-discrimination du 10 mai 2007), d'autres qui traduisent « simplement » une absence de respect ou d'empathie, se révèlent beaucoup plus difficiles à appréhender sur le plan du droit, ce qui complique la mise en cause de la responsabilité civile des professionnel·les concerné·es sur base de faute.

04. 2.3 / LE DROIT PÉNAL

Un certain nombre de **VGO** peuvent également être **constitutives d'infractions et être donc poursuivies au pénal.** Il faut rappeler qu'il existe un **rapport étroit entre l'activité médicale et le droit pénal**, dans la mesure où **tout acte médical implique, par nature, une atteinte à l'intégrité physique**.[27] Or, de telles atteintes sont en principe **prohibées par le droit pénal**, qui peut les sanctionner notamment sous les qualifications d'homicide ou **coups et blessures involontaires (art. 418 à 420 du Code pénal actuel**) [28]ou (plus rarement) **volontaires**.

Ces atteintes ne peuvent être **légalement autorisées (et donc non incriminables)** que si l'acte médical répond cumulativement à certaines exigences :

01. **avoir un but thérapeutique** (cette notion doit être entendue de manière large ; on peut toutefois s'interroger si une césarienne réalisée sans indication médicale, mais pour des motifs purement organisationnels, ne s'écarterait pas de ce but) ;
02. **être réalisé avec le consentement libre et éclairé de la patiente** ;
03. présenter un rapport raisonnable de proportionnalité entre les risques encourus et les bénéfices attendus
04. **être réalisé de manière diligente et prudente,** conforme aux **données actuelles de la science** (la pratique de l'expression abdominale peut ainsi apparaître problématique au regard de cette exigence).

En pratique, le personnel soignant échappe le plus souvent à des poursuites pénales. Celles-ci ne sont engagées généralement que lorsque l'acte médical, ou l'absence d'acte, a entrainé le décès du ou de la patiente.

D'autres incriminations pénales peuvent également être envisagées. Certaines associations de défense des droits des femmes dénoncent par exemple les **épisiotomies pratiquées de manière routinière, sans indication médicale réelle,** estimant qu'elles s'apparentent à des **mutilations génitales féminines** (art. 409 du Code pénal)[29].[30] La critique vise également la pratique dite du **« point du mari ».**[31]

Au-delà de ces atteintes physiques « directes » **d'autres comportements** observés dans le cadre du suivi obstétrical ou gynécologique peuvent tomber sous le coup du droit pénal. Certains ne reposent pas sur la

[27] Une atteinte qui apparaît de manière plus évidente encore lorsqu'il s'agit d'actes chirurgicaux, tels que les césariennes ou épisiotomies.

[28] Une réforme majeure du droit pénal est actuellement en cours en Belgique. Le nouveau Code pénal, publié le 8 avril 2024, entrera en vigueur le 8 avril 2026. À cette occasion, les articles 418 à 420 du Code pénal actuel deviendront les articles 106, 108 et 217 du futur Code pénal.

[29] Les articles 206 à 212 du futur Code pénal.

[30] Voy. la position du GAMS (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines) reprise dans le rapport d'information du Sénat (Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales, *Doc. parl.*, Sénat, sess. ord., 2023-2024, n°7-245/9, pp. 25 à 26).

[31] Technique qui consiste à **resserrer chirurgicalement l'entrée du vagin** après une déchirure ou une épisiotomie, dans le but d'intensifier le plaisir masculin.

commission d'un acte, mais au contraire sur **l'abstention,** comme le **manquement à l'obligation d'assistance à personne en danger (art. 422bis et 422ter Code pénal**[32]**)**.[33] D'autres tiennent à la violation du secret professionnel **(art. 458 C. pénal**[34]**)** qui fonde la confiance entre la patiente et la personne soignante[35]

Par ailleurs, il convient également de dire un mot de la récente réforme du droit pénal sexuel qui poursuit l'ambition claire de **moderniser, clarifier et renforcer la protection de l'intégrité sexuelle** en mettant au centre la question du consentement. Dans ce cadre, les examens vaginaux appellent une vigilance particulière en gynécologie et en obstétrique. En effet, une personne professionnelle de santé qui pratiquerait un toucher vaginal sans avoir obtenu le consentement préalable de la patiente pourrait être poursuivie pour **viol** sur base de l'article 417/11 du Code pénal[36].[37]

04. 2.4 / LES VOIES DE RECOURS

La première de ces voies est celle de la médiation. Notamment, les patientes ont le droit établi par la loi précitée du 22 août 2002, de déposer une plainte auprès de la « fonction de médiation » de l'hôpital concerné ou, à défaut de celle-ci, auprès du service de médiation de la Commission fédérale « Droits du patient » (not. art. 11). Le recours à la médiation a lieu sur base volontaire des deux parties. Par ailleurs, les personnes médiatrices intrahospitalières sont légalement tenues par un devoir de confidentialité, de neutralité et d'impartialité, imposé par l'arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre. Il n'en reste pas moins que les patientes doutent fortement de l'indépendance de la procédure dès lors que ces personnes sont employées par les établissements de soins où exercent les personnes professionnelles de la santé mises en cause. Dans ce contexte, le Sénat formule plusieurs recommandations visant à améliorer la qualité de ces services et leur crédibilité auprès des patientes (recommandation n° 36, p. 37). Par ailleurs, si le Sénat considère que la médiation peut constituer un outil pertinent pour restaurer la communication dans les dossiers aux conséquences physiques « plutôt limitées », il considère cette voie comme peu adaptée pour, dans les cas plus lourds, établir des responsabilités ou fixer des indemnités financières .

Les procédures disciplinaires devant les ordres professionnels – plus particulièrement l'Ordre des médecins – constituent une autre voie ouverte aux victimes de violences obstétricales et gynécologiques. Les médecins encourent des sanctions disciplinaires lorsqu'ils et elles enfreignent le Code de déontologie médicale, qui a été réformé en 2018. Cette voie est toutefois loin d'être pleinement satisfaisante pour les victimes. Lors des auditions, plusieurs experts et expertes ont notamment pointé la composition des organes disciplinaires de l'Ordre des médecins qui ne permet pas de garantir leur indépendance et leur impartialité. En effet, ils sont composés presque exclusivement de médecins. Depuis plus d'une décennie, des projets de réforme de cet ordre professionnel se succèdent, mais

[32] Les articles 299 à 304 du futur Code pénal.

