

Faculté de droit et de criminologie

Approche féministe et juridique des violences obstétricales

Auteur : Debelle Marie

Promoteur : Hausman Jean-Marc

Année académique 2020-2021

Master en Droit

Finalité Justice civile et pénale

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens.

Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.

Remerciements

Je souhaite, avant tout, exprimer l'étendue de ma gratitude à mon promoteur, Monsieur Hausman Jean-Marc, pour sa disponibilité, son aide et ses judicieux conseils qui ont orienté et guidé la rédaction de ce travail.

Je tiens, ensuite, à exprimer ma reconnaissance envers les personnes qui par leurs écrits, leurs paroles et leurs conseils ont su guider mes réflexions.

Je remercie également les personnes qui ont pris le temps de relire attentivement mon travail et dont les suggestions m'ont été précieuses.

Je souhaite également remercier ma famille, mes proches et mes amis qui, depuis le début de mes études, m'ont apporté soutien et encouragements dont je n'aurais pu me passer.

Enfin, je remercie toutes celles et ceux qui prendront le temps de s'intéresser à ce sujet captivant.

Table des matières

Introduction	1
Titre 1 : Les violences obstétricales : mise en contexte	3
Chapitre 1 : Les violences obstétricales : origine et évolution	3
Section 1 : La domination masculine comme origine.....	3
Section 2 : La construction du concept de violence obstétricale	4
Chapitre 2 : Les violences obstétricales : violences de genre et institutionnelles	6
Section 1 : Le caractère institutionnel des violences	6
Sous-section 1 : Le pouvoir de la blouse blanche	8
Sous-section 2 : Le déclenchement de l'accouchement	9
Sous-section 3 : La péridurale	10
Sous-section 4 : La césarienne	11
Section 2 : Le caractère genré des violences.....	12
Sous-Section 1 : La déssexualisation de l'accouchement.....	14
Sous-section 2 : La discipline corporelle	15
Sous-section 3 : L'épisiotomie	16
Section 3 : L'articulation entre violences de genre et violences institutionnelles	18
Chapitre 3 : Les formes de violences obstétricales.....	18
Chapitre 4 : Les conséquences des violences obstétricales	20
Section 1 : La détresse psychologique	20
Section 2 : Les séquelles physiques	21
Section 3 : L'impact sur le rapport au soin	21
Section 4 : L'arrêt de la vie professionnelle	22
Section 5 : L'altération des relations sociales, familiales et sexuelles	22
Titre 2 : L'approche féministe du consentement dans la relation médicale.....	24
Chapitre 1 : Les violences de genre et leur impact sur le droit.....	24
Chapitre 2 : Les combats autour de la santé et de la sexualité	26
Section 1 : La contraception et l'avortement	26
Section 2 : Le consentement à la sexualité	28
Chapitre 3 : L'évolution des luttes féministes dans le champ de l'obstétrique	30
Section 1 : Le consentement aux examens gynécologiques au XIX ^e siècle	31

Section 2 : Le Women's Health Movement aux USA	33
Section 3 : Les touchers vaginaux sous anesthésie générale : le déclencheur francophone	35
Titre 3 : Les violences obstétricales au regard du droit.....	38
Chapitre 1 : Le droit à l'information	39
Chapitre 2 : Le droit au consentement.....	41
Section 1 : Le droit au consentement libre et éclairé	41
Section 2 : La situation d'urgence	42
Chapitre 3 : Le droit à des prestations de qualité	43
Chapitre 4 : Le droit à la prise en charge de la douleur et à l'interdiction de la torture	43
Chapitre 5 : Les infractions de coups et blessures volontaires, viols et attentats à la pudeur	45
Titre 4 : Les réactions et solutions pour combattre les violences obstétricales.....	48
Chapitre 1 : Les réactions	48
Section 1 : La confrontation.....	48
Section 2 : La médiation	49
Section 3 : L'action en justice.....	50
Sous-section 1 : La phase précontentieuse	50
Sous-section 2 : La phase contentieuse	51
1. La procédure pénale.....	51
2. La procédure civile	52
3. La procédure disciplinaire	53
Chapitre 2 : Les pistes de solutions	54
Section 1 : Informer et être informé.....	54
Section 2 : Former les soignants sur le bien-être des patientes.....	55
Section 3 : Renforcer les moyens humains et financiers des maternités	56
Section 4 : Établir des normes visant à sanctionner les violences obstétricales	56
Section 5 : Accoucher à domicile ou en maison de naissance	57
Conclusion :	60
Annexes	62
Annexe 1 : Témoignages des violences obstétricales.....	62
Annexe 2 : Exemple de courrier circonstancié faisant état des violences subies	71
Annexe 3 : Dépôt de plainte au procureur du Roi	72

Bibliographie :	73
Législation:	73
Belge :	73
Française :	74
Européenne :	74
Internationale :	74
Autres :	75
Jurisprudence:	75
Doctrines:	76
Monographies :	76
Ouvrages collectifs :	77
Périodiques :	78
Divers :	81
Associations :	81
Sitographie :	82
Audiovisuels :	85

Introduction

« Je m'engage à œuvrer de mon mieux pour une médecine de qualité, au service des personnes et de la société. Au service de mes patients, je favoriserai leur santé et soulagerai leurs souffrances. J'informerai correctement les personnes qui font appel à mes soins. Je respecterai la vie et la dignité humaine (...) »¹

Le serment d'Hippocrate, traditionnellement prêté par les jeunes médecins avant de commencer à exercer, suppose que ces derniers s'engagent à exercer leur métier avec respect et bienveillance envers leurs patients, aussi bien de sexe féminin que masculin.

La réalité est cependant tout autre. En effet, le monde médical n'échappe pas au sexisme et au patriarcat. Ce constat est d'autant plus criant dans les services de gynécologie et d'obstétrique où la violence y est banalisée. Propos stigmatisant, non-prise en compte de la douleur, actes médicaux effectués sans consentement. Telle est la triste vérité lorsque les femmes se rendent chez leur gynécologue ou obstétricien.

Ces maltraitances, dénoncées depuis peu mais présentes depuis toujours, feront donc l'objet de ce travail. Le point d'attention est l'obstétrique mais il convient d'inclure la prise en charge gynécologique et d'une manière plus globale, la prise en charge médicale.

Le combat contre les violences obstétricales est mené en Belgique depuis 2013 par Marie-Hélène LAHAYE, juriste et auteure du blog « marieaccouchela », devenue figure de proue en la matière. Cette dernière définit les violences obstétricales comme « tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de la santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente²⁻³ ».

Ces violences couvrent l'ensemble des événements qui peuvent se produire en salle d'accouchement ou lors d'une consultation gynécologique. Elles peuvent constituer en des actes posés ou omis mais également dans l'attitude du personnel hospitalier dans son ensemble⁴. Marie-Hélène LAHAYE rappelle l'importance du droit à l'information et au

¹ Version adaptée du serment d'Hippocrate du Conseil national de l'Ordre des médecins, disponible sur <https://ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-belgique>

² M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, Paris, Michalon, 2018, p. 187.

³ Une parturiente est une femme en train d'accoucher.

⁴ M. BEN JATTOU *et al.*, « Zones à défendre. Manuel d'autodéfense féministe dans le cadre de la consultation en

consentement⁵. Elle affirme également que les actes obstétricaux requièrent « l'utilisation consciencieuse et judicieuse des preuves actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patiente⁶ ». Pourtant, nous verrons que certaines pratiques ne sont pas toujours médicalement justifiées et peuvent alors être vecteurs de violence, comme cela peut être le cas pour la césarienne ou l'épisiotomie, définies dans le courant de ce mémoire.

De ces diverses constatations, se posent les questions quant à la manière dont le droit belge fait face aux violences obstétricales et dans quelle mesure les femmes ainsi que leurs droits sont protégés. Il convient également de s'interroger sur les difficultés de la mise en œuvre du droit à cet égard et sur les améliorations qui peuvent y être apportées. Ce travail tente de répondre à ces interrogations, sans prétendre à une exhaustivité.

Le premier titre consiste à établir le portrait des violences obstétricales en retraçant leur origine et évolution au fil des siècles et en établissant leurs conséquences sur le vécu des femmes. Il y sera démontré, sur base d'illustrations, comment les stéréotypes de genre et l'organisation même de l'hôpital ont fait émerger une médecine basée sur le rendement et la technique, qui méconnaît alors le corps féminin et *de facto* les droits des femmes.

Le second titre de ce travail porte sur la manière dont les féministes se sont intéressées à la santé et à la sexualité des femmes, au travers notamment de leurs revendications pour le droit à la contraception et à l'avortement. Le cheminement de leurs luttes contre les violences obstétricales autour de la notion de consentement y sera également analysé.

Le troisième titre a pour objet l'analyse de la responsabilité du médecin et la situation du droit sur le sujet. Le droit belge et européen seront abordés conjointement au travers des différents droits fondamentaux des patientes.

Pour terminer, les différentes réactions que les violences obstétricales peuvent entraîner, seront analysées dans le dernier titre. Des pistes de solutions seront également apportées pour combattre ces violences.

santé sexuelle et reproductive », disponible sur <https://www.femmesetsante.be/ressources/zones-a-defendre/>, 2020.

⁵ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 août 2002, art. 7 et 8.

⁶ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.*, p. 187.

Titre 1 : Les violences obstétricales : mise en contexte

Afin d'avoir la possibilité d'aborder toutes les questions juridico-féministes qui intéressent ce travail, il convient de s'arrêter sur le concept de violences obstétricales en abordant, entre autres, sa définition, son évolution et ses causes.

Chapitre 1 : Les violences obstétricales : origine et évolution

Au vu de la récente émergence dans la presse et sur les réseaux sociaux de témoignages sur le sujet, nous pourrions penser que les violences obstétricales existent depuis peu. Ce n'est pourtant pas le cas. Dans les sections suivantes, il sera explicité que les maltraitances à l'encontre des femmes dans le domaine de l'obstétrique sont apparues il y a de nombreux siècles.

Section 1 : La domination masculine comme origine

Durant plusieurs centaines d'années, les accouchements sont exercés par et pour les femmes, écartant les hommes et leur possible domination du domaine obstétrical. Les infirmières et sages-femmes pratiquaient des rituels permettant notamment de raccourcir le cycle menstruel et de gérer la douleur des parturientes⁷. La science du Moyen-Age accordait donc aux femmes un certain contrôle sur leur corps et leur reproduction.

Cependant, les hommes ont progressivement pris la place des sages-femmes dans les métiers de la santé. En effet, à partir du XVI^e siècle, la réputation de ces dernières est remise en question par l'Eglise et l'Etat qui les accusent de pratiquer la sorcellerie et de commettre des infanticides en recourant à des techniques d'avortement et de contraception⁸. Par la suite, les docteurs masculins s'intéressent à la gynécologie et l'obstétrique et font leur entrée dans ces services. Les sages-femmes sont alors reléguées au second plan. Cette monopolisation des salles d'accouchement par les hommes s'accroît par la généralisation de l'usage d'instruments obstétricaux tels que le forceps⁹ qui deviennent le symbole de la puissance

⁷ B. EHRENREICH et D. ENGLISH, *Sorcières, sages-femmes & infirmières. Une histoire des femmes soignantes*, Paris, Cambourakis, 2018, p. 165.

⁸ H.C.E., « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme », Paris, 2018, rapport n°2018-06-26-SAN-034, p. 80.

⁹ Instrument prenant la forme d'une grande pince et destiné à saisir la tête du bébé pour en faciliter l'expulsion dans certains accouchements difficiles.

masculine¹⁰. Au nom d'une supériorité technique et intellectuelle, les médecins évincent les sages-femmes et les parturientes elles-mêmes du processus pourtant essentiellement féminin qu'est l'accouchement¹¹.

Par la suite, l'accouchement et le corps des femmes deviennent, au fil du XIX^e siècle, un sujet d'étude scientifique, ce qui amène à considérer ces dernières, non pas comme un sujet pensant mais comme un objet fragile et inférieur à l'autorité masculine médicale¹². Elles se voient alors imposer une surmédicalisation de leur suivi obstétrical ainsi qu'une vision reproductrice de leur corps, ce qui peut amener à commettre des violences à leur encontre¹³.

Section 2 : La construction du concept de violence obstétricale

Les maltraitements à l'égard des femmes existent de longue date mais elles témoignent depuis peu de sévices vécus en salle d'accouchement ou lors d'une consultation gynécologique. Le terme « violence obstétricale » n'est apparu que récemment dans le débat public et est le résultat d'une longue évolution terminologique¹⁴.

En effet, à la fin du XX^e siècle, le concept utilisé était celui d'« humanisation des naissances¹⁵ » qui visait à rendre plus humain l'accouchement à une époque où l'utilisation des machines se multipliaient et se banalisaient. L'usage de cette notion avait pour inconvénient de désigner les machines, et non le personnel hospitalier comme auteur des mauvais traitements envers les patientes¹⁶.

Au cours des années 2000, les notions de « maltraitance de soin » ou « maltraitance dans la relation de soin » apparaissent. Celles-ci ont pour avantage d'être plus précises et plus fortes. Cependant, le premier concept désigne le soin et non les soignants comme responsable des sévices et le second laisse supposer que la maltraitance est réciproque entre les soignants et

¹⁰ OVIDIE, « Tu enfanteras dans la douleur », disponible sur <https://www.arte.tv/fr/videos/081587-000-A/tuenfanteras-dans-la-douleur/>, 2019 (reportage).

¹¹ HCE, *op.cit.*, pp.82-83.

¹² B. CASCALES et L. NÉGRÉ, « L'accouchement, une question clivante pour les mouvements féministes », *Travail, genre et sociétés*, n° 39, 2018, p. 183.

¹³ HCE, *op.cit.*, pp.82-83.

¹⁴ PRÉMISSE, « Touche pas à mon corps sans mon accord. Petit guide pour lutter contre les violences gynécologiques et obstétricales », disponible sur <https://premise.be/index.php/touche-pas-a-mon-corps-sans-mon-accord/#pagecontent>, Bruxelles, 2019.

¹⁵ H. VADEBONCOEUR, « « L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement est-elle limitée ? », *Le Médecin du Québec*, n°7, 2005, pp. 77 à 86.

¹⁶ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.*, p. 181.

les patientes¹⁷. A cette même période, le terme « violence obstétricale » naît en Amérique Latine et est incriminé en tant qu'infraction pénale au Venezuela, en Argentine et au Mexique¹⁸. Il permet d'adopter le point de vue des femmes et non plus du soignant.

Par la suite, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dénonce, au travers d'une étude, les maltraitances envers les femmes et énumère une série de bonnes pratiques à adopter à leur égard lors d'un accouchement en hôpital. L'étude susmentionnée emploie explicitement le terme « violence obstétricale », ce qui peut être considéré comme une forme de reconnaissance de ce vocable¹⁹.

En Europe et plus particulièrement en France, la notion « violence obstétricale » fait son apparition dix ans plus tard. Le moment charnière a lieu en 2017 lorsque Marlène SCHIAPPA, secrétaire d'Etat de l'Egalité entre les femmes et les hommes, dépose un rapport sur les violences obstétricales au Haut Conseil à L'Egalité²⁰ (HCE). Cette reconnaissance résulte, entre autres, de la libération de parole des femmes qui témoignent via l'usage de l'hashtag #PayeTonUterus ou #PayeTonGyneco. Ce texte constitue un acte fort. En effet, les violences obstétricales sont reconnues pour la première fois par un membre du gouvernement. L'Ordre des sages-femmes français salue ce rapport, le jugeant nécessaire. Les représentants des gynécologues et obstétriciens, quant à eux, refusent de remettre leurs pratiques en question et s'insurgent face à ce document, y voyant une atteinte à leur profession²¹. Ces contestations n'enlèvent toutefois en rien la légitimité du rapport.

Influencée par la France, la Belgique s'est alors intéressée à la problématique. Les combats de la juriste Marie Hélène LAHAYE sur le sujet n'ont, par ailleurs, pas été vains. En effet, une victoire politique dans la lutte contre les violences obstétricales a d'abord eu lieu le 4 mars 2021 grâce à l'adoption par le gouvernement wallon d'un plan d'égalité entre les hommes et les femmes dans laquelle figure une mesure promouvant l'information et la sensibilisation des patientes et des praticiens aux symptômes et maladies spécifiques des femmes ainsi qu'aux maltraitances gynécologiques et obstétricales²². La seconde réussite a lieu le 23 avril 2021 lorsque le Sénat belge adopte la demande d'un rapport d'information

¹⁷ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, op.cit., p. 181.

¹⁸ PRÉMISSE, op.cit., p.183.

¹⁹ Recommandations de l'OMS « Les soins intra partum pour une expérience positive de l'accouchement », WHO/RHR/18.12, 2018.

²⁰HCE, op.cit.

²¹M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, op.cit., p. 183.

²² Communiqué de presse du Gouvernement de Wallonie du 4 mars 2021 sur le « Plan égalité hommes-femmes » pour la législature.

concernant le droit à l'autodétermination corporelle et à la lutte contre les violences obstétricales²³. Celui-ci permettra de dresser la situation de ces violences dans notre pays et d'analyser les mécanismes de plainte et de support des victimes ainsi que de promouvoir une culture de bienveillance médicale²⁴. Il s'agit d'une véritable avancée. En effet, c'est la première fois en Europe que le sujet est traité au niveau politique. De plus, les sénatrices à l'origine du rapport estiment que « la Belgique est à la fois à l'écoute et écoutée dans le Nord et le Sud de l'Europe, grâce à la Flandre et la Wallonie. Nos progrès peuvent avoir un impact plus large²⁵ ».

Ayant clôturé l'évolution de la notion de violences obstétricales et la manière dont elle a été appréhendée, nous allons maintenant nous intéresser à ce que constitue réellement ce concept.

Chapitre 2 : Les violences obstétricales : violences de genre et institutionnelles

Dans ce chapitre, nous verrons notamment que la notion de violences obstétricales est l'addition de deux types de violences : celles basées sur le genre et celles résultant de l'institution même de l'hôpital. Nous analyserons la portée et les conséquences de ces deux concepts dans les sections suivantes.

Section 1 : Le caractère institutionnel des violences

Les violences obstétricales peuvent résulter de problèmes organisationnels au sein des hôpitaux. Les restrictions budgétaires, le manque d'effectif et de moyens ainsi que la

²³SÉNAT DE BELGIQUE, « Demande d'établissement d'un rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales », disponible sur <https://www.senate.be/www/webdriver?MItabObj=pdf&MIcolObj=pdf&MInamObj=pdfid&MItypeObj=application%2Fpdf&MIvalObj=117440853&fbclid=IwAR3NweOmlRUUpKozcCpricWHcToRONmi7MoO00NXYI2uPzo776WZjruNP6yI>, doc n° 7-245/1, 1^{er} avril 2021.

