

# Pour la première fois, les sociétés savantes reconnaissent les violences gynécologiques et obstétricales

Un groupe de travail réunissant médecins, sages-femmes, associations et pouvoirs publics s'est accordé sur une définition commune du phénomène et sur des recommandations pour prévenir ces atteintes.

LORRAINE KIHIL (AVEC S.DX.)

Valérie\* n'a jamais eu de problème à parler de son accouchement. Ou plutôt du cauchemar de son accouchement. La péridurale qui l'a contrainte à rester allongée pendant dix heures, les va-et-vient incessants des soignants dans sa chambre, alors qu'elle a les jambes écartées, sans qu'on se préoccupe jamais de son consentement – « sérieusement, je me suis demandé s'il y avait encore quelqu'un à Bruxelles qui n'avait pas vu mes entrailles ». Les tensions perceptibles dans la salle d'accouchement, alors qu'il devient urgent de sortir le bébé. « Les sages-femmes semblaient favorables à la césarienne mais la gynécologue voulait à tout prix poursuivre par voie basse et elle a clairement fait comprendre que c'était elle qui décidait. » Les pressions des sages-femmes sur son ventre pour pousser le bébé, une manœuvre pourtant hautement déconseillée, car dangereuse pour la mère et l'enfant. La ventouse utilisée plusieurs fois pour sortir le bébé. Les problèmes gastriques qui ne la quittent plus, encore des années après. Le périnée abîmé. L'impression que depuis l'épisiotomie, « quelque chose n'est pas ok ». Une très mauvaise expérience, mais une expérience « normale », à ranger dans la catégorie des choses qu'il faut savoir gérer, endurer. Et elle est de toute façon tellement occupée, après la naissance, par la revalidation et par son fils. Elle laisse ça de côté. C'est sa kiné qui lui dit un jour que ce qu'elle a vécu n'est pas « normal », mais « trash » et qu'elle a peut-être besoin de contacter l'hôpital, de faire quelque chose pour clôturer.

Des années plus tard, Valérie contacte la Plateforme pour une naissance respectée et met les mots sur ce qu'elle a vécu : des violences gynécologiques et obstétricales (VGO). Le concept, qui a été un gros sujet de polémique en France ces dernières années, est source de crispation chez les soignants. Pour ne pas parler de tabou. Les révélations spectaculaires autour de G.D., un gynécologue qui aurait agressé sexuellement des dizaines, si pas des centaines de femmes, ont récemment confronté la Flandre au phénomène, tout en édulcorant un de ces principaux aspects : l'extrême banalité de ces violences, dont les atteintes sexuelles ne sont qu'un des aspects.

Pour la première fois, un groupe de travail piloté par l'Institut pour l'égalité entre les femmes et les hommes et intégrant les sociétés savantes de gynécologues et de sages-femmes, associations et administrations s'est accordé sur une définition des violences gynécologiques et obstétricales et, partant, sur leur reconnaissance. Un pas historique dans la mesure où les organisations professionnelles de médecins s'étaient jusqu'à toujours montrées très réticentes à être associées à toute idée de « violences ». L'occasion aussi de formuler une série de recommandations pour les prévenir et changer les pratiques.

Est donc considéré comme une violence gynécologique ou obstétricale « 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 entraîne, ou est susceptible d'entraîner, des dommages ou souffrances de nature physique ou psychologique ». Soit effectuer un acte sans s'assurer du consentement libre et éclairé de la patiente, ne pas respecter un refus d'acte médical, abandonner des soins sans réorienter la patiente, imposer un acte non justifié sur le plan médical, ne pas respecter l'intimité, la pudeur ou la confidentialité, ne pas tenir compte de l'expression de douleur, se montrer violent verbalement, physiquement ou sexuellement. Le texte souligne au passage que les VGO sont une forme spécifique de violences basées sur le genre, prenant « racine dans des

rapports de pouvoir inégaux entre les femmes et les hommes, dans la médicalisation du corps des femmes et des minorités de genre, dans la minimisation de leur parole et de leur douleur et dans l'invisibilisation de leurs expériences dans le champ de la santé ».

« Ce n'est pas toujours mal intentionné »

« On a tous été, à un moment ou un autre, témoin ou acteur, passif ou actif, d'une certaine forme de violence. Il faut bien sûr nuancer le terme de « violence », balise Maxime Fastrez, gynécologue et président du collège royal des gynécologues obstétriciens francophones. « Ce n'est pas toujours mal intentionné ; face à une urgence, un professionnel peut paniquer et vouloir agir vite. Mais en agissant ainsi, on néglige la communication et cela peut être interprété, à juste titre, comme de la violence. » Et de fait, une des principales recommandations du groupe de travail porte sur l'accès des patientes à une information complète et neutre pour être actrice des décisions les concernant. Entre autres axes de travail : renforcer la formation, veiller à une meilleure inclusion des publics minorisés (victimes de violences, femmes étrangères, LGBTI+, handicapée), lancer une enquête nationale pour mieux objectiver le phénomène.