[33] Après un accouchement, une femme signale des **douleurs violentes ou une fièvre élevée** indiquant une possible infection. Si le personnel médical **ne donne aucune suite** malgré la gravité du risque connu, l'infraction peut être constituée.

[34] L'article 352 du futur Code pénal.

[35] Un professionnel ou une professionnelle, par exemple, évoque à haute voix, en salle d'accouchement ou dans un couloir, des **détails intimes** sur une patiente (« elle a refusé la péridurale », « son vagin est très étroit », etc.). La question de la violation du secret professionnel se pose également lorsque des **étudiant.es en formation** assistent à un accouchement ou à un examen gynécologique **sans que la patiente ait été informée ni ait donné son accord**.

[36] Article 138 du futur Code pénal.

[37] Cette hypothèse est par ailleurs évoquée dans le rapport d'information du Sénat (Rapport d'information, *op. cit.*, p. 25).

aucun n'a abouti. Outre un réexamen de la procédure disciplinaire et de ses modalités, le rapport d'information suggère que, si nécessaire, les sanctions disciplinaires soient durcies en cas de faits graves ou de récidive (recommandation n° 37, p. 38).

Les procédures pénales ou civiles devant les cours et tribunaux de l'ordre judiciaire permettent également aux victimes de faire établir les responsabilités des auteurs de violences obstétricales ou gynécologiques. Cependant, selon le rapport d'information du Sénat, rares sont les recours introduits et la plupart d'entre eux visent à obtenir la réparation de dommages corporels – et non moraux . Une des explications serait la conviction des victimes de leur faible chance de succès. Cette crainte ne paraît pas dénuée de tout fondement, le taux de succès des victimes devant les cours et tribunaux étant très faible.

Les victimes de violences obstétricales et gynécologiques peuvent également s'adresser au Fonds des accidents médicaux créé par la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé. Ce mécanisme d'indemnisation est original en ce qu'il permet, entre autres, d'obtenir la réparation de certains dommages « suffisamment graves » trouvant leur cause dans un « accident médical sans responsabilité » (art. 4 et 5). Cela étant, si dans de tels cas de figure, les victimes ne doivent pas rapporter la preuve d'une faute, il leur incombe notamment de démontrer le lien de causalité entre les soins de santé reçus et leur dommage[38]. Cet élément, comme il a déjà été indiqué, est difficile à prouver selon le rapport d'information, plus particulièrement en matière obstétricale.

04.3 / CONCLUSION

Si ce cadre juridique apparaît comme relativement complet, quand bien même les VGO n'en constituent pas un objet à part entière, le Sénat fait le constat qu'il est insuffisamment connu ou peu mobilisé par les personnes professionnelles de la santé et les patientes. Cette situation constitue, selon le rapport d'information, un des facteurs qui expliquent le manque d'effectivité des dispositifs juridiques évoqués ci-avant[39]. C'est la raison pour laquelle le Sénat insiste, comme exposé ci-après, sur la sensibilisation et la formation de différents publics. Pour ce qui est du personnel de la santé, les efforts de sensibilisation doivent porter, selon le rapport sénatorial, non seulement sur les droits des patientes, mais aussi sur la réalité du phénomène en tant que tel. Il s'agira notamment de les conscientiser sur la nature violente de certaines de leurs pratiques (recommandations 18 à 20, p. 35).

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

[39] Rapport d'information (…), *op. cit.*, pp. 9 et 11.

05. RECOMMANDATIONS TRANSVERSALES

En raison du caractère structurel (ou systémique) des VGO, mis en évidence à travers l'explicitation des notions de « violence de genre » et de « violence institutionnelle », la mise en place d'une culture de la bientraitance dans les soins délivrés aux femmes implique des changements d'ordre culturel, portant aussi bien sur les représentations et les connaissances que sur les pratiques et les postures. Ce changement, initié de longue date par les mouvements féministes, les associations de patientes et d'usagères, ainsi que par de nombreuses personnes des métiers du soin, est soutenu depuis 2002 par les dispositions de la loi sur les droits du patient, des textes internationaux dont la Belgique est signataire, et aujourd'hui par le rapport du Sénat.

Le présent rapport considère la formation et l'enseignement supérieur comme des leviers majeurs pour soutenir ce changement culturel, de manière structurée et ancrée dans la recherche scientifique. À cet égard, il ne saurait qu'encourager, dans toutes les disciplines concernées et aussi dans des travaux interdisciplinaires, le développement d'une recherche scientifique rigoureuse et ouverte.

Les recommandations formulées partent de l'idée qu'une prise en soin bientraitante, respectueuse et éthique dans les soins gynécologiques, obstétriques et kinésithérapeutiques nécessite à la fois un enseignement théorique et une formation pratique, qui sont complémentaires et s'impliquent réciproquement.

Le premier doit favoriser la compréhension et le recul critique sur les facteurs structurels qui sont à l'origine des violences dans le soin, et l'appropriation des idéaux formulés implicitement ou explicitement par le droit et les textes internationaux de référence. La seconde doit viser à transmettre les bonnes pratiques, à imprimer les savoir-être, les savoir-faire et les compétences relationnelles dans les gestes de soin et dans la relation thérapeutique.

Les recommandations transversales s'adressent de manière unitaire aux différentes disciplines et filières d'enseignement concernées par la formation à la prévention des violences gynécologiques et obstétricales (VGO) et **s'organisent selon deux axes** :

- les contenus d'enseignement
- les méthodes d'enseignement

Il est à noter que les violences gynécologiques et obstétricales (VGO) recouvrent des phénomènes multiples, dont les formes changent selon les contextes et les spécialités professionnelles. Les contenus ainsi que les méthodes d'enseignement proposés devront donc être adaptés en fonction des publics cibles et des publics étudiants auxquels ils s'adressent.