²⁴ M-H. LAHAYE, « Belgique : les violences obstétricales sont discutées au Sénat ce matin », disponible sur https://www.instagram.com/p/CN_-xbSFFNv/, 23 avril 2021.

²⁵ *La libre*, « Les violences gynécologiques au Sénat: "Il y a un tabou autour de ces violences" », disponible sur <https://www.lalibre.be/belgique/societe/les-violences-gynecologiques-au-senat-il-y-a-un-tabou-autour-de-ces-violences-60825aa57b50a6169275de10>, 23 avril 2021. ; SÉANCE PLÉNIÈRE DU SÉNAT DE BELGIQUE, disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=zpx2HYPCChA>, 23 avril 2021, entre 1 : 54 :00 et 2 :24 :30.

surcharge de travail peuvent être à l'origine de mauvais traitements envers les patientes et constituer une forme de violence institutionnelle²⁶.

Ces violences s'illustrent notamment par un manque de sages-femmes qui s'occupent de plusieurs parturientes à la fois ce qui peut avoir pour conséquence la négation des besoins de ces dernières²⁷. Les violences institutionnelles peuvent également résulter du remplacement des soignants par des machines ou de protocoles d'intervention inadaptés ou non respectés²⁸. Ceux-ci sont certes importants afin d'assurer une prise en charge adéquate des femmes mais, trop standardisés, ils ne prennent pas en compte la singularité de chaque corps et de chaque accouchement²⁹. Les protocoles, souvent suivis aveuglément par les médecins, fixent la durée des phases de l'accouchement et les différents actes médicaux que le personnel médical doit poser selon un temps précis³⁰. Les patientes qui ne correspondent pas à ces normes se voient appliquer une série de gestes médicaux provoquant notamment une cascade d'interventions tels que les touchers vaginaux, le déclenchement et la césarienne.

Les exigences d'efficacité et de rentabilité prennent le pas sur les préoccupations humaines qui sont pourtant nécessaires à un accueil bienveillant des patientes³¹. En effet, la formation du médecin est centrée sur la technique et le rendement, au détriment du bien-être des femmes et de leur consentement³².

De plus, les professionnels de la santé sont rémunérés à l'acte et non par rapport au temps et à la qualité des soins apportés³³. Les objectifs financiers que poursuivent les hôpitaux les amènent donc à privilégier les techniques les plus efficaces en termes de temps et d'argent³⁴. Les maternités peinant à atteindre ces buts capitalistes viennent à disparaître au profit de

²⁶ BRUT, « Anna Roy, sage-femme : "Oui, on est maltraitants" », disponible sur <https://www.brut.media/fr/health/anna-roy-sage-femme-oui-on-est-maltraitants--3e824e5d-a515-45fc-ab0a-2413a8ab0222>, 18 novembre 2020. ; M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, op.cit., p. 128.

²⁷ BRUT, *Ibidem*.

²⁸ OVIDIE, op.cit. ; M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, op.cit., p. 187.

²⁹ OVIDIE, *Ibidem*.

³⁰ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, op.cit, pp.53 à 60 ; OVIDIE, op.cit.

³¹ Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe, Doc. 14965, 16 septembre 2019.

³² HCE, op.cit., p.5. ; J-Y. NAU, « Enseignement : pratiquer des touchers vaginaux (et/ou rectaux) sans consentement ? », *revue médicale suisse*, 2015.

³³ HCE, *Ibidem.*, p.138.

³⁴ Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée.

maternités de grandes tailles où le séjour réduit des parturientes ne permet pas au personnel hospitalier d'être bien traitant à leur égard³⁵.

Face à ces manquements, nous pourrions nous demander si les maisons maternelles ou l'accouchement à domicile ne seraient pas des alternatives opportunes. Celles-ci permettraient une prise en charge individualisée et accueillante des patientes qui ne serait pas compromise par des impératifs de rendement. Nous envisagerons ces solutions avec plus de profondeur dans le dernier titre.

Afin d'apporter un travail le plus explicite possible, nous allons reprendre en guise d'illustration des violences institutionnelles, le recours à la péridurale, au déclenchement et à la césarienne.

Sous-section 1 : Le pouvoir de la blouse blanche

Avant d'aborder les exemples précités, il convient de s'intéresser à la raison pour laquelle les violences obstétricales ne sont pas remises en cause, ou très peu, par les usagers et les professionnels de santé.

Pourtant, lorsque de tels actes sont commis en dehors du cadre médical, ils sont décriés et sanctionnés. En effet, en 2013, une mexicaine est parvenue à faire condamner l'Etat américain parce que, durant sa détention, elle a été forcée d'accoucher menottée à la table³⁶.

Nous pouvons donc nous demander pourquoi la société reste indifférente lorsque de nombreux hôpitaux européens continuent à attacher les parturientes aux tables d'accouchement³⁷ alors que dans les deux cas, il s'agit du même acte, de la même entrave et des mêmes conséquences douloureuses. Nous pouvons estimer qu'un consensus social se met en place. La société se rallie au point de vue des médecins et de l'institution médicale et considère les violences obstétricales comme normales et non discutables³⁸.

L'expérience MILGRAM dans laquelle il a été démontré que 60% de la population est capable de torturer à mort un inconnu en obéissant à une personne représentant l'autorité au

³⁵HCE, *op.cit.*, p.138.

³⁶ *La libre*, « Accouchement menotté », disponible sur <https://www.lalibre.be/lifestyle/magazine/accouchement-menottee-526654ef3570c8cf50b99a80> , 22 octobre 2013.

³⁷ C. THIBERT et C. PIQUET, « Quand l'accouchement se vit dans la violence : Enquête et témoignages », disponible sur <http://grand-angle.lefigaro.fr/quand-laccouchement-se-vit-dans-la-violence> , 18 avril 2017.

³⁸ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.*, p. 174.

travers d'une blouse blanche³⁹ pourrait notamment expliquer l'adhésion de la population au monde médical et sa difficulté à identifier comme violence des actes pourtant qualifiés comme tel en dehors du contexte hospitalier. Les patientes et le public se soumettraient alors aux médecins et ne remettraient en cause les mauvais traitements que rarement, en raison de l'autorité suprême déglagée par le symbole de l'institution⁴⁰.

Sous-section 2 : Le déclenchement de l'accouchement

Le déclenchement de l'accouchement peut être repris comme un exemple de violence institutionnelle. Dès la première consultation gynécologique confirmant la grossesse, le praticien détermine le jour de naissance du bébé à partir de la date, parfois incertaine, des dernières règles des futures mères. La date présumée d'accouchement peut paraître arbitraire du fait qu'elle varie d'un pays à l'autre⁴¹. En Belgique, la grossesse est censée durer quarante semaines. La France, quant à elle, fixe l'accouchement après quarante et une semaines. Cette date d'accouchement présumée, fixée sur base de données imprécises, sera invoquée pour justifier le déclenchement si les femmes n'ont pas mis leurs enfants au monde avant ces quarante ou quarante et une semaines⁴².

Les hôpitaux belges atteignent des records quant aux taux de déclenchement alors qu'il est recommandé scientifiquement de les limiter aux situations qui présentent un risque élevé pour les parturientes et leurs enfants. Dans les autres cas, l'accouchement naturel est à privilégier car les inconvénients du déclenchement peuvent être supérieurs aux bénéfices hypothétiques⁴³.

Cet acte n'est pas anodin et peut s'avérer dangereux. Les futures mères peuvent le vivre comme un traumatisme du fait de ne pas avoir pu se préparer psychologiquement à l'arrivée soudaine du bébé⁴⁴. De plus, cette technique qui vise surtout à respecter l'agenda de

³⁹YOUTUBE, « The Milgram Experiment 1962 Full Documentary », disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=rdrKCilEhC0>, 2016.

⁴⁰ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, op.cit., p. 177.

⁴¹ PAROLES DE MAMANS, « J'ai dépassé ma date prévue d'accouchement et j'ai eu le sentiment d'être anormale », disponible sur <https://paroledemamans.com/accouchement/accouchement-le-jour-j-j-ai-depasse-ma-dpa-et-j-ai-eu-le-sentiment-d-etre-anormale>, 19 novembre 2020.

⁴² Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée.

⁴³ M. BOULVAIN et N. JASTROW MEYER, « Déclenchement de l'accouchement : le pour et le contre », *Revue médicale suisse*, 2015, pp.2011 à 2015.

⁴⁴ CIANE, « Faut-il déclencher tous les accouchements à 39 semaines ? », disponible sur <https://ciane.net/2018/12/faut-il-declencher-tous-les-accouchements-a-39-semaines/#:~:text=Ses%20conclusions%20affirment%20que%20le,facteur%20de%20risque%20de%20c%3%A9sarienne,d%C3%A9cembre%202018.>

l'obstétricien et à s'approprier le corps des femmes renforce la douleur de ces dernières et multiplie les actes instrumentaux à leur égard ainsi que le recours à la césarienne⁴⁵.

Sous-section 3 : La péridurale

Le déclenchement n'est pas le seul acte constitutif de maltraitances pendant l'accouchement. La péridurale, perçue comme le « Saint-Graal » des droits des femmes en leur permettant un accouchement indolore, peut en réalité être vecteur de violences.

En effet, les patientes ne se voient pas toujours octroyer l'analgésie lorsqu'elles en font la demande et ce, au vu de l'optimisation économique de l'hôpital⁴⁶. La péridurale n'est envisagée, selon les protocoles médicaux, qu'après un certain taux de dilatation du col de l'utérus, sans garantie que celle-ci soit effectivement posée en raison de la possible indisponibilité de l'anesthésiste⁴⁷. Une étude scientifique a pourtant démontré l'absence de justification médicale de cette pratique en affirmant que « le moment où la péridurale est posée n'a pas d'impact notable sur le déroulement de l'accouchement et que cette analgésie devrait être administrée sur demande des parturientes⁴⁸ ».

Lorsque les parturientes y ont enfin droit, celles-ci n'ont pas la garantie de voir leur douleur disparaître. L'anesthésie épidurale n'est pas infaillible et peut se révéler inopérante ou peu efficace. Dans ce cas, elle peut même décupler la souffrance des femmes en raison de la paralysie des membres inférieurs qui empêche ces dernières de bouger⁴⁹.

A contrario, certaines femmes se voient imposer la péridurale alors qu'elles ne l'avaient pas souhaitée⁵⁰. Il est en effet plus simple pour le personnel hospitalier de gérer, parfois à la chaîne, des parturientes silencieuses que des femmes extériorisant leur douleur par des cris⁵¹.

⁴⁵ CIANE, « Déclenchement : l'importance cruciale de l'information et du consentement », disponible sur <https://ciane.net/2015/12/declenchement-information-consentement/>, décembre 2015.

⁴⁶ OVIDIE, *op.cit.*

⁴⁷ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.*, pp 129-132.

⁴⁸ B. SNG., *et al.*, « Early versus late initiation of epidural analgesia for labour », *Cochrane Library*, 2014.

⁴⁹ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.*, pp 129-132.

⁵⁰ INSERM, « En France, la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaitent accoucher sans », disponible sur <https://www.inserm.fr/actualites-et-evenements/actualites/en-france-peridurale-est-frequence-chez-femmes-qui-souhaitaient-accoucher-sans#:~:text=Envoyer-,En%20France%2C%20la%20p%C3%A9ridurale%20est%20fr%C3%A9quente%20chez,femmes%20qui%20souhaitaient%20accoucher%20sans&text=Un%20quart%20des%20femmes%20enceintes,finaleme%20recours%20%C3%A0%20cette%20analg%C3%A9sie.>, 24 août 2015.

⁵¹ HCE, *op.cit.*, p.86 ; M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.*, pp 129-132.

La péridurale pourrait donc être une véritable avancée pour le droit des femmes si elle était réellement au service de ces dernières et non pas à celui des soignants.

Sous-section 4 : La césarienne

La césarienne peut également constituer une forme de domination dans le but d'atteindre un certain rendement au sein des maternités.

Durant la première moitié du XX^e siècle, les médecins n'avaient recours à cet acte qu'à de rares occasions, lorsque l'issue de l'accouchement était fatale et qu'ils devaient choisir entre la vie des mères ou de leurs bébés⁵². Les obstétriciens continuent, aujourd'hui, à se servir de cette excuse pour justifier le recours banalisé à la césarienne malgré les progrès de la médecine en la matière⁵³.

Les risques que peut occasionner une césarienne sont souvent sous-estimés ou méconnus mais elle n'est pas pour autant exempte de dangers⁵⁴. En effet, elle multiplie par trois le risque de mort périnatale, augmente la probabilité de stérilité, peut occasionner des hématomes, des hémorragies ainsi que des infections⁵⁵. Cette pratique a également des impacts psychologiques pour les mères qui peuvent notamment faire face à une dépression, un sentiment d'échec et de deuil d'un accouchement idéal⁵⁶.

En raison de ces complications, l'OMS estime qu'un taux dépassant 15% signifie que l'hôpital pratique des césariennes non médicalement justifiées et que ce pourcentage important a un impact délétère sur la santé des femmes⁵⁷. La Belgique, comme souvent dans le domaine obstétrical, ne respecte pas les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et affiche un taux de 20% de césarienne⁵⁸.

Nous pouvons conclure que les hôpitaux belges continuent à recourir à cette pratique car elle présente des avantages en termes de rentabilité. En effet, celle-ci peut rapporter plus de

⁵²KCE, « Césariennes : ce que les futurs parents doivent savoir », disponible sur <https://kce.fgov.be/fr/c%C3%A9sariennes-ce-que-les-futurs-parents-doivent-savoir>, 4 novembre 2016.

⁵³ Selon le rapport d'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles publié en janvier 2021 en France, les deux premières causes de mort des femmes qui accouchent sont les maladies cardiovasculaires et le suicide.

⁵⁴ O. IRION, « Risques à long terme de l'accouchement par césarienne », *Revue médicale suisse*, 2009, pp. 2097-2101.

⁵⁵ O. IRION, *Ibidem*.

⁵⁶ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.*, pp 129-132.

⁵⁷ Recommandations de l'OMS, UNICEF et FNUPA, « Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux », WA 310 97GU, 1997, mise à jour « Surveillance des soins obstétricaux d'urgence », 2011., p.29.

⁵⁸KCE, *op.cit.*

cinq-milles euros à l'hôpital en trente minutes, tandis qu'un accouchement naturel de plusieurs heures rapporte entre trois-milles et quatre-milles euros⁵⁹. Les médecins justifient alors la césarienne par le fait que la femme en a déjà subi une pour une grossesse précédente⁶⁰. Cependant, la Haute Autorité de Santé affirme qu'un utérus cicatriciel, même après deux césariennes, n'est pas une contre-indication à un accouchement par voie vaginale⁶¹.

Certains obstétriciens tentent également de légitimer la césarienne en rejetant la faute sur les femmes. Ils leur reproche d'avoir un bassin trop étroit par rapport à la taille du bébé. Cette affirmation peut toutefois être facilement balayée⁶². En effet, si les obstétriciens n'imposaient pas aux femmes d'accoucher sur le dos, celles-ci pourraient se mettre, par exemple, à genoux, ce qui a pour effet d'élargir le bassin⁶³.

Au travers de ces différentes illustrations, nous remarquons que les hôpitaux belges ne sont pas très respectueux des droits dont disposent les femmes tels que ceux relatifs à la prise en compte de la douleur, aux prestations de qualité ainsi qu'au consentement et à l'information⁶⁴. Ils commettent par conséquent des violences à l'égard de ces dernières.

Nous allons maintenant aborder les violences obstétricales sous l'angle du genre et reprendre, comme pour les violences institutionnelles, certains actes médicaux pratiqués en hôpital, en guise d'exemple.

Section 2 : Le caractère genré des violences

La médecine n'est pas neutre. Les violences obstétricales sont basées sur le genre. Il s'agit d'actes sexistes exercés contre les femmes parce qu'elles sont femmes⁶⁵. Par ailleurs, les

⁵⁹MUTUALITÉS LIBRES, « Le coût hospitalier des accouchements en Belgique », disponible sur [⁶⁰M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, op.cit., pp. 154-155.](https://www.levif.be/actualite/sciences/le-prix-d-un-accouchement-en-belgique-4-004-euros/article-normal-166221.html#:~:text=En%20Belgique%2C%20les%20accouchements%20par,directe%20de%20la%20future%20m%C3%A8re., juillet 2012.</p></div><div data-bbox=)

⁶¹HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, « Indication de la césarienne programmée à terme », disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_recommandation_2012-03-12_14-44-28_679.pdf

⁶²INSERM et SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, « Rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) pour la période 2013-2015 », disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>, 15 mars 2021.

⁶³M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, op.cit., p. 155.

⁶⁴Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 5,7,8,10 et 11bis.

⁶⁵Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée. ; HCE, op.cit., 2018.

violences de genre ont fait l'objet d'une longue lutte féministe visant leur légifération et incrimination que nous allons approfondir dans le titre 3 de ce mémoire.

Les violences de genre résultent des rapports de force historiquement inégaux entre les personnes de sexe féminin et masculin mais également des stéréotypes tels que l'homme fort, rationnel et responsable et la femme faible, intuitive et futile⁶⁶. La société crée alors une domination des hommes sur les femmes en leur permettant, entre autres, de s'approprier les capacités reproductives de ces dernières⁶⁷.

Ces violences dans le domaine médical ont pour conséquence de pathologiser le corps des femmes c'est-à-dire que quelque chose d'a priori « normal » devient une maladie parce qu'on compare les manifestations au masculin⁶⁸. Cette pathologisation entraîne une vie rythmée par des consultations gynécologiques et obstétricales de la puberté à la ménopause⁶⁹.

Certains gynécologues et obstétriciens peuvent profiter du fait que la société ne conteste pas leur autorité et faire preuve d'une attitude infantilisante envers les patientes⁷⁰. En effet, se croyant seuls experts du corps des femmes et de ce qui est le mieux pour elles et leurs futurs bébés, ils imposent parfois leurs décisions ou remettent en question les choix des patientes⁷¹. Confirmant la position « toute-puissante » qu'ils confèrent à leur propre profession⁷², certains médecins vont jusqu'à contourner les recommandations de l'OMS⁷³ qui préconise un accouchement moins médicalisé et plus respectueux.

Le patriarcat médical et la mainmise sur le corps des femmes au sein des maternités s'illustre tout d'abord au travers de la désexualisation de l'accouchement et des touchers vaginaux, mais également par la position imposée lors de la mise au monde du bébé. Les épisiotomies sont une autre démonstration de la domination des médecins sur leurs patientes.

⁶⁶ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, op.cit., p. 187.

⁶⁷ D. ROMAN, « Les violences obstétricales, une question politique aux enjeux juridiques », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 5, 2017, pp. 7-10.

⁶⁸ M. BEN JATTOU et al., op.cit., p.14.