Le rapport insiste par ailleurs sur la piste de la médiation, proposant de créer un groupe de travail spécifique afin d'adapter les dispositifs existant.

Valérie, en l'occurrence, est contente de la médiation qui lui a permis de boucler la boucle. Enfin, elle précise : elle est contente d'avoir pu déposer son histoire et d'avoir appris que sa gynécologue, désormais à la retraite, n'exerçait plus. « Au début, c'était compliqué, car l'environnement me semblait hostile. Je me suis retrouvée face à ma gynécologue et plusieurs chefs de service. Elles ont expliqué leurs décisions lors de l'accouchement et ça m'a fait du bien de l'entendre, de mieux comprendre certains gestes, mais mon sentiment était qu'il s'agissait surtout de se justifier. Pas vraiment de se remettre en question. »

\*Le nom a été changé à sa demande.

**la sage-femme** « Pour les soignants, les VGO, ce sont un aveu d'impuissance »

L. K., S.DX.

En reconnaissant le phénomène des violences gynécologiques et sexuelles, le monde médical touche à un tabou douloureux qui met encore mal à l'aise nombre de soignants, même si les mentalités évoluent, notamment chez les jeunes médecins et sages-femmes. « Parce qu'on a signé pour guérir, pour soigner, on pense qu'on est d'office bien-traitant, alors c'est très dur de recevoir un message contraire », souligne Michèle Warnimont, représentante de l'Union professionnelle des sages-femmes belges, qui a participé au groupe de travail. Une réticence qui s'est longtemps traduite par un refus sémantique, avec l'idée qu'en dehors de quelques brebis galeuses qui relèvent de la justice pénale, le terme de « violence » ne devrait pas être utilisé, dès lors qu'il n'y a pas d'intention de nuire. Et qui se traduit désormais par une insistance sur les violences « ressenties » et de problèmes de communication.

« En obstétrique, je peux être absorbé par un acte à risque – prenons un accouchement : je gère mon stress, je tiens deux vies entre mes mains, je me focalise sur la sécurité – et la communication se perd. C'est là que naît la perception de violence », souligne Patrick Emonts, gynécologue, professeur émérite en obstétrique à l'Université de Liège, président de l'Absym. « Lorsque les choses se compliquent, la disparité entre ce que la patiente croyait vivre et ce qui se passe réellement peut générer un vécu de violence. Le fait de dire que "le monitoring n'est pas bon, je dois aider votre bébé, j'ai besoin de vous. Etes-vous d'accord ?" ça change tout. Lorsque la patiente est partie prenante, le vécu est beaucoup moins traumatisant, même si le geste technique est identique. »

**La machine du système de santé**

Début 2023, Céline Chomé a réalisé une série d'entretiens avec des internes en gynécologie pour son mémoire en science de la santé, sur la perception des VGO. « Dans la discussion, il apparaissait que les personnes se retrouvaient régulièrement coincées dans des dilemmes complexes, entre, d'un côté, ce qu'elles voudraient avoir comme pratique et, de l'autre, les contraintes de temps, le manque de personnel, les craintes médico-légales et les contraintes hiérarchiques. Il y a vraiment un malaise à se sentir impuissant face à cette énorme machine du système de santé, ses obligations de rendement. »

« Quand on ne dispose plus des conditions pour faire son métier correctement, ça se répercute sur le maillon le plus faible, celui sur lequel on a le pouvoir », abonde Michèle Warnimont. « Pour les soignants, les VGO, ce sont un aveu d'impuissance. » Pour Clémence Bertouille, aujourd'hui sage-femme au CHU Saint-Pierre, c'est le modèle de soin qui doit être interrogé. « Le système de tarification à l'acte valorise les gestes techniques et pas le temps nécessaire à l'information complète et adaptée, indispensable au consentement éclairé. »



L'accouchement est un moment qui peut entraîner « des dommages ou souffrances de nature physique ou psychologique ». © SHUTTERSTOCK.



Prenons un accouchement : je gère mon stress, je tiens deux vies entre mes mains, je me focalise sur la sécurité – et la communication se perd

Patrick Emonts  
Gynécologue