Bien que les infirmières et infirmiers soient également confrontés aux enjeux de respect et d'autodétermination corporelle dans leur pratique quotidienne, cette filière n'était pas formellement intégrée au périmètre initial des travaux, contrairement aux filières de sage-femme, de kinésithérapie et de médecine, qui y étaient directement représentées. Pour autant, le caractère systémique des violences gynécologiques et obstétricales et la nécessité d'une collaboration interprofessionnelle impliquent que ces recommandations les concernent tout autant, leur rôle étant essentiel au sein de l'équipe de soins pour garantir une prise en charge bientraitante.

Certaines de ces recommandations transversales impliquent le recrutement d'enseignants et d'enseignantes disposant d'une formation allant au-delà, voire différente, de la spécialité « santé » considérée – qu'il s'agisse

des médecins, des kinésithérapeutes ou des sages-femmes. Ces personnes devront démontrer une expertise suffisante dans l'un des domaines suivants : droit, éthique, sciences humaines et sociales, études de genre.

À la lumière des éléments précédemment exposés, le groupe de travail a identifié certaines compétences essentielles attendues chez les personnes amenées à exercer dans les métiers du soin. Celles-ci sont indispensables pour contribuer efficacement à la prévention des VGO.

Les personnes exerçant dans le domaine de la santé reproductive sont appelées à appréhender leurs pratiques de soins en conscience des phénomènes des VGO et en tenant compte de leur complexité, de leur caractère dynamique et des enjeux qu'ils soulèvent. Il est nécessaire qu'elles puissent considérer la personne bénéficiaire des soins comme partenaire légitime dans la gestion de sa santé. Cela demande notamment de :

- reconnaître et appréhender les phénomènes de VGO /maltraitance ;
- comprendre leurs mécanismes et leurs aspects systémiques et structurels ;
- considérer les bénéficiaires de soins comme individus au centre de la relation de soins et comme partenaires ;
- adopter une posture de partenariat dans la pratique réelle de soins ;
- anticiper et neutraliser les facteurs contextuels favorisant les VGO ;
- se positionner de manière active et collaborative vis-à-vis de leurs pairs, ainsi que des représentantes et représentants institutionnels.

05.1 / CONTENUS D'ENSEIGNEMENT TRANSVERSAUX

Certains enseignements transversaux sont estimés utiles à l'ensemble des domaines d'études et des spécialités professionnelles auxquelles ils mènent (médecins, sages-femmes, kinésithérapeutes). Ils doivent viser à fournir une compréhension critique et informée (bien que forcément généraliste) aux différents phénomènes qu'on désigne sous le terme de « violence gynécologiques et obstétricales ».

Nous distinguons quatre types de contenus d'enseignement : le cadre légal et les textes internationaux de référence, la perspective sociohistorique sur les violences gynécologiques et obstétricales, les modèles de la relation de soin, la communication et le savoir-être dans le contexte des soins de santé.

Aborder ces contenus permet de renforcer les compétences professionnelles, communicationnelles et réflexives, mais également éthiques, quel que soit le domaine d'étude des publics étudiants.

Afin d'assurer un impact de ces savoirs sur la pratique professionnelle, les enseignants et enseignantes devraient s'efforcer de relier les éléments théoriques à des cas pratiques et/ou des illustrations concrètes ; on souhaite, dans ce même but, que ces contenus soient mobilisés de façon à activer chez les étudiants et les étudiantes une réflexivité critique, c'est-à-dire une capacité de questionnement et de raisonnement fondée sur les savoirs. Cette réflexivité est indispensable à l'intégration de postures et d'attitudes adéquates à la fois durables et sensibles aux changements nécessaires.

À cette fin, le corps enseignant désigné devrait disposer, outre du bagage disciplinaire adéquat, d'une bonne connaissance des réalités du terrain.

05. 1.1 / CADRE LÉGAL ET TEXTES INTERNATIONAUX DE RÉFÉRENCE

La sensibilisation des publics étudiants par rapport aux violences gynécologiques et obstétricales doit s'inscrire dans le contexte plus large du cadre légal qui soutient (i) la lutte contre les discriminations et les inégalités en santé (ii) les droits relatifs à la santé sexuelle et reproductive et (iii) les droits du patient en général. On pourra se reporter au « cadre juridique » du présent rapport.

(i) La présentation de textes de référence tels que la Loi sur le genre (2007), la Loi antidiscrimination (2007), la Convention d'Istanbul de 2011 ratifiée par la Belgique en 2016, la Loi antiracisme (1981) ou encore les Objectifs de développement durable (notamment l'ODD n°5 sur l'égalité entre les sexes) offriraient un socle commun de compréhension et d'adhésion aux principes de respect, de justice, d'équité et d'inclusion. Cet ancrage permettrait également de relier la question des VGO à une réflexion plus large sur les droits fondamentaux.

(ii) Les enseignements doivent pouvoir articuler des notions de droits en santé sexuelle et reproductive (législations concernant l'IVG par exemple), comme déclinaisons des droits fondamentaux, tels que le droit à la santé ou à l'autodétermination corporelle. Ces apprentissages doivent également participer à développer de nouvelles conceptions du soin et de la santé, en participant à déconstruire certains préjugés, car la science et la médecine sont poreuses à la culture et la société dans lesquelles elles apparaissent. En ce sens, il est nécessaire que les programmes et cours proposés participent à limiter les biais, notamment moraux, qui entourent certaines pratiques ou certains soins, comme l'IVG par exemple.

(iii) Une approche consistante de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, modifiée par la loi du 6 août 2024 et de la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé du 22 avril 2019 doit être intégrée aux enseignements, de manière à fixer les notions essentielles relatives au respect de l'autonomie, au consentement éclairé, au refus de soin et de manière globale, à tous les aspects de la déontologie de la pratique du soin.

(iv) Une approche des questions de responsabilité, notamment pénale, devrait également être intégrée.

Ces aspects légaux devraient être enseignés à travers des situations et cas pratiques, de manière à permettre à l'aspect légal de venir éclairer les pratiques de terrain et à sensibiliser aux aspects éthiques du soin qui découlent des « droits » reconnus aux patientes et aux usagères des soins de santé.