⁶⁹ HCE, op.cit., pp. 21 à 24.

⁷⁰ 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, p. 17.

⁷¹ M. BEN JATTOU et al., op.cit., pp. 12-14.

⁷² HCE, op.cit., pp. 181-185.

⁷³ Recommandations de l'OMS, « Les soins intra partum ... » précitée.

Sous-Section 1 : La déssexualisation de l'accouchement

Michel ODENT, obstétricien français de réputation internationale, reconnaît en l'accouchement un acte sexuel⁷⁴. Les organes concernés et les hormones de l'ocytocine, de l'endorphine et de l'adrénaline sont les mêmes dans les deux situations. Il est également possible d'avoir un orgasme en accouchant⁷⁵. Afin de palier à l'ambiance parfois oppressante des salles d'accouchement, Michel ODENT affirme que les femmes devraient accoucher dans les mêmes conditions que lors d'une relation sexuelle c'est-à-dire dans un endroit chaud, peu éclairé, silencieux et où les futures mères seraient libres de bouger comme elle le souhaitent. La pratique est tout autre. En effet, au sein des hôpitaux belges, l'accouchement n'est pas abordé sous l'angle sexuel et les parturientes accouchent sous une lumière crue, dans une position inconfortable et sont sans cesse dérangées par les membres du personnel médical⁷⁶.

La déssexualisation de l'accouchement peut amener *de facto* les gynécologues et obstétriciens à percevoir le vagin comme étant non sexuel et normaliser la pratique des touchers vaginaux.

En effet, la majorité des femmes enceintes subissent de multiples touchers vaginaux dès leur entrée à l'hôpital afin de s'assurer que le col de l'utérus se dilate d'un centimètre par heure⁷⁷. Toutefois, chaque corps est différent et l'ouverture du col varie d'une patiente à l'autre. L'obstétricien va alors exercer sa mainmise en leur imposant cette donnée mathématique par le biais notamment d'injection d'oxytocine qui a pour effet désagréable d'augmenter la douleur des contractions⁷⁸. Ces pratiques sont encore d'actualité aujourd'hui malgré le fait que l'Organisation mondiale de la Santé affirmait déjà en 1997 que les touchers vaginaux à répétition sont des pratiques utilisées à tort et à éviter pour le bien des patientes⁷⁹.

De plus, il se peut que les parturientes soient victime de touchers vaginaux pratiqués lorsqu'elles sont inconscientes et auxquels elles n'ont pas consenti préalablement⁸⁰. Ces actes,

⁷⁴ M. ODENT, *L'amour scientifique*, Editions Jouvence, France, 2001.

⁷⁵ Documentaire, « Orgasmic Birth : The best-kept secret », USA, 16 mai 2008.

⁷⁶ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.*, p. 200-202.

⁷⁷ PASSEPORT SANTÉ, « Toucher vaginal : tout savoir sur cet examen gynécologique », disponible sur https://www.passeportsante.net/fr/Maux/examens-medicaux-operations/Fiche.aspx?doc=toucher_vaginal#:~:text=Geste%20consiste%20%C3%A0%20introduire%20deux,cl ef%20de%20l'examen%20gyn%C3%A9cologique, décembre 2018.

⁷⁸ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.*, pp. 107-112.

⁷⁹ Recommandations de l'OMS, « Les soins liés à un accouchement normal », WHO/FRH/MSM/96.24, 1997.

⁸⁰ J-Y. NAU, *op.cit.*

assimilables à un viol⁸¹, sont alors banalisés par les obstétriciens et justifiés par la nécessité d'une formation complète de ceux-ci.

Durant l'examen de routine gynécologique, les patientes font également l'objet d'un toucher vaginal en vue de contrôler préventivement l'utérus, son col et les ovaires⁸². Pourtant, l'American College of Physicians (ACP) a conclu que cette pratique systématique était inutile, voire contre-productive, et recommande sa réalisation uniquement en présence de symptômes tels que les pertes vaginales, les saignements anormaux, les douleurs, les problèmes urinaires et le dysfonctionnement sexuel⁸³.

Les obstétriciens font donc preuve de domination patriarcale en imposant leurs points de vue sur le caractère non sexuel de l'accouchement et en objectivant le vagin des femmes⁸⁴.

Sous-section 2 : La discipline corporelle

La discipline corporelle imposée aux femmes lors de l'accouchement est une seconde illustration des violences à leur égard seulement parce qu'elles sont des femmes.

Il est très rare d'organiser en hôpital, un accouchement dans une position autre que sur le dos, également appelée « position missionnaire ou gynécologique ⁸⁵ ». Celle-ci est imposée aux futures mères dans l'unique but de faciliter les gestes médicaux entourant la naissance de l'enfant⁸⁶. L'accouchement en missionnaire devient la norme et amène à une certaine passivité des femmes comme le démontre le terme « se faire accoucher ». Cette absence de choix quant à la manière d'accoucher démontre, encore une fois, la mainmise que les médecins exercent sur le corps des femmes⁸⁷.

Être allongée sur le dos pour donner naissance à son enfant peut être vécu comme une violence car cela rend le travail plus long, douloureux et inconfortable pour les parturientes

⁸¹ « Toucher vaginal sur patientes endormies : des médecins alertent le gouvernement », *Libération*, 6 février 2015. ; J-Y. NAU, *Ibidem.* ; C. pén., art. 375.

⁸² PASSEPORT SANTÉ, *op.cit.*

⁸³ *La libre*, « Le toucher vaginal est-il vraiment utile ? », disponible sur <https://www.lalibre.be/planete/sciences-espace/le-toucher-vaginal-est-il-vraiment-utile-53b4287a357059db44cac465>, 2 juillet 2014.

⁸⁴ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.*, p. 187.

⁸⁵ FONDATION DES FEMMES, « Accouchement, mes droits, mes choix -petit guide juridique pour connaître vos droits pendant le suivi de grossesse et l'accouchement », disponible sur https://fondationdesfemmes.org/wp-content/uploads/2020/02/Accouchement-_Mes-droits-mes-choix.pdf, octobre 2017, p.9.

⁸⁶ PAROLES DE MAMANS, « 7 bonnes raisons de ne pas accoucher sur le dos » disponible sur <https://paroledemamans.com/accouchement/accoucher-autrement/7-bonnes-raisons-de-ne-pas-accoucher-sur-le-dos-2>, 15 juin 2018.

⁸⁷ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.*, pp. 119-121.

mais peut également augmenter le risque de complications et provoquer le recours à l'épisiotomie⁸⁸.

En plus d'être dans une posture inconfortable, les patientes se voit interdites de manger et boire pendant toute la durée de l'accouchement, sous prétexte des risques encourus en cas d'anesthésie générale⁸⁹. Comme Marie-Hélène LAHAYE le rappelle, l'accouchement est un effort physique intense similaire à l'enchaînement du marathon de Berlin à celui de New-York⁹⁰. Il est alors inhumain de leur infliger pareille épreuve, ressentie pour certaines comme plus douloureuse que l'accouchement lui-même. De plus, la science affirme depuis plus de 10 ans que le fait de boire et manger ne présente pas de danger particulier pour les mères et leurs enfants, de sorte que le choix de s'alimenter devrait leur être laissé⁹¹. L'absurdité de cette règle est d'autant plus évidente que lors d'une mise au monde à domicile, celles-ci ont un accès illimité à leur réfrigérateur⁹².

Nous pouvons donc nous demander pourquoi les hôpitaux imposent des techniques que nous pourrions qualifier de torture et bafouent, de ce fait, leurs droits fondamentaux en s'écartant des recommandations émises par l'OMS qui précisent que les femmes sont libres de choisir la position qu'elles préfèrent pour accoucher et ont le droit de manger et de boire en tout temps⁹³.

Sous-section 3 : L'épisiotomie

Pour terminer avec le caractère genré des violences obstétricales, il convient de préciser que les femmes perdent également leur droit à la libre disposition de leur corps lorsqu'elles subissent une épisiotomie. Celle-ci consiste en une incision du périnée censée prévenir une déchirure plus grave et faciliter la sortie du bébé lors de l'accouchement⁹⁴.

⁸⁸ PAROLES DE MAMANS, « 7 bonnes raisons ... », *op.cit.*

⁸⁹ A.-L. BRUNELLE, « La raison pour laquelle il faut manger et boire selon vos envies pendant votre accouchement », disponible sur le site <https://naturellemaman.com/manger-boire-accouchement/>, 23 juillet 2019.

⁹⁰ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.*, p. 125.

⁹¹ M. RÈGE-WALTHER, *et al.*, « Faut-il autoriser les femmes à boire ou à manger durant l'accouchement ? », *Revue médicale suisse*, 2010, p.1984.

⁹² M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.*, p. 128.

⁹³ Recommandations de l'OMS, « Les soins liés à un accouchement normal » précitée ; Recommandations de l'OMS, « Les soins intra partum ... », précitée.

⁹⁴ FONDATION DES FEMMES, *op.cit.*, p. 9.

Cette pratique est alors justifiée pour protéger le bébé ou pour préserver le sexe des femmes des déchirures vaginales⁹⁵. Lorsqu'elle n'est pas motivée par ces croyances dénuées de fondement scientifique, elle est justifiée par des stéréotypes sexistes selon lesquels le corps des femmes est faible et n'est pas capable de mettre au monde un enfant naturellement⁹⁶. Elle est également imposée pour accélérer l'accouchement et assurer ainsi une certaine rentabilité au sein des maternités⁹⁷.

L'épisiotomie est un acte banalisé qui constitue pourtant une véritable violence, aussi bien physiquement que psychologiquement. En effet, celle-ci peut engendrer une dépression, une perte de libido, des douleurs intenses mais également des hémorragies qui ont pour conséquences de, notamment, empêcher les mères de s'occuper de leurs enfants ou de réaliser des gestes de la vie de tous les jours⁹⁸. La seule raison valable de recourir à cette mutilation est la situation d'urgence, lorsque le bébé se trouve en danger⁹⁹. Elle requiert toujours le consentement des patientes, informées des éventuelles conséquences, ce qui est rarement le cas¹⁰⁰.

L'OMS précise que l'épisiotomie de routine ou son large emploi ne sont ni recommandés ni utiles et conclut que les hôpitaux ne peuvent dépasser un taux de 20%¹⁰¹. En Belgique, le pourcentage est largement dépassé dans les trois Régions. En Flandre, 54% des femmes accouchant par voie basse subissent une mutilation, 45% en Wallonie et 36% à Bruxelles¹⁰².

Il n'est pourtant pas impossible de prendre en compte le bien-être des patientes en respectant les recommandations de l'OMS, comme le démontrent la Suède et le Danemark qui oscillent entre 5 à 7% d'épisiotomies¹⁰³.

⁹⁵ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, op.cit., pp 143-146.

⁹⁶ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, Ibidem.

⁹⁷ Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée.

⁹⁸ B. LANGER et A. MINETTI, « Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 35, 2006, pp.59-67. ; C. THIBERT et C. PIQUET, op.cit.

⁹⁹ RTL, « Ce n'est pas tous les jours dimanche - débat sur l'accouchement » disponible sur https://www.youtube.com/watch?v=q_32LB3_L3E, 27 janvier 2019 (extrait).

¹⁰⁰ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art 5,7,8,10,11bis. ; S. PRÉVINAIRE, et M. MÉLON, « Twenty One – #BalanceTonGynéco.- Les violences gynécologiques, c'est quoi ? » disponible sur https://twentyonemediaweb.wordpress.com/2020/12/09/balancetongyneco/?fbclid=IwAR3k2A01L-ZmPovwQ94FgqLIHdVn0-MP9O_0k7A5k5hbDiMtGOp1ldsXt7U, 9 décembre 2020, entre 5 :00 et 6 : 00 min.

¹⁰¹ Recommandations de l'OMS, « Les soins intra partum ... », précitée.

¹⁰² EUROPERISTAT, « Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 », disponible sur https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf, 2011.

¹⁰³ EUROPERISTAT, Ibidem., p. 101.

Pour terminer, les violences de genre et institutionnelles ont été analysées séparément mais elles sont en réalité reliées entre elles, comme il sera démontré ci-dessous.

Section 3 : L'articulation entre violences de genre et violences institutionnelles

Les violences de genre et institutionnelles sont deux notions qui s'articulent entre elles pour former la définition des violences obstétricales¹⁰⁴.

Nous avons pu voir que, par exemple, les césariennes sont principalement pratiquées pour parvenir à une certaine efficacité des maternités et constituent alors une forme de maltraitance institutionnelle mais elles résultent en même temps d'une domination des médecins sur le corps des femmes. Il en est de même pour l'épisiotomie qui peut être perçue comme une violence de genre et peut également être justifiée par un rendement à atteindre.

L'épisiotomie, la péridurale, le déclenchement et la césarienne ne sont pas les seules formes de violences obstétricales. Celles-ci sont multiples et peuvent être abordées sous différents axes que nous allons établir dans le chapitre suivant et illustrer dans l'annexe de ce mémoire.

Chapitre 3 : Les formes de violences obstétricales

Sur base de la classification réalisée par le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes¹⁰⁵, il est possible de classer les violences obstétricales en six actes, dont le sexisme est leur point commun¹⁰⁶ :

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

¹⁰⁴ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, op.cit., p. 187.

¹⁰⁵ HCE, op.cit.

¹⁰⁶ Annexe 1.

- Actes ou refus d'actes non justifiés médicalement
- Violences sexuelles : harcèlement sexuel, attentat à la pudeur et viol

Depuis l'épidémie du coronavirus, nous avons vu apparaître une nouvelle forme de violence au sein des maternités¹⁰⁷. En effet, nombreuses parturientes se plaignent d'accoucher sans leur conjoint et d'être obligées de porter un masque¹⁰⁸ durant leur accouchement alors que celui-ci constitue un effort physique considérable¹⁰⁹.

Le port du masque peut rendre l'accouchement inconfortable en occasionnant une sensation d'étouffement, des nausées mais également des crises d'angoisse. Cette pratique a pour corollaire une augmentation du recours à des actes médicaux ou de complications tels que l'expression abdominale¹¹⁰, la fièvre et la déchirure du périnée¹¹¹.

Le paradoxe du fait d'obliger les femmes qui accouchent à porter un masque est qu'il met également les soignants en danger. Le masque est effectivement imposé pour éviter d'équiper les sages-femmes de protection adéquate face au virus du COVID-19 : masque FFP2, visière, charlotte et surblouse, réservés aux unités Covid¹¹². Il est donc nécessaire d'équiper correctement les maternités comme le relève le Collège des Gynécologues et Obstétriciens américain (ACOG) qui affirme que « lorsque vous poussez pendant le travail, le port d'un masque peut être difficile. Pour cette raison, votre équipe soignante doit porter des masques ou tout autre équipement respiratoire protecteur¹¹³. »

¹⁰⁷ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Le Covid, une occasion de renforcer la perte de droits dans la salle d'accouchement ? », disponible sur <http://www.naissancerespectee.be/?p=856&fbclid=IwAR1Jh8zkC6S2EjTUMb7yheQCsE2T-xN9XmFIDU7BjZOaYma3mNgRuATzXjY>, novembre 2020.

¹⁰⁸ SIMONEMEDIA.FR, « Et avec un masque ! - Témoignage de Virginie accouchant seule et avec masque », disponible sur <https://z-p3.www.instagram.com/p/CIDm8DVIZMK/?hl=fr>, 26 novembre 2020. ; S. PRÉVINAIRE, et M. MÉLON, « Les violences gynécologiques, c'est quoi ? ... », *op.cit.*, entre 8 :00 et 10 :00 min.

¹⁰⁹ M.-H. LAHAYE, « Les femmes ne doivent pas porter de masque quand elles accouchent », disponible sur https://www.rtb.be/info/dossier/les-grenades/detail_les-femmes-ne-doivent-pas-porter-de-masque-quand-elles-accouchent?id=10635681&fbclid=IwAR2nW8l3MZRDmsYz4lgAY0YoW36quKwYuvjFAIOJ9s--ntkQ3uOXOz3_sAg, 19 novembre 2020.

¹¹⁰ L'expression abdominale se réfère à l'application d'une pression sur le fond de l'utérus, avec l'intention spécifique de raccourcir la durée de la 2e phase de l'accouchement. ; CIANE, « L'expression abdominale toujours en vigueur », disponible sur <https://ciane.net/2017/06/l'expression-abdominale-toujours-en-vigueur/>, juin 2017.

¹¹¹ S. BISCH, C. BERNARD, A. RIGAUX et J. BERTHOLD, « Rapport d'enquête sur la grossesse, et le post-partum pendant l'épidémie de Covid 19 », disponible sur http://stop-vog.fr/rapport_enquete_naissance_covid.pdf, 20 juillet 2020.

¹¹² M.-H. LAHAYE, « Les femmes ne doivent pas porter de masque ... », *op.cit.*

¹¹³ Collège des Gynécologues et Obstétriciens américain (ACOG), « Coronavirus (COVID-19), Pregnancy, and Breastfeeding: A Message for Patients », disponible sur <https://www.acog.org/womens-health/faqs/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-breastfeeding>

Ces pratiques vont donc à l'encontre des recommandations du Collège des Gynécologues et Obstétriciens américain mais également de l'Organisation mondiale de la santé qui précise qu'il ne faut pas porter de masque lors d'un exercice physique car ils peuvent réduire l'aisance respiratoire¹¹⁴. Le Collège des sages-femmes britanniques est catégorique, « les femmes en travail ne devraient pas être invitées à porter des masques ou toute forme de couverture du visage¹¹⁵. » En Belgique, seules quatre maternités respectent les futures mères en ne leur demandant pas de porter un masque et en équipant correctement les soignants pour éviter toute contamination¹¹⁶.

Chapitre 4 : Les conséquences des violences obstétricales

Les violences obstétricales ne sont bien évidemment pas sans conséquences.

En effet, même lorsque les mères quittent l'hôpital avec leurs bébés en bonne santé, les séquelles causées par les maltraitances vécues en salle d'accouchement peuvent avoir un impact plus ou moins important sur la santé psychologique¹¹⁷ et physique de ces dernières, sur leur rapport aux soins ou encore sur leur vie sociale, familiale et sexuelle¹¹⁸.

Section 1 : La détresse psychologique

Les violences obstétricales peuvent entraîner, chez les femmes, un sentiment de culpabilité et une perte d'estime d'elles-mêmes quant à leur absence de réaction pour se défendre¹¹⁹.

Elles gardent le souvenir d'un accouchement traumatisant et peuvent également souffrir de dépression post-partum¹²⁰ ou du syndrome de stress post-traumatique (SSPT)¹²¹.

¹¹⁴ Recommandations de l'OMS, « le Nouveau coronavirus (2019-nCoV) : conseils au grand public - En finir avec les idées reçues », 2020.

¹¹⁵ Collège des sages-femmes britanniques, « Face-coverings and care in labour for all women », disponible sur <https://www.rcm.org.uk/media/4151/clinical-briefing-face-mask.pdf>

¹¹⁶ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Le Covid ... », *op.cit.*

¹¹⁷ HCE, *op.cit.*, p.43

¹¹⁸ Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, p. 13 ; PRÉMISSE, *op.cit.*, p.28.

¹¹⁹ HCE, *op.cit.*, p.43 ; CIANE, « Violences obstétricales. Comprendre, prévenir, réparer », disponible sur <https://ciane.net/2017/10/violences-obstetricales-comprendre-prevenir-reparer/#:~:text=Le%20concept%20de%20E2%80%9Cviolences%20obst%C3%A9triques,av%C3%A9r%C3%A9e%20et%20doit%20%C3%AAtre%20reconnue,octobre%202017.>

¹²⁰ Question n° 0885 de D. Sneppe, 29 juillet 2020, *Q.R.*, Ch., 2019-2020, QO 3565C, pp.215-216. ; Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée, p.10.

¹²¹ STOPVOG.FR, « Syndrome de stress post-traumatique, quésaco ? », disponible sur <https://www.instagram.com/p/CNZgMQslzZp/>, 8 avril 2021.

Le SSPT est « un état se caractérisant par le développement de symptômes spécifiques faisant suite à l'exposition à un événement traumatique dans un contexte de mort, de menaces de mort, de blessures graves ou d'agression sexuelle »¹²². Il entraîne notamment des souvenirs traumatiques, un évitement, une irritabilité ou des excès de colère ainsi que des comportements imprudents ou autodestructeurs¹²³.

Section 2 : Les séquelles physiques

En plus de séquelles psychologiques, les femmes risquent de souffrir « de conséquences plus ou moins invalidantes qui auront des répercussions à court, moyen et long terme sur la qualité de leur vie¹²⁴ ». Elles risquent, en effet, d'éprouver de fortes douleurs quotidiennes et très contraignantes qui les empêchent par exemple de s'asseoir, d'avoir des relations sexuelles, de porter un pantalon ou même de supporter un slip¹²⁵.

Section 3 : L'impact sur le rapport au soin

Les violences obstétricales peuvent causer une perte de confiance envers les professionnels de la santé¹²⁶. Certaines femmes mentent ou n'osent pas poser de questions à ces derniers, de peur d'être jugées, ce qui peut entraîner une entrave au bon diagnostic¹²⁷. D'autres abandonnent tout projet d'avoir un suivi gynécologique ou obstétrical.

Il arrive également que les patientes privilégient la césarienne programmée pour ne pas s'exposer à de potentielles violences¹²⁸.

¹²² HCE, *op.cit.*, p.43. ; CIANE, « Violences obstétricales. Comprendre ... », *op.cit.*

¹²³ CIM-10, « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes », F43-1, 2020, p. 288 ; M. DÉCHALOTTE, *Le livre noir de la gynécologie. Maltraitements gynécologiques et obstétricaux : libérer la parole des femmes*, Paris, First Editions, 2017, p. 218.

¹²⁴ IRASF, « Préconisations provisoires de l'IRASF contre les violences obstétricales et gynécologiques », disponible sur <https://www.irasf.org/wp-content/uploads/2018/04/IRASF-Pre%CC%81conisations-provisaires-261017.pdf>, 26 octobre 2017, p.10.

¹²⁵ HCE, *op.cit.*, p.43.

¹²⁶ E. KUKURA, « Birth Conflicts: Leveraging State Power to Coerce Health Care Decision-Making », *University of Baltimore Law Review*, n°2, 2018, pp. 247 à 294.

¹²⁷ HCE, *op.cit.*, p.43.

¹²⁸ IRASF, « Préconisations provisoires ... », *op.cit.*

Section 4 : L'arrêt de la vie professionnelle

Pour faire face aux maltraitances subies, il se peut que les femmes se mettent en arrêt de travail « soit consécutifs au congé de maternité, soit éloignés, car elles pensaient échapper aux réminiscences de leur traumatisme en reprenant le travail et se rendent compte que ce n'est pas le cas¹²⁹»

Toutefois, obtenir des arrêts de travail post-natal pathologique au-delà du congé maternité, semble compliqué¹³⁰. En effet, l'ignorance par les soignants des conséquences des violences obstétricales sur le quotidien des femmes et l'absence de certificat médical donnés par ceux-ci va rendre difficile la reprise du travail dans de bonnes conditions. Cela peut se traduire par un retour au travail prématuré suivi d'abandon voire de démission¹³¹.

Cette errance peut se répercuter sur les revenus des femmes et engendrer une baisse significative des ressources, et *de facto* une précarité financière¹³².

Section 5 : L'altération des relations sociales, familiales et sexuelles

Les violences obstétricales entraînent chez certaines femmes une vie sexuelle dégradée voire inexistante, une peur ou un refus de grossesse ultérieure et une remise en cause de l'idéal familial¹³³.

L'accouchement traumatique peut également occasionner des difficultés dans l'établissement de liens affectifs avec l'enfant, jusqu'à le rejeter, l'associant à l'expérience négative vécue¹³⁴. Cela peut engendrer un impact négatif sur le développement de ce dernier à long terme¹³⁵.

¹²⁹ A. EVRARD, *Audition par le HCE du 2 février 2018*.

¹³⁰ IRASF, « Violences obstétricales et gynécologiques : un impact sur la vie des femmes », disponible sur [¹³¹ HCE, *op.cit.*, p.45.](https://www.irasf.org/consequences-violences-obstetricales-gynecologiques/#:~:text=e.s%20des%20cons%C3%A9quences%20des%20violences,d'abandon%20voire%20de%20d%C3%A9mission., 2020. ; M. DÉCHALOTTE, <i>op.cit.</i>, p. 218.</p></div><div data-bbox=)

¹³² IRASF, « Préconisations provisoires ... », *op.cit.*

¹³³ CIANE, « Violences obstétricales. Comprendre ... », *op.cit.*, p.4.

¹³⁴ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Argumentaire du manifeste », disponible sur <http://www.naissancerespectee.be/wpcontent/uploads/2015/01/Argumentaire4RevendicationsFINALE1.pdf>, 2019., p. 5 ; E. KUKURA, « Birth Conflicts ... », *op.cit.*, p. 268.

¹³⁵ E. KUKURA, « Obstetric Violence », *Georgetown Law Journal*, 2018, pp. 754 et s.

L'ensemble des conséquences énumérées vont participer à isoler socialement les femmes qui se sentent incomprises et qui ont des difficultés à s'inscrire dans une maternité positive¹³⁶.

La première partie du travail nous a permis d'apprendre et de comprendre les raisons d'existence des violences obstétricales sur base de plusieurs illustrations. Dès lors, nous pouvons maintenant analyser la manière dont celles-ci ont été abordées par les féministes et l'impact de leurs luttes sur le droit.

¹³⁶ IRASF, « Préconisations provisoires ... », *op.cit.*

Titre 2 : L'approche féministe du consentement dans la relation médicale

Dès le XX^e siècle, les féministes se sont intéressées aux violences occasionnées envers les femmes. Par ailleurs, nous verrons, dans ce titre, que leurs combats se sont principalement tournés vers le droit à l'avortement et à une sexualité épanouie, avant de s'attaquer, quelques années plus tard, à la lutte envers les maltraitements obstétricaux et d'envisager celles-ci autour de la notion de consentement.

Chapitre 1 : Les violences de genre et leur impact sur le droit

Les violences infligées aux femmes sont multiples et peuvent consister, notamment, en des maltraitements conjugaux, domestiques, sexuelles ou obstétricaux¹³⁷. Ces actes, principalement exercés par des hommes, contribuent à renforcer les discriminations et les modalités de contrôle social¹³⁸. Face à la multiplication de ces terminologies, est apparue la catégorie « violences de genre », que nous avons étudiées ci-dessus. Elle a pour avantage de replacer la focale sur le genre comme rapport social, tout en permettant d'inclure l'expérience de groupes sociaux souvent exclus, en particulier les lesbiennes, les gays, les bisexuels et les transsexuels¹³⁹.

Dès la fin des années 1970, les mouvements féministes se saisissent du droit pour que juges, procureurs, avocats et forces de l'ordre – et, par-là, la société tout entière – envisagent les violences de genre comme un problème juridique¹⁴⁰. Les dispositifs juridico-législatifs se sont alors vus modifiés voire transformés. A titre d'exemple, soulignons, la Convention pour l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes¹⁴¹, qui permet de reconnaître leurs droits en tant que droits humains.

¹³⁷ M. LIEBER et M. ROCA i ESCODA, « Violences en famille : quelles réponses institutionnelles ? », *Enfances, familles, Générations*, 2015, p.22.

¹³⁸ J. HANMER, « Violence et contrôle social des femmes », *Questions féministes*, 1977, pp. 68-88.

¹³⁹ P. DELAGE, M. LIEBER et N. CHETCUTI-OSOROVITZ, « Lutter contre les violences de genre. Des mouvements féministes à leur institutionnalisation », *Cahier du genre*, 2019, p. 6.

¹⁴⁰ L. BERENI, « Quand la mise à l'agenda ravive les mobilisations féministes. L'espace de la cause des femmes et la parité politique (1997-2000) », *Revue française de science politique*, 2009, pp. 301-323. ; E. HERMAN, « Lutter contre les violences conjugales. Féminisme, travail social, politique publique », *Travail, genre et société*, 2017, pp. 234 à 237. ; P. DELAGE, *Violences conjugales : du combat féministe à la cause publique*, Paris, Les Presses de Sciences Po, 2017.

¹⁴¹ Convention pour l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes, adoptée à New-York le 18 décembre 1979, approuvée par la loi du 10 juillet 1985.

Les violences de genre ont donc été politisées par les mouvements féministes et reconnues par les instances nationales et internationales comme des actes perpétrés contre les femmes, en public et en privé, du seul fait de leur sexe¹⁴², comme pour la Déclaration de l'ONU sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes¹⁴³. Le traitement de ce type de violences a contribué à déconstruire les frontières du privé et du public¹⁴⁴ et, de ce fait, de réformer les fondements du travail des acteurs des mondes juridiques et judiciaires, dorénavant encouragés à prendre en compte la souffrance des victimes¹⁴⁵.

Toutefois, précisons que la relation entre les mouvements féministes et le droit est complexe. En effet, certaines d'entre elles voient dans le droit, un mécanisme de domination masculine et patriarcale aveugle aux violences de genre¹⁴⁶. Elles mettent, notamment, en évidence le caractère discriminatoire des infractions contre l'intégrité sexuelle, les failles et les insuffisances de la qualification pénale des faits- tant légale que judiciaire-, et l'expérience des dispositifs pénaux pour les femmes victimes, vécue en termes de culpabilisation ou de revictimisation¹⁴⁷.

Malgré ces critiques, les revendications politiques des différents mouvements féministes concernant les violences de genre se sont souvent traduites par des demandes d'encadrement légal¹⁴⁸, notamment en matière d'agression sexuelle¹⁴⁹, de violence conjugale¹⁵⁰ et de viol¹⁵¹.

Les violences de genre et l'analyse féministe du droit ont également instauré de nouveaux concepts juridiques. A des fins d'illustration, citons, le terme de féminicide¹⁵² défini par l'Organisation mondiale de la Santé comme « l'homicide volontaire d'une femme en raison

¹⁴² P. DELAGE, M. LIEBER et N. CHETCUTI-OSOROVITZ, « Quand la critique féministe renouvelle le droit », *Droit et société*, 2018, p.277.

¹⁴³ Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, adoptée à New-York, le 20 décembre 1993.

¹⁴⁴ S. MOLLER OKIN, « Le genre, le public et le privé », *Genre et politique : débats et perspectives*, T. Carver et al. (dir.), Paris, Gallimard, 2000, pp. 345-396.

¹⁴⁵ P. DELAGE, M. LIEBER et N. CHETCUTI-OSOROVITZ., « Quand la critique ... », *op.cit.*, p.281.

¹⁴⁶ C. MACKINNON, *Le Féminisme irréductible. Conférences sur la vie et le droit*, Paris, Editions des Femmes, 2005, pp. 17-26. ; C. PATEMAN, *The Sexual Contract*, Cambridge, Polity Press, 1989.

¹⁴⁷ P. DELAGE, M. LIEBER et N. CHETCUTI-OSOROVITZ, « Quand la critique ... », *op.cit.*, p.280.

¹⁴⁸ D. LACOMBE, « Légiférer sur les violences de genre tout en préservant l'ordre patriarcal. L'exemple du Nicaragua (1990-2017) », *Droit et société*, 2018, p.288.

¹⁴⁹ A. DARSONVILLE, « Le surinvestissement législatif en matière d'infractions sexuelles », *Archives de politique criminelle*, 2012, pp. 31-43.

¹⁵⁰ F. GLOWACZ et C. VANNESTE, « Violences conjugales et justice pénale : un couple à problèmes ? », *Champ pénal*, 2017, pp. 1 à 8.

¹⁵¹ V. LE GOAZIOU, « Les viols aux assises : regard sur un mouvement de judiciarisation », *Archives de politique criminelle*, 2012, pp. 93-101.

¹⁵² E. LERAY et E. MONSALVE, « Un crime de féminicide en France ? À propos de l'article 171 de la loi relative à l'égalité et à la citoyenneté », *La Revue des droits de l'homme*, 2017, pp. 1 à 9.

de son sexe¹⁵³» et intégré par plusieurs pays de l'Amérique latine. Le Code pénal belge ne l'a pas – encore – incorporé, mais plusieurs articles¹⁵⁴ ont été modifiés et érigent en circonstance aggravante le fait d'avoir commis une infraction sur une personne en raison de son sexe¹⁵⁵.

Pour terminer, comme nous le préciserons ci-dessous, au cours du XX^e siècle, les débats féministes, ayant pour enjeu central la libre disposition du corps, se sont tournés vers la contraception, l'avortement, la liberté sexuelle, etc. Nous allons nous pencher sur certains d'entre eux dans le chapitre suivant.

Chapitre 2 : Les combats autour de la santé et de la sexualité

Les préoccupations de la société pour la santé des femmes ont longtemps concerné la sphère de la reproduction, les réduisant à leur fonction maternelle et les écartant des grands domaines de la santé publique¹⁵⁶. Les mouvements féministes se sont donc intéressés aux questions de la contraception et de l'avortement.

Au préalable, précisons que les luttes féministes se déroulent principalement en France. De ce fait, nous analyserons l'émergence de celles-ci dans leur pays d'origine et nous étudierons l'impact de ces luttes sur la Belgique.

Section 1 : La contraception et l'avortement

Dans le courant du XX^e siècle, la question de la sexualité apparaît dans le débat politique français, notamment au travers de la contraception et l'avortement. Les féministes revendiquent alors une libre disposition de leur corps, une autonomie et un consentement¹⁵⁷.

Toutefois, l'obsession nataliste des années 1920 produit des lois réprimant l'avortement et la propagande anticonceptionnelle¹⁵⁸. La loi de 1939¹⁵⁹ renforce la répression par la création

¹⁵³ Recommandations de l'OMS, « Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes, le féminicide », WHO/RHR/12.38, 2021., p. 1.

¹⁵⁴ C. pén., art. 377bis, 422ter, 348bis, 442ter, 453bis, 514bis, 525bis, 532bis et 534quater.

¹⁵⁵ S. WATTIER, « La reconnaissance juridique du féminicide : quel apport en matière de protection des droits des femmes ? », *Rev. Trim. D.H.*, 2019, p. 333.

¹⁵⁶ M. LE DEN., « Médecins et maternité au début du XX^e siècle en France. Entre normalisation, stigmatisation et contrôle social », *Déviance et Société*, 2015, p.321.

¹⁵⁷ M. ROCA i ESCODA, A.-F. PRAZ et E. LEPINARD, « Luttes féministes autour de la morale sexuelle », *Nouvelles questions féministes*, Antipode, 2016, p.7

¹⁵⁸ Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle, *J.O.R.F.*, 1^{er} août 1920.

¹⁵⁹ Décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité française, *J.O.R.F.*, 30 juillet 1939.

de sections spéciales de policiers chargés de traquer les « faiseuses d'anges¹⁶⁰ » et, en 1942, l'avortement devient un crime d'Etat¹⁶¹. S'ouvre alors en France la période noire des procès et condamnations des avorteuses et des avortées. Toutefois, par la suite, avocats et juges n'appliquent plus la loi dans toute sa rigueur¹⁶².

Dans les années 1970, la lutte pour le droit à l'avortement et à la contraception voit le jour¹⁶³ en commençant par le manifeste des 343, pétition appelant à la dépénalisation et à la légalisation de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) signée par 343 femmes qui déclarent ouvertement avoir eu recours à l'avortement¹⁶⁴.

Par ailleurs, des médecins progressistes vont s'engager aux côtés de ces femmes et pratiquer des IVG, défiant ainsi les autorités¹⁶⁵. En 1973, sous la présidence de Simone IFF, militante française du droit à l'avortement, les actions se radicalisent par l'organisation de voyages en car pour l'Angleterre ou pour les Pays-Bas où les femmes peuvent avoir accès à l'interruption volontaire de grossesse en toute légalité. Les féministes et leurs alliées s'affirment en « usagères de la santé », actives, politisées, conscientes de leurs droits et prônant la liberté de reproduction comme un droit humain fondamental et en l'inscrivant comme la réappropriation par les femmes de l'autonomie de choix sur leur propre vie, face à la parole des experts¹⁶⁶.

Cette longue période répressive prendra fin grâce aux féministes et citoyennes qui permirent l'acquisition des droits fondamentaux au travers de la loi Neuwirth autorisant la contraception¹⁶⁷ et de la loi Veil autorisant l'IVG¹⁶⁸.

En Belgique, ce n'est qu'en 1990 et après dix-neuf propositions de loi déposées au Parlement que l'avortement devient un droit¹⁶⁹. Par ailleurs, c'est celle de Lucienne HERMAN-MICHIELSEN, membre du VLD, parti libéral néerlandophone, qui est retenue

¹⁶⁰ Les faiseuses d'anges désignent les femmes réalisant des avortements clandestins, sans formation médicale.

¹⁶¹ Loi du 15 février 1942 relative aux droits des membres participants mobilisés, prisonniers de guerre et anciens combattants des sociétés de secours mutuels, *J.O.R.F.*, 5 mars 1942.

¹⁶² C. FAVIER, « Les combats féministes dans le champ de la santé », *Les tribunes de la santé*, 2014, p. 26.

¹⁶³ G. GIRARD, « La prise en compte des questions de santé dans les luttes féministes et gaies », *Femmes, genre et féminisme*, J. Trat (dir.), Editions Syllepse, 2007, pp.61 à 72.

¹⁶⁴ HCE, *op.cit.*, p.84.