Ces enseignements peuvent être dispensés par des personnes formées en droit, notamment aux droits fondamentaux et aux matières juridiques relatives aux soins de santé, ou par des personnes enseignant en sciences humaines et sociales et/ou d'éthique suffisamment formées.

05. 1.2 / PERSPECTIVE SOCIOHISTORIQUE DES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES

En tant que phénomène systémique, les VGO ne peuvent être correctement appréhendées qu'en les articulant, de manière compréhensive, aux dimensions historiques, sociologiques, philosophiques et psychologiques de la santé, de la médecine et des inégalités de genres. En effet, la manière dont nos structures de soins sont pensées et organisées, ainsi que la façon dont nous « prenons soin », sont façonnées par un ensemble d'influences diverses qu'il est indispensable de mettre à jour pour repenser les pratiques actuelles.

En ce sens, une exploration de l'histoire de la médecine et de la gynécologie, ainsi qu'une analyse du « geste médical » en tant qu'acte à la fois technique, social et symbolique, contribueraient à mieux comprendre les conditions dans lesquelles certaines pratiques peuvent devenir sources de violence. L'introduction des perspectives développées par la recherche en sciences humaines et sociales (histoire, anthropologie, sociologie, philosophie, sciences politiques, psychologie) sur les dynamiques de pouvoir inhérentes à la relation entre personnes soignantes et personnes soignées, ainsi qu'aux institutions de soin est nécessaire à cette compréhension. Ces perspectives permettent en outre de prendre en considération les spécificités et des difficultés inhérentes aux actes de soin médical et paramédical (rapport au corps de l'autre, confrontation aux atteintes corporelles liées aux maladies et aux accidents, proximité avec la mort, confrontation à l'anxiété de l'autre, « objectification », etc.) et contribuent à éclairer les sources variées des phénomènes de violence dans le soin (Dominique Davous & al., 2014). Les connaissances empiriques (données quantitatives et qualitatives) et théoriques apportées par les études de genre et celles, appelées intersectionnelles, qui croisent les différents facteurs d'inégalité (tels que le genre, le sexe, la prétendue race, la condition sociale, l'âge, le handicap, etc.) dans la recherche sur la relation de soin, les institutions et le système de santé complètent l'analyse. Les études de *care* (*Care Theory, Ethic of* Care) devraient avoir leur place.

Cet enseignement devrait également inclure une vision sur l'évolution de la relation de soin et de la place des patients et des patientes et, plus largement, des personnes usagères du système de santé depuis la fin du 20e siècle (du paternalisme médical aux transformations induites par les mouvements de patients et patientes dans le contexte du sida, des maladies rares ou orphelines, par les mouvements des personnes avec un handicap ou ceux en faveur de la santé des femmes).

Sur ces bases, il conviendrait d'enseigner plus spécifiquement les données théoriques et empiriques (études quantitatives et qualitatives) relatives aux VGO, y compris leurs conséquences sur la santé et l'intégrité physique, psychique et sexuelle des femmes. Il est important de souligner que les soins gynécologiques et obstétricaux constituent des soins et des gestes médicaux bien particuliers, dans la mesure où ils touchent d'une part à l'intimité (à des processus ou des parties du corps chargés symboliquement), d'autre part à des situations (grossesse par exemple) où les femmes sont dans des situations de vulnérabilité physique et psychique.

Ces apprentissages devraient être confiés à des personnes enseignant les sciences humaines et sociales en santé, et si possible avec des spécialités portant sur la relation de soin (sociologie de la santé, anthropologie de la santé ou biomédicale, histoire de la médecine, philosophie de la médecine ou autre).

05. 1.3 / MODÈLES DE LA RELATION DE SOIN

Ces apprentissages doivent se prolonger avec l'enseignement des modèles qui cherchent à repenser et à refaçonner la relation de soin en pratique. Ces modèles promeuvent une vision des patients et des patientes dans leur globalité et leur identité, qui les place au centre du processus de soin et en valorisant sa participation active (en ce compris dans les situations d'urgence). Ils encouragent des démarches qui soutiennent la construction de la confiance indispensable au lien thérapeutique. Doivent ici être abordées les notions de bientraitance, d'empathie, d'alliance thérapeutique, de décision partagée, des patients et patientes partenaires, d'expertise d'usage, de soins basés sur les préférences des personnes soignées (*preference-based care*), etc. Cette vision de la relation de soin entre personnes soignantes et personnes soignées doit intégrer les acquis liés aux perspectives juridiques et sociohistoriques abordées ci-dessus, qui attirent l'attention sur les biais et préjugés qui nuisent à la relation de soin.

La participation de personnes concernées, représentant des mouvements de patients et de patientes, à ces apprentissages serait un atout pour enrichir les approches pédagogiques et réflexives.

Ces apprentissages devraient être confiés à des enseignants et enseignantes disposant d'une expertise venue d'une expérience sur le terrain de la discipline concernée (gynécologie, sage-femme, kinésithérapie) soit de la psychologie, soit des sciences humaines et sociales ou encore des sciences maïeutiques.

05. 1.4 / COMMUNICATION ET SAVOIR-ÊTRE DANS LE CONTEXTE DES SOINS DE SANTÉ

Entre les contenus et les méthodes pédagogiques, les questions de communication et de posture constituent le noyau dur de l'apprentissage des étudiants et étudiantes. Tant les aspects verbaux que non verbaux doivent être abordés, avec une attention portée à la vulnérabilité des patients et des patientes induite par la relation de soin et au *setting* particulier de l'institution de soin. Les enseignements devront également permettre au public étudiant de développer une posture respectueuse et bienveillante en décodant les différents savoir-être qui constituent cette posture (jusque dans les plus petits détails de la consultation, comme saluer, regarder, accompagner dans le cabinet, etc.).

La gestion des tensions, des émotions et des situations de conflit pourrait également être travaillée dans le cadre d'exercices pratiques ou de mises en situation, afin de renforcer la capacité des étudiants et des étudiantes à maintenir une posture bientraitante dans des contextes parfois complexes.