¹⁶⁵ C. FAVIER, *op.cit.*, p. 26

¹⁶⁶ M. ROCA i ESCODA, A.-F. PRAZ et E. LEPINARD, *op.cit.*, p.7 ; C. FAVIER, *Ibidem.* p. 28.

¹⁶⁷ Loi du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique, *J.O.R.F.*, 29 décembre 1967.

¹⁶⁸ Loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, *J.O.R.F.*, 18 janvier 1975.

¹⁶⁹ La loi qui vise à dépénaliser partiellement l'avortement en Belgique est entrée en vigueur le 15 avril 1990.

grâce à un accord de gouvernement extraordinaire. En effet, c'est MARTENS VIII, Premier ministre à l'époque, qui, en 1988, affirme que le gouvernement accepte la décision du Parlement en matière d'avortement¹⁷⁰. Cela permet d'aboutir à une majorité alternative, la loi passant avec les votes négatifs de tous les parlementaires sociaux-chrétiens. Le gouvernement prit cette décision extraordinaire « contre-nature » pour ne pas mettre en danger la monarchie et éviter une crise gouvernementale, le Roi Baudouin ainsi que le parti social-chrétien étant réfractaires à l'avortement¹⁷¹.

Les féministes n'ont pas arrêté leurs revendications aux seuls droits à l'avortement et à la contraception. Elles se sont également intéressées à la sexualité sous l'angle du consentement.

Section 2 : Le consentement à la sexualité

La sexualité est d'abord conçue comme un domaine où les femmes sont soumises à la domination masculine. Cela engendre de graves discriminations¹⁷² en vertu desquelles une double morale sexuelle permet aux hommes tous les écarts, alors que les femmes sont censées rester vierge jusqu'au mariage et être fidèle au mari, sauf pour les prostituées¹⁷³.

De plus, alors que les hommes font partie intégrante du contrat social et de l'espace public, les femmes sont reléguées à l'espace domestique. N'étant pas considérées comme des sujets à part entière, le consentement de ces dernières, aussi bien sur le plan politique que sexuel, est considéré comme une question non pertinente et non nécessaire¹⁷⁴.

Les mouvements féministes français s'emparent de la question dans le courant des années 1970 et revendiquent une libre disposition de leur corps et une jouissance sans entrave¹⁷⁵. Par ailleurs, c'est autour de la sexualité que la notion de consentement a été pensée. Ceux-ci ont également permis de remettre en cause les frontières séparant l'espace public et privé¹⁷⁶ et de

¹⁷⁰P. DE LOCHT et R. LALLEMAND, « IVG : Histoire de la loi de 1990 et d'une époque », disponible sur [¹⁷¹H. MAQUET et B. HENNE, « Un Jour dans l'Info: 1990, le Roi Baudouin refuse de signer la loi dépenalisant l'avortement », disponible sur \[https://www.rtf.be/info/societe/detail_un-jour-dans-l-info-1990-le-roi-baudouin-refuse-de-signer-la-loi-depenalisant-l-avortement?id=10390628\]\(https://www.rtf.be/info/societe/detail_un-jour-dans-l-info-1990-le-roi-baudouin-refuse-de-signer-la-loi-depenalisant-l-avortement?id=10390628\), 17 décembre 2019.](https://www.revuepolitique.be/histoire-de-la-loi-et-dune-epoque/#:~:text=Pierre%20DE%20LOCHT%20et%20Roger%20LALLEMAND&text=Le%203%20avril%201990%2C%20l,%2C%20BB%20temporaire%2C%20qui%20fera%20date.,3 juillet 2020.</p></div><div data-bbox=)

¹⁷² M. ROCA i ESCODA, A.-F. PRAZ et E. LEPINARD., *op.cit.*, p.8.

¹⁷³ M. ROCA i ESCODA, A.-F. PRAZ et E. LEPINARD, *Ibidem.*, p.7

¹⁷⁴ L. QUÉRÉ, « Lutttes féministes autour du consentement. Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie », *Nouvelles Questions Féministes*, 2016, p. 35.

¹⁷⁵ D. LACOMBE., *op.cit.*, p.288

¹⁷⁶ L. QUÉRÉ, « Lutttes féministes... », *op.cit.*, p. 34

penser en termes juridiques le viol et le harcèlement sexuel en tant que relations non consenties¹⁷⁷.

En Belgique, la question du consentement de la victime n'apparaît dans la loi qu'une dizaine d'années plus tard. Auparavant, « le terme de viol était essentiellement destiné à sanctionner la sexualité hors mariage¹⁷⁸ ». Le crime bafoue alors l'honneur de l'époux, du père ou du frère et donc de l'homme auquel la femme appartient¹⁷⁹. De plus, les dommages causés s'illustrent par un désordre moral et social, et non par une souffrance individuelle¹⁸⁰. Le changement de perspective, caractérisé par l'appropriation de la notion de consentement dans un contexte sexuel, ne se fait donc que tardivement au sein de la société belge.

Quant au viol entre époux, celui-ci n'est sanctionné qu'en 1989. Auparavant, toute relation sexuelle entre deux personnes unies par les liens du mariage relevait de leur intimité et du « devoir conjugal¹⁸¹ »

Au fil des ans et aujourd'hui encore, le conservatisme politique et religieux ainsi que les mondes médicaux et juridiques n'ont cessé de tenter de discréditer les mouvements défendant les droits des femmes¹⁸². L'implication des politiques s'est accompagnée d'un réexamen permanent de la perspective féministe initiale et d'une potentielle dépolitisation de la question, en particulier avec l'idée selon laquelle la violence conjugale et sexuelle ne serait pas le produit des rapports de genre¹⁸³. Les droits des femmes ne peuvent donc être considérés comme définitivement acquis et il convient à tous et à toutes d'être vigilant.e.s afin de ne pas opérer un retour en arrière.

Pour conclure, nous pouvons affirmer que les féministes se sont énormément préoccupées de la sexualité des femmes. Toutefois, nous nous interrogeons sur leurs investissements quant aux luttes concernant la maternité et l'accouchement.

¹⁷⁷ C. MACKINNON, *Toward a Feminist Theory of the State*, Cambridge, Harvard University Press, 1989.

¹⁷⁸ P. BENSUSSAN, « Viol entre époux en droit français : désir, besoin et consentement », *Sexologies*, 2009, pp.218-224.

¹⁷⁹ FEMMES PRÉVOYANTES SOCIALISTES, « Le consentement : une notion obsolète ou militante ? Perspectives historiques et féministes d'un terme à la mode », disponible sur <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2018/12/Analyse2018-Consentement.pdf>, décembre 2018, p.4.

¹⁸⁰ S. GERFAUT, « La définition du viol, une longue construction juridique », disponible sur https://www.liberation.fr/societe/2014/02/20/ladefinition-du-viol-une-longue-construction-juridique_981774, 20 février 2014.

¹⁸¹ FEMMES PRÉVOYANTES SOCIALISTES, « Quelques dates de l'histoire des femmes et de l'égalité en Belgique », disponible sur http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2015/02/Brochure_Ligne-du-temps_FPS_2018_A5_WEB.pdf, février 2017.

¹⁸² C. FAVIER, *op.cit.*, p. 31

¹⁸³ P. DELAGE, M. LIEBER et N. CHETCUTI-OSOROVITZ, « Lutter contre ... », *op.cit.*, p.9.

Chapitre 3 : L'évolution des luttes féministes dans le champ de l'obstétrique

Précisons d'abord que les combats pour les droits des femmes relatifs à l'accouchement et à la maternité sont peu nombreux.

Durant le XX^e siècle, les féministes militent pour une amélioration de la santé des « femmes mères » et pour leur donner la possibilité d'accoucher en maternité, de nourrir leurs bébés au biberon ainsi que de se reposer après l'accouchement. Elles combattent également pour que leur soit accordé une prise en compte de leur douleur lors de l'accouchement¹⁸⁴. Elles s'arrêtent cependant à ces revendications.

Certes, les féministes françaises ont travaillé sur le consentement à la sexualité et à la reproduction¹⁸⁵ ainsi qu'à la politisation de l'espace privé, mais elles semblent s'être arrêtées à la porte du cabinet médical¹⁸⁶. Ce n'est que récemment, en 2015, à la suite du scandale des touchers vaginaux sous anesthésie générale, analysée *infra*, qu'une critique féministe du pouvoir obstétrical et, plus largement, du pouvoir médical, articulée autour de la notion de consentement, a vu le jour¹⁸⁷.

Nous pouvons nous interroger sur les raisons d'une telle absence d'intérêt des violences de genre occasionnées dans le milieu obstétrical.

Les hypothèses sont que les mouvements féministes étaient réticents de dénoncer les pratiques des gynécologues-obstétriciens, qui ont longtemps été leurs alliés dans leurs luttes pour la liberté de contraception et d'avortement¹⁸⁸. De plus, la forte féminisation de la profession ne s'étant mise en place qu'à la fin du XX^e siècle, les femmes médecins n'avaient pas encore conscience du problème. Lorsque les féministes s'intéressent, enfin, au sujet, leurs luttes s'axent davantage sur l'accès aux soins et aux remboursements plutôt que sur la critique des actes médicaux en eux-mêmes¹⁸⁹. Il est possible également qu'elles estimaient que la loi de 2002 sur les droits des patients, qui a introduit dans les textes juridiques les droits au

¹⁸⁴ C. FAVIER., *op.cit.* p. 27.

¹⁸⁵ L. QUÉRÉ., « Luttes féministes .. », *op.cit.*, pp. 32-47.

¹⁸⁶ C. FAVIER., *op.cit.*, p. 29.

¹⁸⁷ M. ROCA i ESCODA, A.-F. PRAZ et E. LEPINARD, *op.cit.*, p.9.

¹⁸⁸ S. CHAUVEAU, « Les espoirs déçus de la loi Neuwirth », *Histoire, femmes et sociétés*, 2003, pp. 223-239.

¹⁸⁹ L. QUÉRÉ., « Luttes féministes ... », *op.cit.*, p. 33.

consentement éclairé et à l'autonomie de ces derniers¹⁹⁰, se suffisait à elle-même et qu'il n'était alors pas nécessaire de penser ces notions, spécifiquement dans le domaine obstétrical.

Toutefois, dans ce chapitre, nous allons nuancer l'affirmation selon laquelle les féministes ne se sont pas penchées sur la problématique des violences obstétricales avant le XXI^e siècle. En effet, elles se sont intéressées, de manière moins flagrante et remarquable certes, à la notion de consentement dans le cadre d'une relation gynécologique dès le XIX^e siècle.

Section 1 : Le consentement aux examens gynécologiques au XIX^e siècle

Dans le courant du XIX^e siècle, la médecine découvre qu'il est important d'accéder au corps humain et ne pas se fier uniquement aux dires, y compris dans le contexte obstétrical¹⁹¹. Ce recours aux corps des femmes instaure des tensions dans la société. Dès le moment où il y a une interaction physique entre le médecin et ses patientes dans le but de développer un savoir, les moralistes clament la dangerosité de l'acte. Selon eux, au cours d'une auscultation gynécologique, les femmes pourraient tirer du plaisir dans les bras du médecin ou recourir à un avortement¹⁹².

L'essor du spéculum et du fauteuil gynécologique, instruments médicaux apparus au début du XIX^e siècle et permettant aux gynécologues-obstétriciens de regarder les organes génitaux féminins en écartant les parois du vagin¹⁹³, et ce, dans une position allongée, jambes écartées, les pieds dans les étriers¹⁹⁴, vient accentuer la méfiance à l'égard des consultations gynécologiques. En effet, la société occidentale européenne de l'époque estime qu'il y a une érotisation du regard, la vue étant alors de plus en plus décrite comme le sens qui permet l'éveil du désir. La perception sexuelle du toucher vaginal gynécologique par la société du XIX^e siècle se renforce donc par l'usage du spéculum et du fauteuil gynécologique¹⁹⁵.

Ces outils médicaux sont d'autant plus contestés qu'ils sont d'abord utilisés pour les prostituées. Ces dernières subissent une surveillance médico-policière avec des examens

¹⁹⁰ L. QUÉRÉ., *op.cit.*, p. 33.

¹⁹¹ M. LE DEN, *op.cit.*, p.321.

¹⁹² A. CAROL, « L'examen gynécologique en France, XVIII^e-XIX^e siècles : techniques et usages », *Les nouvelles pratiques de santé. XVIII^e-XX^e siècles*, P. BOURDELAIS et O. FAURE (dir.), Belin, 2005, pp. 51-66.

¹⁹³ C. LEROUVILLOIS, « Speculum », *DicoPolHiS*, Hervé Guillemain (dir.), Le Mans Université, 2020.

¹⁹⁴ I. MOUCHARIK, *Le dispositif gynécologique : un panoptique entre surveiller et guérir, surveiller et punir et surveiller et jouir*, Université d'Angers, 2020.

¹⁹⁵ C. LEROUVILLOIS, *op.cit.*

gynécologiques forcés, et parfois publics, devant une assemblée de médecins et d'étudiants. Ces auscultations ont pour objectif de détecter les lésions des maladies vénériennes, en particulier celle de la syphilis¹⁹⁶. L'utilisation des mêmes instruments sur l'ensemble des femmes a donc été perçue comme une manière de leur donner à toutes le statut de prostituées¹⁹⁷.

L'examen gynécologique devient le symbole de l'humiliation et de l'exploitation des femmes dans un système social, politique et économique inégalitaire illustré par des relations de pouvoir entre ces dernières et le corps médical majoritairement masculin, blanc et hétérosexuel¹⁹⁸.

Se pose alors la question du consentement des femmes dans le cadre d'une auscultation gynécologique mais au regard de la prostitution et de la pudeur¹⁹⁹. Toutefois, en 1850, selon la Royal Society of Medicine, société savante britannique à but non lucratif, seul le consentement du mari ou du père est valable et non celui des femmes ou des jeunes filles, considérées comme incapables, fragiles et devant être protégées de leur propre nature ainsi que des dangers du monde²⁰⁰. Cette société s'offusque et refuse les touchers vaginaux et réaffirme la domination des hommes sur les femmes aussi bien dans la société de manière générale que dans le cadre d'une relation médicale. Le consentement et la gynécologie étant perçus de la même manière en Belgique, les féministes de l'époque vont donc s'intéresser au sujet²⁰¹.

Isala VAN DIEST, première femme médecin belge, représente le gynécologue masculin comme un abuseur qui tire profit de la relation avec ses patientes et qui reproduit dans la salle de gynécologie la relation de pouvoir qu'a l'homme dans la société²⁰². De plus, elle critique le fait que ce sont les hommes qui ont le droit de refuser la consultation de leur épouse ou de leur fille et ce, par pudeur ou honneur de la famille²⁰³. Les femmes ne sont pas en position de

¹⁹⁶ J.-R. WALKOWITZ et D.-J. WALKOWITZ, « We are not the Beast of the Field » : Prostitution and the Poor in Plymouth and Southampton under the Contagious Disease Acts », *Feminist Studies*, vol. 1, 1973, p. 96.

¹⁹⁷ L. KEUNINGS et C. HUBERTY, « La prostitution à Bruxelles au dix-neuvième siècle », *Cahiers de la Fonderie*, avril 1987, n° 2, pp. 3-21. ; J.-M. CHAUMONT et C.-H. MACHIELS (dir.), *Du sordide au mythe. L'affaire de la traite des blanches (Bruxelles, 1880)*, Première édition, Presses universitaires de Louvain, 2009.

¹⁹⁸ T. DE GANCK, *Cultiver la différence. Histoire du développement de la gynécologie à Bruxelles, 1870-1935*, Thèse de doctorat en histoire, art et archéologie, V. Piette, (dir.), Université libre de Bruxelles, 2016.

¹⁹⁹ T. DE GANCK, *Ibidem*.

²⁰⁰ A. JAUNAIT et F. MATONTI, « L'enjeu du consentement », *Raisons politiques*, 2012 n° 46, pp. 5-11.

²⁰¹ S. BOEHRINGER et E. FERRARESE, « Féminisme et vulnérabilité », *Cahiers du genre*, 2015, n° 58, pp. 5-19.

²⁰² T. DE GANCK, *op.cit.*

²⁰³ J. BERARD et N. SALLÉE, « Les âges du consentement. Militantisme gai et sexualité des mineurs en France et au Québec (1970-1980), *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 42, 2015, pp. 99-124.

donner leur consentement car aucune instance dans la société ne leur en laisse la capacité²⁰⁴. Elles sont dans une position de minorité face aux hommes et ne sont donc pas en mesure de se défendre. L'auscultation gynécologique devient le paradigme même d'une violence des hommes sur les femmes²⁰⁵.

Toutefois, le discours du Docteur VAN DIEST a un effet pervers. Selon son point de vue, les femmes doivent avoir le droit de refuser une auscultation. Cependant, elles n'auraient pas le choix quant à la possibilité de recourir à la consultation si elles le souhaitent²⁰⁶. La Docteure conçoit la gynécologie uniquement de manière oppressive ou négative pour les femmes. La pudeur, qui doit, selon elle, être perçue comme personnelle et non sociétale ou masculine, est naturalisée à outrance au point que l'auscultation gynécologique ne peut être qu'une violence²⁰⁷.

Les mouvements féministes belges se sont arrêtés à ces observations et revendications pendant plusieurs années. Cependant, dans d'autres pays ce n'est pas le cas. En effet, dans la section suivante, nous allons constater que les féministes américaines se sont saisies de la question du consentement dans la relation médicale avec davantage de profondeur dans le courant des années 1960. La France et la Belgique feront de même une cinquantaine d'années plus tard.

Section 2 : Le Women's Health Movement aux USA

Apparu dans les années 1960, le Women's Health Movement (VHM) a pour objectif principal d'améliorer les soins de santé pour toutes les femmes²⁰⁸. Les revendications qu'il présente visent notamment le droit à la contraception et à l'avortement mais demande surtout l'introduction de la notion de consentement dans le corpus législatif²⁰⁹.

Les luttes du VHM se sont traduites par la création de structures de soin autogérées et dédiées à la santé des femmes. Par la suite, celles-ci se regroupent dans des *consciousness raising groups*, afin d'échanger leurs expériences et de concevoir ensemble des actions

²⁰⁴ A. JAUNAIT et F. MATONTI, *op.cit.*, p. 5-11.

²⁰⁵ N.-M. THERIOT, « Women's Voice in Nineteenth-Century Medical Discourse: A Step Toward Deconstructing Science », *Signs*, 1993, p. 1-31.

²⁰⁶ N.-M. THERIOT, *Ibidem*.

²⁰⁷ T. DE GANCK., *op.cit.*

²⁰⁸ F.-H. NICHOLS, « History of the Women's Health Movement in the 20th Century », *JOGNN*, 2000.

²⁰⁹ L. QUÉRÉ, « Luttes féministes ... », *op.cit.*, p. 36.

collectives²¹⁰. Par ailleurs, en 1969, un des groupes de « conscientisation » se réunit à Boston autour du thème « les femmes et leur corps »²¹¹ dans lequel les membres critiquent l'attitude paternaliste et répressive des gynécologues américains, lesquels sont majoritairement des hommes.

Confrontées à la difficulté de discuter avec leurs médecins, les participantes décident de collecter elles-mêmes les informations médicales en les comparant avec leurs expériences personnelles de la sexualité, de la contraception, de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement ou des maladies sexuellement transmissibles²¹². Sur base de ces recherches, elles produisent alors un certain nombre de textes visant la connaissance de la santé des femmes. Ces écrits sont publiés sous le titre *Our bodies, Our - selves (OBOS)* en 1973 et traduisent la volonté de ces dernières de « (re)prendre le contrôle de leur propre corps et d'échapper ainsi à la domination du savoir et du pouvoir médical²¹³»

Parallèlement, des centres autogérés d'avortement sont créés. En ces lieux, les militantes s'occupent elles-mêmes d'un acte habituellement réservé aux médecins et ce, jusqu'à la légalisation de l'avortement aux USA. Après avoir constaté que de nombreuses femmes ne connaissent pas l'intimité de leur corps, se développe au même moment le mouvement de *self help* gynécologique, appelé aussi auto-examen²¹⁴. Du fait de ces nombreuses actions, le VHM a contribué à politiser un espace pourtant considéré comme non politique, notamment en se positionnant contre la médecine officielle, laquelle a invisibilisé la santé des femmes²¹⁵.

Le Women's Health Movement a ainsi porté une véritable lecture féministe de la médecine et en particulier de l'obstétrique, en choisissant d'intégrer dans une même lecture la place des femmes dans la société ainsi que leur santé et leur droit à l'information, au consentement et à l'autonomie de la prise de décision²¹⁶.

En Belgique et en France, l'ouvrage *OBOS* a fait l'objet d'une large diffusion, mais a été perçu comme un livre de vulgarisation et de témoignages et non comme un ouvrage militant

²¹⁰ L. ILANA, « Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? Le Women Health Movement et les transformations de la médecine aux États-Unis ». *Travail, genre et sociétés*, 2005, pp.89-108.

²¹¹ L. ILANA, *Ibidem*.

²¹² L. ILANA, *Ibidem*.

²¹³ M. ZANCARINI-FOURNEL, « Notre corps, nous-mêmes », *Le siècle des féminismes*, E. Gubin, C. Jacques, F. Rochefort, B. Studer, F. Thébaud et M. Zancarini- Fournel (dir.), Paris, Éditions de l'Atelier, 2004, pp. 209-220.

²¹⁴ L. ILANA, *op.cit.*, pp.91-93. ; L. QUÉRÉ, « Lutttes féministes ... », *op.cit.*, p. 37.

²¹⁵ M. MEMBRADO, « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation ». *Nouvelles Questions Féministes*, 2006, pp.16- 31. ; D. GARDEY, et L. ILANA, *L'invention du naturel : les sciences et la fabrication du féminin et du masculin.*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000.

²¹⁶ L. ILANA, *op.cit.*, pp.91-93. ; L. QUÉRÉ, « Lutttes féministes ... », *op.cit.*, p. 37. ; F- H. NICHOLS, *op.cit.*

invitant ses lectrices à devenir expertes de leur propre corps et à remettre en question l'autorité des médecins²¹⁷. Cette approche peut s'expliquer par les raisons mises en évidence à la fin du chapitre précédent ainsi que par le fait qu'en France et en Belgique, le système de santé est étatique. La cible d'action est donc le gouvernement, plutôt que la profession médicale en elle-même²¹⁸. Par ailleurs, ce n'est qu'en 2015 que la France et les pays occidentaux s'intéressent de manière approfondie à la question du consentement dans la relation obstétricale et des violences qui peuvent en découler.

Section 3 : Les touchers vaginaux sous anesthésie générale : le déclencheur francophone

À partir de 2014, plusieurs mobilisations autour de la relation entre gynécologues, obstétriciens et patientes se succèdent en France, notamment par le site Gyn&co²¹⁹ ou le hashtag #PayeTonUtérus au travers desquels les femmes font part de leurs mauvaises expériences lors d'une consultation gynécologique²²⁰.

Toutefois, c'est l'affaire des touchers vaginaux sous anesthésie générale et non consentis préalablement qui réinterroge réellement le rapport des mouvements féministes à l'obstétrique²²¹. En effet, la médiatisation de ce scandale mène l'analyse féministe autour du consentement dans le cadre de la sexualité à s'étendre, pour enfin entrer dans un cabinet médical²²².

De fait, la polémique des touchers vaginaux sous anesthésie générale n'est pas sans effet. Elle entraîne tout d'abord la publication d'une tribune s'intitulant « Le consentement, point aveugle de la formation des médecins²²³ ». Ensuite, elle provoque la réaction de Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Celle-ci affirme, à la suite du rapport d'enquête de la Conférence nationale des doyens sur les conditions d'apprentissage de l'examen clinique aux étudiants en médecine, que « les actes concernés, totalement illégaux, exposent à des poursuites pénales [et] précise que l'État sera

²¹⁷ L. QUÉRÉ, *op.cit.*, p. 38

²¹⁸ L. ILANA, *op.cit.*, p.103.

²¹⁹ Gyn&Co, disponible sur <https://gynandco.wordpress.com/>

²²⁰ PRÉMISSE, *op.cit.*

²²¹ A. LORRIAUX, « Touchers vaginaux sur patientes endormies : un tabou à l'hôpital? », disponible sur www.metronews.fr/info/touchers-vaginaux-sur-patientes-endormies-un-tabou-a-l-hopital/moaC!txk2bsiOnYXIU, 2 février 2015.

²²² L. QUÉRÉ, « Lutttes féministes ... », *op.cit.*, p. 42.

²²³ M.-H. LAHAYE, A.-C. HUSSON et B. KAMMERER, *Le consentement, point aveugle de la formation des médecins*, Paris, Médiapart Eds, 2015.

d'une extrême fermeté face à ces pratiques inacceptables, qui portent atteinte à l'intégrité du corps humain et aux droits fondamentaux des patients²²⁴»

En outre, la mobilisation autour du scandale développe un discours juridique se référant à la loi de 2002 sur les droits des patients, et ce principalement autour de la notion de consentement libre et éclairé. Depuis 2014, nous assistons ainsi à la convergence de deux courants autour de cette notion : le premier, féministe, issu des dénonciations du viol, et le second résultant des mouvements des droits des patientes²²⁵.

Le recours à la loi de 2002 est le moment, pour ces militantes, de rattraper l'occasion manquée des mouvements féministes français de développer une lecture politique de la relation gynécologues-patientes. D'ailleurs, même si ceux-ci ont soulevé la question du consentement des examens gynécologiques au XIX^e siècle, l'avancée majeure sur le sujet n'a eu lieu que récemment, ce qui peut paraître regrettable. Dans une société moderne comme la nôtre, il est difficile de comprendre et d'accepter une réaction si tardive de la part des féministes ainsi que du personnel hospitalier et des politiques.

Par ailleurs, à la suite de ces différentes réactions, la parole des femmes se libère et en 2017, sont créés le *tumblr* et la page Facebook « Paye ton gynéco » recensant des témoignages de sexisme et de violences obstétricales²²⁶.

Marisol TOURAINE n'est pas le seul membre du gouvernement à réagir au scandale et aux témoignages qui s'en suivent. Lors d'une audition devant la délégation aux droits des femmes du Sénat, la Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes, Marlène SCHIAPPA, déclare avoir commandé un rapport au Haut Conseil à l'Égalité sur les violences obstétricales²²⁷ pour rendre compte, de manière effective, de la situation en France.

C'est par le biais de ces diverses actions que les militantes féministes se sont donc intéressées aux violences obstétricales.

Notons que la médiatisation des témoignages et du scandale des touchers vaginaux a permis à la Belgique de s'emparer à son tour du sujet et de s'intéresser à la situation dans les

²²⁴ Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Communiqué de presse, « Touchers vaginaux et rectaux sans consentement sur patient(e)s endormi(e)s : Marisol TOURAINE reçoit le rapport des doyens de médecine et réaffirme « l'extrême fermeté » de l'Etat face à des pratiques « inacceptables », 27 octobre 2015.

²²⁵ L. QUÉRÉ, « Lutttes féministes ... » *op.cit.*, p. 42.

²²⁶ PayeTonGyneco, disponible sur <https://www.facebook.com/pg/tongyneco>

²²⁷ HCE, *op.cit.*, p.52.

maternités belges. Par ailleurs, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce mémoire, la Belgique a fait un pas supplémentaire dans la lutte, lorsque le 23 avril 2021, le Sénat adopte une demande de rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales²²⁸.

Puisque les chapitres axés sur la mise en contexte et le féminisme sont clôturés, il convient maintenant d'explicitier la manière dont les violences obstétricales sont appréhendées par le droit.

²²⁸SÉNAT DE BELGIQUE, « Demande d'établissement d'un rapport .. », *op.cit.*

Titre 3 : Les violences obstétricales au regard du droit

Le troisième titre de ce travail a pour objectif d'analyser l'état du droit belge et européen en matière de violences obstétricales.

Précisons préalablement que le praticien, peut, lorsqu'il commet une faute ou une infraction, engager sa responsabilité pénale, civile ou disciplinaire. Nous verrons qu'en matière de violence obstétricale, c'est le cas, particulièrement lorsque le médecin ne respecte pas certaines règles telles que le droit à l'information et au consentement de la victime.

La loi belge²²⁹ autorise le médecin à poser des actes attentatoires à l'intégrité physique d'autrui qui seraient prohibés par le droit pénal en dehors du cadre des soins de santé²³⁰. Nous verrons toutefois que la profession médicale est encadrée et que ce dernier ne peut pas adopter n'importe quel comportement envers le corps de ses patientes²³¹, sous peine d'engager sa responsabilité.

En matière civile, la relation médicale peut s'appréhender tant d'un point de vue contractuel qu'extracontractuel.

La relation entre un praticien professionnel et ses patientes est de nature contractuelle²³². Le droit commun des contrats est donc applicable au travers des articles 1108 et suivants du Code civil selon lesquels l'absence d'obtention du consentement libre et éclairé peut être sanctionné en recourant à la théorie des vices de consentement²³³. Dans le cadre des violences obstétricales, il est par exemple envisageable de mettre en cause la responsabilité d'un gynécologue pour dol²³⁴, s'il fait croire à ses patientes qu'il est nécessaire d'effectuer un toucher vaginal pour prescrire une pilule.

²²⁹ Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, *M.B.*, 18 juin 2015 ; Arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.*, 14 novembre 1967.

²³⁰ C. HENNAU-HUBLET, *L'activité médicale et le droit pénal. Les délits d'atteinte à la vie, l'intégrité physique et la santé des personnes*, Bruxelles et Paris, Bruylant et L.G.D.J., 1987, pp. 25 à 58

²³¹ C. HENNAU-HUBLET, *Ibidem*, pp. 25 à 58.

²³² M. BOURGUIGNON, « L'obligation d'information en droit médical, une notion traditionnelle confrontée aux tendances contemporaines », *R.G.D.M.*, 2013, p. 39.

²³³ G. GÉNICOT, « Le dommage consécutif à un manquement au devoir d'information du médecin : une valse à trois temps. Plaidoyer pour la reconnaissance du préjudice d'impréparation », *Droit médical et biomédical*, Bruxelles, Larcier, p.80.

²³⁴ C.civ., art.1116.

En matière extracontractuelle, le médecin peut également voir sa responsabilité engagée s'il est prouvé qu'il a commis une faute, un dommage et qu'il y a un lien causal entre les deux.²³⁵.

En ce qui concerne la responsabilité disciplinaire des professionnels de la santé, ceux-ci peuvent l'engager en cas de violation des règles et principes de moralité, de probité et de compétence édictés dans le Code de déontologie médicale²³⁶. Ils sont alors sanctionnés par les Conseils provinciaux de l'Ordre des médecins²³⁷. Les sanctions disciplinaires peuvent d'ailleurs être vécues plus lourdement que les sanctions pénales car elles peuvent aller jusqu'à la radiation du médecin²³⁸.

Par ces différentes approches, l'enjeu de ce chapitre est d'envisager l'activité médicale au-delà de la seule relation contractuelle et extracontractuelle qu'elle représente, en se tournant vers les droits fondamentaux dont dispose les patientes²³⁹. À cet effet, nous pouvons notamment citer la loi belge du 22 août 2002 relative aux droits du patient²⁴⁰, la Convention européenne des droits de l'homme²⁴¹ mais aussi la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants²⁴², dont la méconnaissance par le praticien peut lui être imputée tant sur plan pénal, civil ou disciplinaire.

Notons d'emblée qu'en raison de la convergence entre les différentes responsabilités du praticien citées précédemment, la suite de ce travail ne fera plus la distinction entre ces dernières.

Chapitre 1 : Le droit à l'information

Avant chaque acte médical, il est indispensable que les professionnels de la santé prennent le temps d'informer²⁴³ les patientes de leurs droits, de l'acte que l'on veut leur poser mais aussi les raisons qui justifient ce dernier, ses avantages, ses inconvénients et les possibles

²³⁵ C.civ., art. 1382.

²³⁶ Arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins précité, art. 6.

²³⁷ Arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins précité, art. 5.

²³⁸ Arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, précité, art. 16.

²³⁹ G. GÉNICOT, *Droit médical et biomédical*, op.cit., pp. 126 à 138.

²⁴⁰ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée.

²⁴¹ Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1995, *M.B.*, 19 août 1955. *err.*, 29 juin 1961. (C.E.D.H.)

²⁴² Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adoptée à New York le 10 décembre 1984, approuvée par la loi du 9 juin 1999, *M.B.*, 28 octobre 1999.

²⁴³ C. déonto. médicale, art.19 et son commentaire, p. 45.

alternatives²⁴⁴. Ces informations sont essentielles que ce soit pour recevoir un consentement éclairé²⁴⁵ ou même lorsque la question n'est pas d'accorder ce dernier mais qu'il s'agit simplement de se renseigner, comme cela peut être le cas en matière de contraception par exemple²⁴⁶.

L'article 3 de la Charte européenne des droits des patients et l'article 7 de la loi du 22 août 2002 impose aux soignants de fournir, dans un langage clair et compréhensible, toutes les informations qui concernent les patientes et peuvent leur être nécessaire pour comprendre leur état de santé et l'évolution probable de ce dernier, tout en tenant compte de leur individualité. Les informations doivent être données à un moment opportun²⁴⁷ pour qu'elles aient la possibilité, si elles le souhaitent, de consulter un autre praticien et de choisir le traitement qui leur conviennent le mieux. Les soignants sont également dans l'obligation de transmettre une copie du dossier médical lorsqu'il est demandé²⁴⁸.

Comme le démontre les témoignages repris dans la première annexe, il est toutefois fréquent qu'un gynécologue ou obstétricien ne prenne pas le temps d'informer correctement les patientes avant de poser un acte médical sur leur corps. Pour se justifier, les médecins invoquent souvent l'urgence²⁴⁹ que requière l'accouchement. Cependant, cet argument n'est pas valable puisqu'expliquer la situation aux parturientes ne prend pas un temps conséquent²⁵⁰.

Les médecins se défendent également au travers de l'adage « nul n'est censé ignorer la loi » selon lequel les patientes sont tenues de connaître leurs droits et qu'il n'est pas nécessaire de le leur rappeler. Il pourrait toutefois leur être opposé qu'« à l'impossible nul n'est tenu ». En effet, il n'est pas évident de connaître ses droits dans un pays où de nouvelles lois sont votées chaque jour et où les procédures sont différentes selon la Région où l'on vit puisque les mêmes règles ne s'appliquent pas à Bruxelles, en Wallonie ou en Flandre²⁵¹.

²⁴⁴ C. déonto. médicale, art. 9 et son commentaire, p. 24. ; Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.*, 14 mai 2019, art. 33.

²⁴⁵ F. GEORGE, « L'obligation d'information du médecin et le consentement éclairé du patient », *Consilio*, 2021, pp. 21-40.

²⁴⁶ PRÉMISSE, *op.cit.*, p. 21.

²⁴⁷ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art.8 § 3).

²⁴⁸ PRÉMISSE, *op.cit.*, p. 18 ; Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé précitée, art. 33, 22°.

²⁴⁹ L'article 8 §5 affirme que dans les cas d'urgence et lorsqu'il y a incertitude sur l'existence d'une volonté exprimée au préalable par la patiente ou par son représentant, le praticien pratique toute intervention nécessaire.

²⁵⁰ RTL, *op.cit.*

²⁵¹ M. BEN JATTOU *et al.*, *op.cit.*, pp.15 et 38.

L'exception thérapeutique constitue la seule nuance à l'obligation d'information²⁵². Elle ne peut toutefois être invoquée qu'après avoir consulté un autre praticien professionnel et uniquement dans le cas où l'information aux patientes risque de leur causer un préjudice grave²⁵³. Par ailleurs, elles ont le droit de ne pas être informée sur leur état de santé, à condition qu'elles en fassent la demande expresse et que celle-ci soit indiquée dans leur dossier médical. Toutefois, ce n'est pas possible dans le cas où ne pas fournir l'information cause un préjudice grave à leur santé ou à celle d'un tiers²⁵⁴.

Chapitre 2 : Le droit au consentement

Le droit au consentement libre et éclairé est un droit fondamental, il est donc primordial de s'y intéresser et d'aborder la problématique de la situation d'urgence.

Section 1 : Le droit au consentement libre et éclairé

Aucun examen médical n'est obligatoire et tout geste pratiqué sur le corps d'un individu doit être consenti et clairement expliqué pour que le consentement soit possible²⁵⁵. En effet, les actes réalisés dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical, sans explication suffisante ou sans recueillir le consentement des patientes, peuvent susciter chez ces dernières, de la gêne, atteindre leur intégrité physique et parfois faire revivre des traumatismes liés à des violences sexuelles²⁵⁶.

Les droits à l'information et au consentement, reconnus à l'article 8 de la loi relative aux droits du patient²⁵⁷, sont donc interdépendants l'un de l'autre.

Pour que le consentement soit libre et éclairé, il doit être donné sans contrainte physique ou morale ni manipulation. Il est réitéré à chaque nouvelle intervention²⁵⁸.

²⁵² P. HENRY et B. DE COCQUEAU, « A propos du consentement libre et éclairé du patient », *Droit médical*, Y.-H. Leleu (dir.), vol. 79, Bruxelles, Larcier, 2005, pp. 175 et 176.

²⁵³ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 7, §4.

²⁵⁴ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 7, §3.