Ces apprentissages devraient être confiés à des enseignants et enseignantes disposant d'une expertise venue d'une expérience sur le terrain de la discipline concernée (gynécologie, sage-femme, kinésithérapie) soit de la psychologie, soit des sciences humaines et sociales ou encore des sciences maïeutiques.

05.2 / MÉTHODES PÉDAGOGIQUES TRANSVERSALES

Au-delà des contenus d'enseignement abordés ci-dessus, il est nécessaire que les programmes prévoient des modalités spécifiques d'apprentissages permettant au public étudiant d'acquérir et d'intégrer de nouvelles pratiques bienveillantes.

Nous identifions **4 environnements pédagogiques stratégiques** pour aborder la thématique des VGO : les cours théoriques de la formation initiale, l'encadrement et le suivi des stages, les activités d'apprentissage fondées sur la simulation et les laboratoires de communication, la formation continue du personnel soignant et des maîtres de stage.

Ces approches pédagogiques devront pouvoir introduire et former les publics étudiants à l'interdisciplinarité inhérente aux recherches sur le soin et au travail du soin.

Sur le plan de la recherche et de l'enseignement des contenus transversaux, l'interdisciplinarité signifie que plusieurs disciplines concourent à éclairer la compréhension des VGO dans leur caractère systémique et à penser les changements nécessaires (sciences humaines, y compris le droit). Il est donc nécessaire de familiariser les étudiants et les étudiantes avec ces champs disciplinaires et domaines d'étude.

Sur le plan du travail de soin, l'interdisciplinarité signifie la collaboration, sur le terrain, de plusieurs spécialités professionnelles (médecins, kinésithérapeutes, sages-femmes, psychologues, infirmier·ères, etc.). Il est

également nécessaire de prévoir des activités d'enseignement qui permettent d'entraîner les étudiants et les étudiantes à ces interactions, en favorisant les collaborations entre filières et établissements.

Toutes les activités, y compris celles visant à la transmission de contenus, doivent privilégier la participation active des étudiants et des étudiantes.

L'objectif global est d'articuler apprentissage théorique, cours pratiques, expérience de terrain et réflexion critique via la création d'espaces favorisant la collaboration et l'analyse critique des pratiques.

05. 2.1 / COURS THÉORIQUES EN FORMATION INITIALE

Des cours dits « théoriques », c'est-à-dire destinés à la transmission des contenus transversaux, devraient prendre place dans la formation initiale.

Les dispositifs pédagogiques pourraient encourager la collaboration entre filières et institutions, par la mise en place de cours ou d'interventions interfacultaires, interuniversitaires (en ce compris les hautes-écoles) voire internationales. De tels espaces offriraient aux étudiant·es l'opportunité de croiser les regards entre champs disciplinaires et de développer non seulement une compréhension commune des enjeux liés aux VGO, mais également des pratiques collaboratives et cohérentes.

Les dispositifs pédagogiques pourraient également inclure des rencontres avec des patientes, des associations d'usagères de soins gynécologiques, des formatrices et des formateurs issus du monde associatif engagé dans la prévention des VGO (*Plateforme pour une naissance respectée*, *Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial*, par exemple).

Les cours qui dispensent des contenus transversaux devraient déployer des méthodes permettant l'engagement actif des étudiants et des étudiantes (lectures, analyse de textes, débats et délibérations cliniques et éthiques en groupe, etc).

05. 2.2 / ENCADREMENT ET SUIVI DES STAGES

Les stages, en tant que moments privilégiés d'apprentissage expérientiel, devraient pouvoir être proposés dans des lieux diversifiés, en intégrant notamment des possibilités d'apprentissages dans l'associatif de première ligne (centres de planning familial, maisons médicales, etc.).

Il est également incontournable de pouvoir proposer aux publics étudiants des dispositifs encadrés permettant de systématiser les retours de vécus de stage. Ces espaces d'échanges, encadrés par des personnes formées à l'analyse réflexive et au débriefing, favoriseraient l'identification d'éventuelles pratiques problématiques et l'élaboration de pistes d'amélioration collectives.

La mise en place de séminaires post-stages interactifs, articulés à un dispositif d'observation ou de signalement, pourrait également contribuer à la détection et au traitement des situations de maltraitance ou de violence.

À cette fin, la collaboration entre les établissements de formation et les lieux d'accueil des stagiaires autour de la problématique des VGO devrait être encouragée.

05. 2.3 / ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE FONDÉES SUR LA SIMULATION ET LES LABORATOIRES DE COMMUNICATION

L'organisation de simulations ou de laboratoires de communication permettrait aux étudiants et aux étudiantes d'expérimenter différents types de situations de soins dans un environnement sécurisé. Ces outils favoriseraient la prise de conscience des enjeux relationnels, émotionnels et éthiques liés à l'acte de soin.

Lors de ces séances, pourraient y être intégrés des exercices pratiques de communication bienveillante, de recueil du consentement, d'éducation thérapeutique, etc.

Des exercices pratiques impliquant une variété de personnes exerçant dans le soin (sage-femme, kiné, médecin), analogues aux situations réelles devraient également être envisagés afin de renforcer la compréhension mutuelle et la coopération entre futurs acteurs et actrices du soin.

05. 2.4 / FORMATION CONTINUE DES PROFESSIONNEL·LES ET ACCOMPAGNEMENT DES MAÎTRES DE STAGES

La sensibilisation aux VGO pourrait se prolonger au-delà de la formation initiale par l'intégration de modules dédiés dans les programmes de formation continue.

La formation initiale et continue des maîtres de stage en particulier et, plus largement, de toute personne encadrant cliniquement des stagiaires est essentielle à l'intégration de la problématique et à la prévention des VGO dans la formation aux métiers du soin.

L'organisation de colloques interprofessionnels, d'échanges de bonnes pratiques et de formations croisées contribuerait à la diffusion durable d'une culture commune de bientraitance et de respect.