²⁵⁵ X., « S'armer jusqu'aux lèvres », disponible sur https://infokiosques.net/lire.php?id_article=1318, 17 mai 2016, p.12.

²⁵⁶ HCE, *op.cit.*, p. 30.

²⁵⁷ Ce droit est également reconnu en droit européen, par l'article 4 de la Charte européenne des droits des patients adoptée à Bruxelles le 15 novembre 2002.

²⁵⁸ F. GEORGE, *op.cit.*, pp. 21-40. ; B. DE COCQUEAU et P. HENRY « L'information et le consentement : Les nouvelles balises », *Évolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement*, G. Schamps (dir.), Bruxelles, L.G.D.J et Bruylant, 2008, pp. 28 et 29.

Les informations fournies aux patientes afin d'emporter leur adhésion²⁵⁹ concernent notamment la nature de l'acte médical, le degré d'urgence, les contre-indications, les effets secondaires, les risques inhérents à l'intervention, les soins de suivi, et les répercussions financières²⁶⁰. Une fois que ces informations leur ont été transmises, elles peuvent consentir à l'intervention. Celui-ci n'étant pas irrévocable²⁶¹, elles ont également le droit de retirer leur consentement à tout moment et même de refuser de le fournir²⁶².

Il convient de préciser qu'il n'existe pas d'acceptation tacite. Tout bon praticien doit demander l'accord avant chaque intervention²⁶³. Marie-Hélène LAHAYE précise qu'obtenir le consentement, ce n'est pas dire aux patientes «je vais vous examiner» mais demander «est ce que je peux vous examiner?»²⁶⁴»

Section 2 : La situation d'urgence

Comme pour le droit à l'information, il est possible qu'en cas d'urgence et lorsqu'il y a une incertitude sur l'existence d'une volonté exprimée au préalable par les patientes ou par leur représentant²⁶⁵, le praticien pratique une intervention médicale sans recueillir leur consentement. Toutefois, il devra l'obtenir dès qu'elles en redeviennent capable²⁶⁶.

Lorsqu'une intervention médicale est refusée, quand bien même il y a urgence, il n'y a pas d'incertitude quant à l'existence de la volonté. Le praticien ne peut donc poser des actes médicaux sur la personne en question²⁶⁷.

S'il existe des violences obstétricales commises dans des situations où l'urgence commande d'agir et où l'intervention du praticien permet de sauver la vie des parturientes et de leurs enfants, le contexte dans lequel se réalisent la plupart de ces violences ne permet généralement pas d'invoquer l'exception expliquée précédemment. En effet, la grande

²⁵⁹ F. GEORGE, *op.cit.*, pp. 21-40. ; C. déonto. médicale, art. 20 et son commentaire, p. 47.

²⁶⁰ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 8 § 2.

²⁶¹ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 8 § 4.

²⁶² X., « S'armer jusqu'aux lèvres », *op.cit.*, p.12

²⁶³ PRÉMISSE, *op.cit.*, p. 16.

²⁶⁴ RTL, *op.cit.*

²⁶⁵ F. GEORGE., *op.cit.*, pp. 21-40.

²⁶⁶ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 8§5.

²⁶⁷ J.-M. HAUSMAN, « Chapitre II. Droits et obligations du patient et du psychologue clinicien », *Aspects juridiques et déontologiques de l'activité de psychologue clinicien*, pp.110-114.

majorité des médecins justifient trop couramment la violation du droit au consentement par l'urgence de la situation²⁶⁸.

Chapitre 3 : Le droit à des prestations de qualité

Selon l'article 5 de la loi du 22 août 2002, les patientes ont droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité²⁶⁹ répondant à leurs besoins, et ce, dans le respect de leur dignité humaine et de leur autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite. Le médecin doit donc se comporter de manière responsable²⁷⁰. Il veille au respect de la norme générale de prudence et se conforme à l'état actuel des connaissances scientifiques²⁷¹. De plus, le professionnel de la santé s'assure de garantir le respect des droits des patientes c'est-à-dire, qu'il les informe correctement de l'intervention médicale à venir – par exemple un toucher vaginal -, qu'il recueille leur consentement éclairé, qu'il tient compte de leur gêne et de leur douleur, etc²⁷².

Si les patientes estiment que le médecin ne dispense pas des soins de qualité, elles sont libres de choisir et de changer de prestataire en vertu de leur droit à l'auto-détermination et de l'article 6 de la loi précitée²⁷³.

Chapitre 4 : Le droit à la prise en charge de la douleur et à l'interdiction de la torture

Dans l'imaginaire collectif, la douleur est intrinsèque à la nature féminine, en commençant par l'arrivée des règles puis par la première relation sexuelle pour ensuite terminer par les maux de grossesse et d'accouchement. Cette assignation des femmes à la souffrance a, notamment pour conséquence, une absence ou une faible considération de ces sensations de la part des médecins lorsqu'il s'agit des organes féminins²⁷⁴.

²⁶⁸ RTL, *op.cit.*

²⁶⁹ La patiente a également ce droit en vertu de l'article 8 de la Charte européenne des droits des patients précitée.

²⁷⁰ C. déonto. médicale, art. 8, 30 et 31 et leur commentaire pp. 75-77.

²⁷¹ J.-M. HAUSMAN, J.-M. et G. SCHAMPS, « § 1. - Relation entre le psychologue clinicien et le patient », *op.cit.*, pp. 119-124

²⁷² PRÉMISSE, *op.cit.*, p. 13

²⁷³ La patiente a également ce droit en vertu de l'article 5 de la Charte européenne des droits des patients précitée.

²⁷⁴ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.*, pp. 205-212.

Pourtant, l'article 11*bis* de la loi du 22 août 2002 accorde aux patientes le droit à la prise en charge de leur douleur. L'article stipule que « toute personne doit recevoir de la part des professionnels de la santé les soins les plus appropriés visant à prévenir, écouter, évaluer, prendre en compte, traiter et soulager la douleur ». Celle-ci ne doit donc pas être vécue comme un passage obligatoire lors des consultations gynécologiques ou en salle d'accouchement, particulièrement à l'heure de l'apogée des sciences²⁷⁵.

L'article 11 de la Charte européenne des droits des patients rappelle également le droit de ne pas souffrir inutilement. La douleur peu importe son origine (vaginisme, virginité, stress, contractions lors de l'accouchement, ...) doit être entendue et évaluée par les soignants pour la prévenir et l'amoindrir²⁷⁶.

En plus de la banalisation de la douleur ressentie, les patientes subissent des actes médicaux qui peuvent parfois être assimilés à des actes de torture, plus particulièrement lors de leur accouchement.

En dehors du contexte hospitalier, obliger une personne à rester dans la même position, sans eau ni nourriture, durant une longue période est considéré comme de la torture²⁷⁷. Pourtant, comme affirmé *supra*, en hôpital, il est admis d'imposer aux patientes d'accoucher sur le dos²⁷⁸, le sexe à la vue de tous, dans la position la plus humiliante et douloureuse pour les femmes enceintes, sous une lumière crue, au milieu du bruit continu des machines et des médecins, sans avoir la possibilité de s'alimenter, et ce, pendant des heures²⁷⁹.

Il ne s'agit pas du seul acte de torture que peuvent subir les femmes en salle d'accouchement. L'épisiotomie, véritable mutilation sexuelle²⁸⁰, et l'injection de l'ocytocine, rendant les contractions plus douloureuses, peuvent également être vécues comme tel²⁸¹. Ces agissements ne sont cependant pas remis en question par les membres de l'hôpital et par la société de manière générale.

²⁷⁵ PRÉMISSE, *op.cit.*, p. 18.

²⁷⁶ X., « S'armer jusqu'aux lèvres », *op.cit.*, p.13

²⁷⁷ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.*, pp. 167-170.

²⁷⁸ PAROLES DE MAMANS, « 7 bonnes raisons... », *op.cit.*

²⁷⁹ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.*, pp. 167-170.

²⁸⁰ C. pén., art. 409. ; RTL, *op.cit.*

²⁸¹ M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.* pp. 167-170.

Les violences obstétricales bafouent, de ce fait, le droit relatif à l'interdiction de torture et de traitements inhumains et dégradants prévue par plusieurs normes européennes²⁸², transposées en Belgique au travers de l'article 417bis du Code pénal. Ainsi, selon le Conseil de l'Europe, l'interdiction de torture est un droit absolu. Aucune exception ne peut donc être prévue²⁸³.

La torture est définie comme « tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne (...) »²⁸⁴. Autrement dit, la gravité ou l'intensité des souffrances infligées doit dépasser un certain seuil et le fait d'infliger des douleurs doit être volontaire²⁸⁵. Nous pouvons toutefois espérer que la majorité des médecins ne sont pas animés de cette intention, les violences obstétricales constituent alors davantage en des traitements inhumains ou dégradants pour lesquels la condition de volonté n'est pas requise²⁸⁶.

Chapitre 5 : Les infractions de coups et blessures volontaires, viols et attentats à la pudeur

Sur le plan pénal, les patientes peuvent être victimes de coups et blessures volontaires²⁸⁷ qui ne sortent du champ de la loi que s'ils sont réalisés avec leur consentement et avec une finalité thérapeutique²⁸⁸.

Par coup volontaire, il est question de toute forme de rapprochement violent et voulu, entre le corps humain de la victime et un autre objet physique (un second corps humain ou un objet) avec l'effet possible d'une contusion, d'une commotion ou d'une lésion²⁸⁹. Les victimes doivent avoir été touchées par le coup même s'il ne laisse aucune trace²⁹⁰. Les blessures sont quant à elles définies comme toute lésion externe ou interne, si légère soit elle, apportée au

²⁸² Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants précitée ; C.E.D.H., précitée, art. 3.

²⁸³ A. REIDY, *Un guide sur la mise en œuvre de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme*, Allemagne, 2003, pp.13-15.

²⁸⁴ C. pén., art. 417bis ; Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants précitée, art. 1.

²⁸⁵ A. REIDY, *op.cit.*, pp.11-12.

²⁸⁶ A. REIDY, *Ibidem*.

²⁸⁷ C. pén., art. 398.

²⁸⁸ Y.-H. LELEU, « Section 3 - Protection et maîtrise du corps », *Droit des personnes et des familles*, Bruxelles, Larcier, 2020, pp. 133-170.

²⁸⁹ Cass., 27 février 2002, *Rev.dr. pén.*, 2002, p. 956.

²⁹⁰ A. DELANNAY, « Section 2. - Le meurtre et ses diverses espèces », *Les infractions – Volume 2 – Les infractions contre les personnes*, Beernaert, M.-A. (dir.), 2^e édition, Bruxelles, Larcier, 2020, p. 286.

corps humain de l'extérieur par une cause mécanique ou chimique agissant sur l'état physique et mental²⁹¹.

Il convient de préciser que l'auteur ne doit pas nécessairement avoir voulu le résultat, c'est-à-dire qu'il n'est pas requis que cette personne ait voulu causer le mal qui résulte des coups et blessures portés. Cependant, si le médecin a porté des coups ou a causé la blessure sciemment et volontairement²⁹², il peut être sanctionné pénalement. Nous pouvons considérer qu'une césarienne sans raison médicale ou une expression abdominale rentre dans le champ d'application et se verraient donc sanctionnées sur base de l'article 398 du Code pénal.

Les patientes peuvent également être victimes, entre autres, de touchers vaginaux non consentis, de palpations de poitrine non justifiées médicalement et de bien d'autres actes irrespectueux de leur intimité. Ces actes sont érigés en infractions, au titre de viol²⁹³ et d'attentat à la pudeur²⁹⁴.

Le crime de viol est défini comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit et par quelque moyen que ce soit, commis sur une personne qui n'y consent pas (...) »²⁹⁵. Nous pouvons regretter que, dans le contexte du viol, la jurisprudence affirme qu'il faut rechercher l'intention sexuelle de l'auteur²⁹⁶. En effet, cela ne nous paraît pas justifié si l'on sait qu'il s'agit d'un des rares domaines pénaux à devoir établir la volonté de l'auteur pour qualifier un délit ou un crime. D'ailleurs, les médecins, accusés de ce crime, tentent généralement de justifier leurs actes en affirmant n'avoir ressenti aucun plaisir sexuel et de n'avoir de ce fait, pas commis de viol²⁹⁷. Il est pourtant indéniable que les femmes vivent l'introduction de doigts ou d'ustensiles dans leur vagin sans y avoir consenti, comme un viol.

L'attentat à la pudeur n'est pas défini par la loi, mais peut être désigné comme tout acte sexuel effectué sous la contrainte et/ou portant atteinte à l'intégrité sexuelle d'une personne sans qu'il y ait eu pénétration.

²⁹¹ Cass., 28 novembre 1949, *Pas.*, 1950, p. 197.

²⁹² A. DELANNAY, *op.cit.*, p. 291.

²⁹³ C. pén., art. 375 ; S. PRÉVINAIRE, et M. MÉLON, « Les violences gynécologiques, c'est quoi ? ... », *op.cit.*, entre 6 :00 et 7 : 30 min.

²⁹⁴ C.pén. art. 372.

²⁹⁵ C.pén. art. 375.

²⁹⁶ Liège, 9 avril 1992, *J.L.M.B.* et *R.D.P.*, 1993, cité par A. DE NAUW et F. KUTY, *Manuel de droit pénal spécial*, p. 241.

²⁹⁷ S. PRÉVINAIRE, et M. MÉLON, « Les violences gynécologiques, c'est quoi ? ... », *op.cit.*, entre 6 :00 et 7 : 30 min.

Si les coups et blessures volontaires, le viol ou l'attentat à la pudeur ont été commis sur une personne particulièrement vulnérable en raison d'un état de grossesse, la gravité de ces crimes augmente et ils sont plus sévèrement punis²⁹⁸.

Dès lors, nous pouvons nous demander si, à l'avenir, les violences obstétricales pourront être reconnues en tant que telles comme infractions pénales et sanctionnées avec plus de facilité pour apporter davantage de sécurité juridique aux victimes. Nous aborderons ce point dans le titre suivant.

²⁹⁸ C. pén., art. 376 et 405*bis*.

Titre 4 : Les réactions et solutions pour combattre les violences obstétricales

Les violences obstétricales étant un problème actuel grave, nous allons nous pencher sur la manière dont les femmes peuvent réagir à ces dernières et les pistes de solutions proposées pour les combattre.

Chapitre 1 : Les réactions

Les victimes peuvent faire le choix de se défendre. Certaines femmes se satisferont d'une reconnaissance des violences subies et l'engagement de la maternité à revoir son fonctionnement pour qu'elles ne se reproduisent plus. D'autres exigent la prise en charge des frais médicaux induits par ces violences (consultations psychologiques, séances de rééducation, etc). D'autres encore réclament une sanction des soignants défaillants. Dans ce chapitre, nous allons aborder certaines de ces opportunités qui s'offrent aux patientes en réactions aux maltraitances endurées.

Section 1 : La confrontation

Lors de l'accouchement ou pendant la consultation gynécologique, les patientes peuvent être directes envers le médecin et exprimer fermement leurs mécontentements si, par exemple, ce dernier ne les informe pas correctement, s'il leur fait mal ou si elles souhaitent une intervention médicale à la place d'une autre²⁹⁹. La priorité est accordée au corps et à la santé des patientes. Dès lors, l'éventuelle susceptibilité des professionnels est secondaire³⁰⁰.

Les patientes ont également la possibilité de parler des maltraitances subies à un psychologue, à un service spécialisé³⁰¹ ou à une personne de confiance³⁰². Elles peuvent également les rendre publiques par le biais de témoignages. Cette technique a pour avantage

²⁹⁹ PRÉMISSE, *op.cit.*, p.9

³⁰⁰ M. BEN JATTOU *et al.*, *op.cit.*, p.52

³⁰¹ Nous pouvons citer à titre d'exemple le Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles intégré au CHU Saint-Pierre à Bruxelles : <https://www.stpierre-bru.be/fr/services-medicaux/gynecologie-obstetrique/320-rue-haute-1/centre-de-prise-en-charge-des-violences-sexuelles-1>

³⁰² S. PRÉVINAIRE, et M. MÉLON, « Et après on fait quoi ? ... », *op.cit.*, entre 2 :50 et 3 :10 min.

de sortir les victimes de leur isolement, d'attirer le regard des autres sur le problème et de confronter les professionnels de soins de santé à leur comportement³⁰³.

Section 2 : La médiation

Si les patientes le souhaitent, il leur est possible de régler leur litige à l'amiable soit au service de médiation fédérale « Droits du patient »³⁰⁴ si le praticien exerce en dehors d'un hôpital soit au service de médiation de l'hôpital concerné³⁰⁵. Précisons cependant que ce second service ne concerne que les litiges financiers et ne se penche pas sur les aspects médicaux³⁰⁶.

Lors du dépôt de la plainte, le médiateur écoute le point de vue des patientes et des soignants afin d'avoir une vue d'ensemble de la situation. Il encourage les parties à apaiser le conflit et de résoudre le différend par la négociation, l'échange et la communication³⁰⁷. Si elles arrivent à un accord, le dossier de médiation peut être clôturé. À défaut d'une solution trouvée entre les différents acteurs, ils sont orientés vers un autre règlement de conflit possible par exemple un autre service de l'hôpital, les mutualités, l'Ordre des médecins, les tribunaux judiciaires, etc³⁰⁸.

Notons que le médiateur doit faire preuve de neutralité et d'impartialité tout au long de la procédure, sans prendre parti³⁰⁹. Nous pouvons toutefois nous demander, lorsqu'il est employé par l'hôpital, ce qui est généralement le cas, si la médiation n'est pas biaisée. En effet, cette personne étant employée et payée par l'établissement médical lui-même pour gérer les conflits, elle n'est pas complètement neutre ou indépendante³¹⁰.

³⁰³ M. BEN JATTOU *et al.*, *op.cit.*, p.55.

³⁰⁴ G. SCHAMPS, « Chapitre IV. - La médiation « Droits du patient » dans la relation entre le psychologue clinicien et le patient », *Droit et déontologie de la profession de psychologue clinicien*, Bruxelles, Bruylant, 2016, pp. 303-317.

³⁰⁵ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 11, § 1^{er}.

³⁰⁶ Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, *M.B.*, 7 novembre 2008.

³⁰⁷ G. SCHAMPS, *op.cit.*, pp.303-317.

³⁰⁸ M-H. LAHAYE, « Comment porter plainte pour violences obstétricales », disponible sur <https://marieaccouchela.net/index.php/2020/09/30/comment-porter-plainte-pour-violences-obstetricales/>, 30 septembre 2020.

³⁰⁹ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 11, § 1^{er}.

³¹⁰ M. BEN JATTOU *et al.*, *op.cit.*, p.60.

Section 3 : L'action en justice

Si les patientes, victimes de violences obstétricales, ne souhaitent pas passer par la phase de médiation, elles ont la possibilité d'introduire une action en justice pour défendre leurs droits.