De manière générale, favoriser une réflexion critique sur les postures et les pratiques passe également par le soutien à de nouvelles recherches, qu'elles soient déployées durant ou après le cursus étudiant (TFF, mémoires, travaux, doctorats, articles scientifiques, etc.).

05.3 / CONCLUSIONS

Ces propositions visent à encourager une approche globale, réflexive et collaborative de la formation en santé. En favorisant l'intégration transversale de la sensibilisation aux violences gynécologiques et obstétricales, les universités et hautes écoles auraient l'opportunité de renforcer la qualité éthique, relationnelle et humaine des soins dispensés, au bénéfice tant des bénéficiaires de soins que du personnel soignant. De manière générale, la réflexion autour des violences gynécologiques et obstétricales et de la bientraitance doit pouvoir s'inscrire dans l'ensemble des cursus étudiants.

Aussi, il serait pertinent de mener un travail approfondi sur l'opérationnalisation de la formation et de visibiliser les VGO dans les référentiels de compétences, ainsi que les contenus minimaux

06. RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES PAR FILIÈRES POUR UNE INTÉGRATION OPÉRATIONNELLE

06.1 / BACHELIER SAGE-FEMME

Il est important de noter que chaque Haute École proposant une formation de sage-femme dispose de sa propre grille programme. Par conséquent, l'intégration des recommandations relatives aux violences gynécologiques et obstétricales devra être adaptée, dans une logique de cohérence pédagogique et de respect des spécificités organisationnelles et institutionnelles de chaque établissement.

L'intégration des recommandations relatives aux violences gynécologiques et obstétricales dans la formation des sages-femmes s'appuiera sur une progression cohérente tout au long du cursus.

Dès le premier bloc, les étudiants et les étudiantes acquerront les fondements du cadre légal et des droits du patient, à travers les lois relatives au genre, à la non-discrimination et à l'antiracisme, la Convention d'Istanbul, les droits en santé sexuelle et reproductive, ainsi que les textes encadrant la qualité des soins et l'autodétermination corporelle. Ces notions seront transmises via des cours magistraux enrichis de cas cliniques, puis approfondies aux blocs supérieurs dans les unités d'enseignement de droit, d'éthique et de santé publique, en lien direct avec les stages, laboratoires et simulations.

La formation abordera également les perspectives sociohistoriques des violences gynécologiques et obstétricales, envisagées comme un phénomène systémique. Les étudiants et les étudiantes analyseront les dimensions historiques, sociologiques, psychologiques et philosophiques du soin, les données empiriques disponibles, les conséquences des VGO sur la santé des femmes, ainsi que les enjeux d'inégalités de genre, d'intersectionnalité et de dynamiques de pouvoir dans la relation soignant-soignée. Ces apprentissages s'opéreront au travers de séminaires interdisciplinaires, de lectures, de débats, de rencontres avec des patientes ou associations d'usagères, de simulations et de laboratoires de communication. Cette réflexion se prolongera dans les enseignements de sciences humaines, de communication, d'anthropologie et d'éthique, ainsi que dans les débriefings post-stage, les travaux de fin d'études.

Parallèlement, les modèles contemporains de la relation de soin seront travaillés de manière progressive. Les étudiants et les étudiantes seront formées à des approches centrées sur la globalité de la personne, l'alliance thérapeutique, la décision partagée, la reconnaissance de l'expertise et les soins fondés sur les préférences de la patiente. Une attention particulière sera accordée à l'identification des biais et préjugés pouvant nuire à la qualité du soin. Ces contenus prendront forme à travers des ateliers pratiques, l'analyse de situations cliniques, des simulations, des témoignages de patientes et des scénarios intégrant le recueil du consentement et la protection de l'intimité. Ils s'inscriront dans les cours de démarche clinique, d'éducation à la santé, de la culture qualité et la communication interprofessionnelle, avec une consolidation progressive jusqu'à la professionnalisation en bloc 4.

Enfin, la formation développera les compétences communicationnelles et le savoir-être indispensables à une pratique bientraitante. Les étudiants et les étudiantes apprendront à mobiliser les aspects verbaux et non verbaux de la communication, à adopter une posture respectueuse et sécurisante lors des consultations, à reconnaître la vulnérabilité des patientes en contexte de soins et à gérer les situations de conflit ou d'émotions intenses. Ces capacités sont développées par des exercices pratiques, des mises en situation et des

simulations, depuis les fondements acquis en bloc 1 jusqu'aux approfondissements théoriques et pratiques des blocs 2 à 4.

06.2 / BACHELIER ET MASTER EN KINÉSITHÉRAPIE

En kinésithérapie, l'enseignement relève de l'université, mais également de hautes écoles. Le référentiel national fixe les grands axes du métier, mais chaque institution conserve une part significative d'autonomie pour l'organisation et le détail de ses programmes.

L'enseignement est réparti en deux cycles : le bachelier d'une durée de 3 ans et le master en 1 an, soit une formation d'au moins 4 ans, en voie d'évolution pour aboutir à 5 ans. Le premier cycle privilégie une approche théorique et fondamentale des savoirs, où les grands principes pourraient être enseignés dans le cadre de cours magistraux. Le second cycle, plus orienté vers la pratique, les stages et une application concrète des savoirs aux réalités du terrain, se prête plus à la mise en œuvre concrète des apprentissages acquis lors du premier cycle.

06. 2.1 / CONTENU RECOMMANDÉ

06. 2.1.1 / Formation en bachelier

Objectifs et contenu : formation scientifique de base en sciences biomédicales (anatomie, physiologie, biomécanique) sciences humaines et sociales (psychologie, communication, relation de soin, sociologie, histoire de la profession)

Apprentissage pratique de terrain durant les stages

Méthodes pédagogiques : ajout aux cours magistraux et travaux pratiques déjà existants, mise en situation spécifique relative au recueil du consentement dans les soins, laboratoire de communication, rencontre avec des associations et des patients et patientes partenaires.

- Bloc 1 : sensibilisation aux enjeux relationnels, éthiques et contextuels
- Bloc 2 : approfondissement progressif des compétences cliniques, relationnelles et de communications
- Bloc 3 : intégration des expériences cliniques et retours réflexifs

Contenu : modules de prévention des VGO et réflexion sur l'alliance thérapeutique « droits du patient »; sensibilisation au cadre légal belge et européen, bases en éthique, diversité culturelle, publics vulnérables ; développement d'une posture professionnelle, de la bientraitance, de l'autonomie des bénéficiaires de soins, début d'ouverture à l'interdisciplinarité.

06. 2.1.2 / Formation en master

Objectifs et contenu : consolidation des savoirs et connaissances scientifiques acquises, notamment dans le cadre de domaines de spécialité (accompagnement de grossesse, pelvi-périnéologie) et de gestion de cas complexes

Acquisition de compétence en organisation des soins pour la pratique indépendante, démarche qualité, gestion de projet, introduction à la digitalisation des soins.

Méthodes pédagogiques : cours d'amélioration des pratiques professionnelles, retours de stage en petits groupes

- Bloc 4 : ouverture à davantage de stages professionnalisants en structures associatives, maison de santé et associations,
- Bloc 5 : ouverture à la formation continue et à l'actualisation des compétences par la veille scientifique et l'interprofessionnalisme.

Contenu : gestion des cas complexes et vulnérables, notamment en situation de violence institutionnelle, de surmédicalisation ou d'exclusion sociale ; entraînement au respect de l'intimité, à la décision partagée, à l'autonomisation des patientes ; compréhension de l'accompagnement des personnes victimes de VGO et connaissance des acteurs de terrain locaux pour réorienter.

06.3 / BACHELIER ET MASTER EN MÉDECINE ; FORMATION CONTINUE DES GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS

06. 3.1 / CONTENU D'APPRENTISSAGE

Quatre type de contenus d'enseignement doivent être développés et intégrés dans la formation des soignants et des soignantes : le cadre légal et les textes internationaux de référence (1), la perspective sociohistorique sur les violences gynécologiques et obstétricales (2), les modèles de la relation de soin (3) et la communication et le savoir-être dans le contexte des soins de santé (4). Cfr supra 05.1/

En fonction du cursus spécifique des études de médecine, l'intégration de ces 4 types de contenus pourraient être intégrés de la manière suivante :

01. **Éléments d'anthropologie et d'éthique** pour intégrer progressivement les thèmes : la perspective sociohistorique sur les violences gynécologiques et obstétricales (2) et la communication et le savoir-être dans le contexte des soins de santé (4) afin de situer le futur personnel soignant, au tout début de sa formation, en ce qui concerne le « geste médical » moderne dans son rapport au corps du soigné. Cet enseignement traitera aussi des «autorisations» particulières données aux médecins dans l'accès au corps des personnes soignées sous condition indispensable de leur consentement.

    Ces cours peuvent être dispensés par des personnes enseignant les sciences humaines et sociales et/ou d'éthique suffisamment formées avec des spécialités portant sur la relation de soins (sociologie de la santé, anthropologie de la santé ou biomédicale, histoire de la médecine, philosophie de la médecine ou autre). (Bachelier)
02. **Approche de la thématique de la bienveillance dans les soins et du consentement éclairé non spécifique aux VGO** pour intégrer progressivement les quatre thèmes identifiés: le cadre légal et les textes internationaux de référence (1), la perspective sociohistorique sur les violences gynécologiques et obstétricales (2), les modèles de la relation de soin (3) et la communication et le savoir-être dans le contexte des soins de santé (4) dans les cours de **psychologie, de formation à la relation et de déontologie.** (Bachelier ou Master)

    Ces cours peuvent être dispensés par des personnes enseignant les sciences humaines et sociales et/ou d'éthique suffisamment formées, par des personnes formées aux droits fondamentaux et aux matières juridiques relatives aux soins de santé et par des enseignants et des enseignantes disposant

d'une expertise issue du terrain médical et disposant d'une formation pédagogique en la matière. (BAC 2 / 3)

03. **Approche spécifique de la thématique des VGO** dans leur définition et leur spécificité, dans le cadre des **cours de gynécologie - obstétrique.**

    Les quatre thèmes seraient réabordés, mais de manière plus spécifique et plus intégrée dans le cours de gynécologie-obstétrique en insistant sur les notions de vécu traumatique, d'alliance thérapeutique, de bientraitance, de patiente partenaire, de consentement éclairé. Ces apprentissages devraient être confiés à des enseignants et enseignantes disposant d'une expertise de terrain (G-O), soit de personnes enseignant la psychologie, soit les sciences humaines et sociales, mais disposant d'une expertise en matière de relation de soins en G-O (Master 1 /2)

06. 3.2 / MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

01. **Cours magistraux** : *cfr supra 06.3.1*
02. **Travail personnel ou en petit groupe** sur cas clinique (**porte folio, TFE**, etc..) **(Master 2/3)**
03. **Ateliers / exercices pratiques / jeux de rôle / simulation :** Objectifs : (i) la communication (adaptation aux patientes, à leurs spécificités, à leur vulnérabilité) (ii) les attitudes corporelles (saluer, regarder, accompagner dans le cabinet), orientées comportement et savoir-être (iii) bientraitance/bienveillance : communication, examen clinique, gestes, etc. (Journées de retour d'expérience de stage , laboratoire de communication, centre de compétences cliniques, skill lab, etc.. **(Master 1/2/3) (3e cycle: MACCS/PG en G-O, médecine générale, pédiatrie et anesthésie)**
04. **Ateliers / exercices pratiques / jeux de rôle / simulation en interdisciplinarité / séminaires post-stages interactifs :** Objectifs : travailler les problématiques ci-dessus avec les autres métiers concernés : sages-femmes, kinés, psychologues. **(3e cycle: MACCS/PG en G-O, médecine générale, pédiatrie et anesthésie)**
05. **Certification pour l'obtention de l'agrément en gynécologie obstétrique, en pédiatrie et en anesthésie: (3e cycle)** Pour obtenir l'agrément en gynécologie-obstétrique (CFWB), les candidats et candidates spécialistes doivent actuellement suivre une formation sur les 5 thématiques suivantes : 1) Communication avec les patientes, 2) Qualité des soins, 3) Médecine factuelle et collaboration interdisciplinaire, 4) Gestion électronique des données, 5) Leadership clinique.

    Une sixième thématique intitulée "Prévention des violences gynécologiques et obstétricales" devrait être rajoutée. Cette thématique serait en complément de la thématique 1) (Communication avec les patientes) et spécifique pour les candidats et candidates spécialistes en gynécologie-obstétrique. Par ailleurs, pour les candidats et candidates spécialistes en pédiatrie et en anesthésie, cette 6e thématique pourrait être intégrée dans la première.
06. **Formation continue : Médecine générale, gynécologie obstétriques, pédiatrie, anesthésie.** La formation continue est assurée en partie par les *universités* et par les *sociétés savantes* telles la SBMG (Société Belge de Médecine Générale) et le CRGOLFB (Collège Royal des Gynécologues-Obstétriciens de Langue Française de Belgique).
07. **Formation des Maîtres de stages :** La plupart des maîtres de stages n'ont pas eu l'occasion de suivre une formation sur la problématique des violences gynécologiques et obstétricales et encore moins sur les méthodes à appliquer pour la formation à leurs stagiaires. Une formation obligatoire minimale sous la forme d'une journée ou d'une demi-journée de cours et d'ateliers devrait être instaurée pour l'obtention ou le renouvellement de l'agrément fédéral et de la nomination par les universités du titre de maître de stage en médecine générale, en gynécologie obstétrique, en pédiatrie et en anesthésie. Cette

formation pourrait être organisée en interuniversitaire. Maîtres de stages en médecine générale, gynécologie obstétrique, pédiatrie, anesthésiste.

Il importe également de prendre en compte les personnes responsables de stages à tous les niveaux et dans l'ensemble des filières concernées, y compris lorsque celles-ci ne relèvent pas d'un système d'agrément formel, mais entretiennent néanmoins des liens étroits avec les établissements de formation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Amjahad, A., Cosentino, C., Richard, F., Guiot, F., Servais, J., & Warnimont, M. (2021). Les conditions d'accouchement en Belgique francophone avant et pendant le COVID [Childbirth conditions in French-speaking Belgium before and during COVID] (p. 137). Plateforme pour une naissance respectée.

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 7(7), CD003766. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6

Chalut-Natal Morin, C., & Sainflou, A. (2020). Rapport sur l'évaluation de la santé au travail des sages-femmes en France (p. 50). Collège National des Sages-Femmes de France. https://www.cnsf.asso.fr/le-burn-out-chez-les-sages-femmes-un-fleau-pour-la-perinatalite-francaise/

Chomé, C. (2023). Représentations du phénomène de « violences gynécologiques et obstétricales » par les assistantes en spécialisation de gynécologie-obstétrique [Mémoire de recherche qualitative]. Université Catholique de Louvain.

Conseil de l'Europe. (2019). Violences obstétricales et gynécologiques (Doc. 14965). Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe. https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=28108&lang=FR

Davous D., Le Grand-Sebille C., Seigneur E. (2014), L'éthique à l'épreuve des violences du soin, Paris, Érès.

Devos C., Gaucher L., Cortet M., Huissoud C. Le vécu de la prise en charge en salle de naissance: une étude qualitative et comparative. Périnatalité, 2021; vol.13, n°3: 142-9

Dubravka, Š. (2019). Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences concernant l'adoption d'une 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 (Rapport des Nations Unies A/74/137; p. 27). Assemblée générale des Nations Unies.

El Kotni, M., & Quagliariello, C. (2021). L'injustice obstétricale. Une approche intersectionnelle des violences obstétricales. Cahiers du Genre, 71(2), 107-128. https://doi.org/10.3917/cdge.071.0107

Hakimi, S., Allahqoli, L., Alizadeh, M., Ozdemir, M., Soori, H., Turfan, E. C., Sogukpinar, N., & Alkatout, I. (2025). Global prevalence and risk factors of obstetric violence : A systematic review and meta-analysis. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 13. https://doi.org/10.1002/ijgo.16145

Lausberg, S. (2020). Violences obstétricales, un enjeu de la lutte contre les violences envers les femmes. Périnatalité, 12(4), 157-164. https://doi.org/10.3166/rmp-2020-0097

Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L., & Rousseau, C. (2018). La violence obstétricale dans les soins de santé : Une analyse conceptuelle [Obstetrical violence in health care: A conceptual analysis.]. Recherches féministes, 31(1), 219-238. https://doi.org/10.7202/1050662ar

Michel, S., Leroy, C., Van Leeuw, V. (2025). Santé périnatale en Région bruxelloise – Année 2024. Centre d'épidémiologie périnatale.

Mirzania, M., Shakibazadeh, E., Maleki, A., Noorafrooz, M., Karimi, N., Mayra, K., Dashtkoohi, M., & Hantoushzadeh, S. (2025). Prevalence of mistreatment and disrespect of women during childbirth in the world : A systematic review and meta-analysis. Reproductive Health, 22(1), 193. https://doi.org/10.1186/s12978-025-02119-6

OMS. (2014). La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins : Declaration de l'OMS. https://apps.who.int/iris/handle/10665/134589

OMS. (2024). Transitioning to midwifery models of care : Global position paper (p. 40). World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/379236

Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse : Addressing the structural dimensions of obstetric violence. Reproductive Health Matters, 24(47), 47-55. https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002

Sénat de Belgique. (2024). Rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales [Information report on the right to bodily self-determination and the fight against obstetric violence] (7-245/9; p. 49). Sénat de Belgique.

Vandenbroeck, S., Vanbelle, E., De Witte, H., Moerenhout, E., Sercu, M., De Man, H., Vanhaecht, K., Van Gerven, E., Sermeus, W., & Godderis, L. (2013). Une étude sur le burn-out et l'enthousiasme chez le personnel médical et infirmier dans les établissements hospitaliers de Belgique. (p. 71). Pour le compte du SPF Santé publique et SPF Emploi. https://emploi.belgique.be/fr/propos-du-spf/services-offerts/projets-de-recherche/2013-burnout-chez-les-medecins-et-les