Nous avons vu que la loi du 22 août 2002 impose une série de règles au corps médical dans son rapport avec celles-ci. Elle ne prévoit cependant pas de sanction. C'est donc le régime juridique général cité précédemment qui s'applique à savoir la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire³¹¹ et les spécificités propres à chaque action.

Sous-section 1 : La phase précontentieuse

Il convient toutefois de préciser que préalablement à la phase contentieuse, il est recommandé aux patientes de demander une copie³¹² de leur dossier médical qui contient notamment le suivi de grossesse, le détail des actes pratiqués et le compte-rendu opératoire en cas de césarienne³¹³. Celui-ci peut apporter des preuves de maltraitance. Si les patientes estiment que des éléments compromettants ont été omis ou qu'il est incomplet, elles pourront invoquer la mauvaise tenue du dossier médical comme élément supplémentaire contre la maternité³¹⁴.

Il est également conseillé aux victimes de rédiger un courrier circonstancié au directeur de l'hôpital et aux soignants visés³¹⁵. Le déroulement de l'accouchement y sera décrit et accompagné des références médicales et/ou légales. Les patientes peuvent aussi demander des explications sur les raisons du non-respect de la loi, des recommandations médicales et des lacunes de leur dossier médical³¹⁶.

Dans son blog « marieaccouchela », Marie-Hélène LAHAYE fournit un exemple de courrier afin de faciliter la procédure pour les patientes³¹⁷.

³¹¹ M. BEN JATTOU *et al.*, *op.cit.*, p.59.

³¹² Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 9.

³¹³ FONDATION DES FEMMES, *op.cit.*, p. 10.

³¹⁴ M-H. LAHAYE, « Comment porter plainte pour violences obstétricales », *op.cit.*

³¹⁵ S. PRÉVINAIRE, et M. MÉLON, « Et après on fait quoi ? ... », *op.cit.*, entre 3 :20 et 5 :00 min.

³¹⁶ M-H. LAHAYE, « Comment porter plainte pour violences obstétricales », *op.cit.*

³¹⁷ Annexe 2.

Sous-section 2 : La phase contentieuse

En ce qui concerne la phase contentieuse en elle-même, il convient tout d'abord, d'être réaliste. Jusqu'ici, aucune condamnation pour violence obstétricale n'a abouti devant les tribunaux. Il n'existe pas non plus d'infraction de violence obstétricale dans la loi. Les chances de succès sont donc faibles³¹⁸. Cela ne doit cependant pas empêcher les femmes d'introduire, si elles le souhaitent, une plainte et une procédure en justice. En effet, même si celle-ci n'aboutit pas, elle n'est pas inutile. Elle contribue aux statistiques qui permettent de mesurer l'ampleur des violences et elle a un impact dans l'appréciation des faits si une personne fait l'objet de plusieurs signalements³¹⁹. De plus, l'action en justice pourrait constituer en un acte politique qui permettrait la législation des violences obstétricales, comme cela a été le cas pour l'avortement³²⁰.

Il y a autant de procédures que de responsabilités : la procédure pénale, civile et disciplinaire. Nous allons maintenant développer chacune d'entre elles.

1. La procédure pénale

En ce qui concerne la procédure pénale, à ce jour, les violences obstétricales ne figurent pas dans le Code pénal. Il faut donc se baser sur d'autres infractions, que nous avons abordées précédemment³²¹. Les patientes peuvent, en effet, être victime de coups et blessures³²² (la césarienne sans raison médicale ou l'expression abdominale), de viol³²³ (touchers vaginaux non consentis), de mutilation sexuelle³²⁴ (épisiotomie), etc.

Si elles ont subi des actes totalement déconnectés de toute considération médicale, tels que des gifles, des agressions sexuelles ou un viol, elles ne doivent pas passer par la procédure précontentieuse précitée. Elles peuvent porter plainte directement³²⁵.

Pour ce faire, les victimes peuvent soit déposer plainte au commissariat de police qui la renverra au procureur du Roi, soit écrire une lettre recommandée à ce dernier. Cette deuxième

³¹⁸ S. PRÉVINAIRE, et M. MÉLON, « Et après on fait quoi ? ... », *op.cit.*, entre 3:10 et 3 :20 min.

³¹⁹ PRÉMISSE, *op.cit.*, p.15

³²⁰ L'avocate féministe Gisèle Halimi a poussé la légalisation de l'avortement lors du procès de Bobigny en 1972

³²¹ FONDATION DES FEMMES, *op.cit.*, p. 9

³²² C. pén., art. 398.

³²³ C. pén., art. 375.

³²⁴ C. pén., art. 409.

³²⁵ M-H. LAHAYE, « Comment porter plainte pour violences obstétricales », *op.cit.*

solution est préférable, puisqu'elle permet de décrire en détail les actes commis et de joindre une copie de l'ensemble du dossier³²⁶. À la suite de cela, le procureur va soit classer la plainte sans suite, soit engager des poursuites. Dans ce dernier cas, une enquête puis une procédure pénale peuvent aboutir à un jugement du soignant pour les actes commis.

La sanction est une amende et/ou une peine de prison pour le soignant. Si les victimes souhaitent être dédommagées et impliquées dans la procédure, elles doivent se constituer auprès du juge d'instruction³²⁷.

2. La procédure civile

Pour introduire une action devant les tribunaux civils, les victimes doivent prouver qu'elles ont subi une faute en lien causal³²⁸ avec leur dommage³²⁹.

La faute, analysée au regard du critère du médecin normalement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances³³⁰, peut résulter du non-respect de la loi telle que la violation du droit d'information et de consentement prévu par la loi du 22 août 2002. Le dommage réparable peut aller des coûts de consultations psychologiques, aux pertes de revenus professionnels et des séquelles physiques et morales³³¹ (douleurs, difficultés à reprendre la vie sexuelle, etc.) que l'auteur devra rembourser ainsi que les frais de procédure.

Pour porter plainte, les victimes doivent introduire une saisine³³² devant le tribunal de première instance³³³.

Même si les chances de remporter le procès sont plus élevées au civil qu'au pénal en raison de l'absence de possible classement sans suite, aucune affaire pour violence obstétricale n'a cependant abouti aujourd'hui³³⁴. Ceci peut s'expliquer, entre autres, par le fait que les juges peuvent faire preuve de sexisme ou de stéréotype en refusant de donner suite à

³²⁶ Annexe 3.

³²⁷ M-H. LAHAYE, « Comment porter plainte pour violences obstétricales », *op.cit.*

³²⁸ J.-L. FAGNART et I. LUTTE., « Information du patient et responsabilité du médecin », *Actualités de droit médical*, E. Thiry (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2006 p. 92

³²⁹ C.civ., art. 1382.

³³⁰ B. DUBUISSON, *et al.*, *La responsabilité civile. Chronique de jurisprudence 1996-2007*, vol. I : *Le fait générateur et le lien causal*, Bruxelles, Larcier, 2009, p.798.

³³¹ T. VANSWEEVELT, T. et F. DEWALLENS, *Handboek Gezondheidsrecht*, vol. II : *Rechten van patiënten: van embryo tot lijk*, Antwerpen, Intersentia, 2014. p. 418

³³² C. jud., art. 1227.

³³³ C. jud., art. 568.

³³⁴ M-H. LAHAYE, « Comment porter plainte pour violences obstétricales », *op.cit.*

la demande des victimes³³⁵. De plus, ils font généralement appel à des experts judiciaires qui sont des médecins dont la pratique n'est pas nécessairement plus à jour que celle de leur confrère dont la responsabilité est en cause³³⁶. En raison de cela, les femmes victimes de violences obstétricales éprouvent des difficultés à faire reconnaître la faute de leur médecin pour ne pas avoir prodigué des soins conformes aux données actuelles et acquises de la science médicale.

Par ailleurs, il est possible pour les victimes d'obtenir un dédommagement, sans passer par la procédure judiciaire, en cas d'erreur médicale grave, en s'adressant directement au Fonds des accidents médicaux³³⁷.

3. La procédure disciplinaire

La procédure disciplinaire est celle introduite auprès du Conseil provincial de l'Ordre des médecins de la province où celui-ci est inscrit³³⁸. Les patientes déposent alors une lettre qui consiste en un dépôt de plainte dans laquelle elles doivent demander explicitement une sanction ou une condamnation du soignant mis en cause. La sanction peut prendre la forme d'un avertissement, d'un blâme, d'une interdiction d'exercer pouvant aller jusqu'à trois ans ou d'une radiation³³⁹.

Toutefois, le fonctionnement et la composition de l'Ordre des médecins questionnent l'impartialité et l'indépendance des jugements rendus³⁴⁰. Hormis quelques juristes et présidences qui sont assurées par un magistrat, il est, en effet, composé quasi exclusivement de médecins.

A ce sujet, lors du stage au Conseil national de l'Ordre des médecins, nous avons pu constater que les violences obstétricales sont loin d'être la préoccupation première de l'Ordre. Mon maître de stage, Madame Anne-Sophie STURBOIS, nous a par ailleurs affirmé n'avoir jamais rédigé d'avis sur le sujet ni d'avoir reçu de plaintes. Les victimes ne semblent pas enclines à se tourner vers cette structure, peut-être parce que les membres de l'Ordre ne

³³⁵ D. BERNARD et O. SIMONE, « La pertinence des approches féministes du droit : une démonstration par l'exemple », *J.T.*, 2018, pp. 646 à 648.

³³⁶ M. DÉCHALOTTE, *op.cit.*, pp 469-470.

³³⁷ Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, *M.B.*, 2 avril 2010.

³³⁸ Arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins précité, art. 5.

³³⁹ Arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins précité, art. 16. ; FONDATION DES FEMMES, *op.cit.*, p. 9

³⁴⁰ HCE, *op.cit.*, p. 150.

semblent pas mesurer l'ampleur et l'importance de la problématique des violences obstétricales, pourtant très actuelle.

Chapitre 2 : Les pistes de solutions

Plusieurs documents politiques³⁴¹ démontrent l'ambition de lutter contre les violences obstétricales mais peu d'entre eux font mention de solutions concrètes pour les sanctionner ou les prévenir. C'est notamment le cas du rapport sur la Commission sur l'égalité et la non-discrimination du 16 septembre 2019.

En effet, la rapporteure, Yvonne BLONDIN, recommande notamment l'introduction d'un système de contrôle et de sanctions des violences dans les services de gynécologie-obstétrique mais ne donne aucune solution concrète, ni aucun exemple³⁴². C'est la raison pour laquelle nous allons envisager diverses solutions pour les prévenir et les réprimer.

Section 1 : Informer et être informé

Au cours de ce travail, nous avons vu qu'il existe un rapport inégalitaire entre le médecin et ses patientes, qui se traduit par une domination médicale et patriarcale sur ces dernières et qui découle, notamment, d'un manque de connaissance quant au déroulement de la consultation gynécologique ou obstétricale³⁴³.

Pour éviter au mieux cette situation, il est recommandé aux patientes de s'informer³⁴⁴ sur le fonctionnement de son corps, sur les procédures médicales ainsi que sur leurs droits³⁴⁵. Elles pourront, de ce fait, anticiper le déroulement de la consultation, évaluer les actes médicaux, demander clairement ce qu'elles désirent et s'adresser à d'autres professionnels si nécessaire³⁴⁶.

Pour garantir une connaissance effective, il convient de mettre à la disposition des patientes un maximum d'informations relatives à leurs droits, à leurs possibilités de recours et

³⁴¹ Plan d'égalité homme et femme par le gouvernement wallon le 4 mars 2021 ; Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée.

³⁴² Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée, p.15.

³⁴³ M-H LAHAYE, *Accouchement, les femmes méritent mieux*, op.cit., pp. 265-267. ; L. QUÉRÉ, « Les formes ordinaires du consentement. Consciences du droit dans la consultation gynécologique », *Droit et sociétés*, 2019, pp.413-432

³⁴⁴ S. PRÉVINAIRE, et M. MÉLON, « Plongeon dans le monde médical ... », op.cit., entre 5 :00 et 5 :30 min.

³⁴⁵ M. BEN JATTOU *et al.*, op.cit., p.48 ; HCE, op.cit., p.165.

³⁴⁶ X., « S'armer jusqu'aux lèvres », op.cit., pp. 32-35.

aux pratiques réalisées au sein des maternités³⁴⁷, et ce, sur des médias pertinents tels que le site de l'hôpital dans la section « Gynécologie-Obstétrique³⁴⁸ ». Une bonne communication est indispensable.

Il peut également être utile de mener une campagne d'information et de dénonciation des violences obstétricales³⁴⁹. En effet, les patientes ne sont pas les seules à devoir être informées. Les experts médicaux et les professionnels du secteur judiciaire doivent, eux aussi, être sensibilisés et informés de l'impact de ces maltraitements sur le vécu des femmes³⁵⁰ afin de les prévenir et les sanctionner de manière effective.

Section 2 : Former les soignants sur le bien-être des patientes

Former les soignants est une seconde piste de solution envisageable. En effet, par une formation davantage axée sur le bien-être des patientes et non sur le rendement et la technique, ces dernières seront replacées au cœur du processus décisionnel du système de soins³⁵¹. Les actes médicaux seraient alors effectués dans l'intérêt commun³⁵² des mères et de leurs bébés et non plus au profit de l'enfant uniquement, du médecin ou de l'institution³⁵³.

Pour ce faire, la formation, tant initiale que continue, du personnel de santé³⁵⁴ doit inclure des cours dédiés à la relation médecin-patient, à la bientraitance, à l'importance de la notion de consentement, à l'écoute active, à l'égalité entre les hommes et les femmes ainsi qu'à la prévention du sexisme et des violences³⁵⁵.

Il serait d'autant plus efficace de confronter ces enseignements théoriques à l'expérience et le vécu des patientes³⁵⁶ qui pourraient alors intervenir dans les facultés de médecine et s'appuyer sur leur cas pour identifier les défaillances et améliorer les pratiques³⁵⁷.

³⁴⁷ HCE, p.165-166. CIANE, « Violences obstétricales. Comprendre ... », *op.cit.*, p.5.

³⁴⁸ A titre d'exemple, sur le site internet de l'Hôpital d'Erasmus : <https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/services-de-soins/services-medicaux/gynecologie-obstetrique>

³⁴⁹ M. BEN JATTOU *et al.*, *op.cit.*, p.55.

³⁵⁰ CIANE, « Violences obstétricales. Comprendre ... », *op.cit.*, p.7.

³⁵¹ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.*, p.157.

³⁵² M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *Ibidem.*, p. 234.

³⁵³ S. PRÉVINAIRE, et M. MÉLON, « Plongeon dans le monde médical ... », *op.cit.*, entre 5 :00 et 5 :30 min.

³⁵⁴ Du personnel de santé au sens large, aussi bien les médecins, infirmiers, sage-femme.

³⁵⁵ Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée, p.15.

³⁵⁶ CIANE, « Violences obstétricales. Comprendre ... », *op.cit.*, p.7.

³⁵⁷ HCE, *op.cit.*, pp.108-117.

Section 3 : Renforcer les moyens humains et financiers des maternités

La gestion d'un service et l'organisation des soins doivent être pensées en fonction des besoins de sécurité affective, psychique et médicale des femmes³⁵⁸. Pourtant, nous avons vu que la surcharge de travail des soignants contribue à la maltraitance. C'est la raison pour laquelle il paraît primordial de prévoir une augmentation des ressources humaines en service de gynécologie et de maternité et *de facto*, une hausse des moyens financiers de celles-ci³⁵⁹.

Section 4 : Établir des normes visant à sanctionner les violences obstétricales

Nous avons vu que les violences obstétricales ne figurent pas dans le Code pénal belge. Les femmes doivent donc se baser sur d'autres infractions, au risque de voir leur action déboutée³⁶⁰.

Il nous paraît dès lors judicieux d'insérer un article sur cette violence dans le Code pénal. Il conviendrait de la définir et d'y apposer une peine, comme c'est le cas pour le crime du viol³⁶¹. À ce titre, nous pourrions retenir la définition proposée par Marie-Hélène LAHAYE³⁶², analysée dans l'introduction de ce mémoire. Légiférer sur le sujet apporterait une réelle reconnaissance et visibilité de la maltraitance vécue par les femmes dans leur suivi obstétrical ainsi qu'une sécurité juridique de par la sanction que l'article lui conférerait.

En ce qui concerne le Code de déontologie médicale belge, le commentaire de l'article 16 précise que le médecin doit avoir une attitude respectueuse envers ses patientes et ne pas profiter de leur relation parfois déséquilibrée³⁶³. Toutefois, afin de lever toute ambiguïté sur le caractère intime, voir sexuel, que peut revêtir une consultation gynécologique ou obstétricale, il nous semble opportun d'y ajouter explicitement l'interdiction pour les médecins d'utiliser le caractère asymétrique de la relation médicale pour initier toute relation sexuelle avec leurs

³⁵⁸ CIANE, « Violences obstétricales. Comprendre ... », *op.cit.*, p.8.

³⁵⁹ HCE, *op.cit.*, pp.137-139. ; Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée, pp.1 et 15.

³⁶⁰ FONDATION DES FEMMES, *op.cit.*, p. 9.

³⁶¹ C.pén, art. 375.

³⁶² M-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *op.cit.*, p. 187.

³⁶³ C. déonto. médicale, art. 16 et son commentaire, p. 39.

patientes dans le cadre d'une auscultation, comme c'est le cas au Québec³⁶⁴. Cette disposition viendrait alors compléter les dispositions pénales précitées.

Par ailleurs, nous pouvons préciser que, dans le commentaire de l'article 30 du Code de déontologie médicale belge relatif à la non-discrimination, le critère du sexe y est présent, contrairement au Code de déontologie médicale français. La Belgique semble avoir d'avantage conscience des actes sexistes dont peuvent faire l'objet les femmes dans leur relation avec le personnel soignant. Cependant, le Code n'est pas finalisé pour autant d'où la nécessité d'établir de nouvelles normes.

Sur le plan civil, il ne nous paraît pas nécessaire de légiférer en raison notamment de la loi du 22 août 2002 qui accorde de nombreux droits aux patientes.

Section 5 : Accoucher à domicile ou en maison de naissance

Pour contrer les maltraitances au sein des maternités, les futures mères peuvent préférer un accouchement moins médicalisé et une prise en charge moins précipitée en donnant naissance à leur domicile ou en maison de naissance³⁶⁵. Dans ces contextes, les femmes accouchent à leur propre rythme, dans la position qu'elles souhaitent, sans actes médicaux inutiles³⁶⁶ qui pourraient perturber la mise au monde de leur enfant et avec une sage-femme qui leur est entièrement dédiée tout le long de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum³⁶⁷. Cette dernière est formée à ce type d'accouchement et a pour rôle de repérer toute potentielle complication et d'organiser, au moindre doute, un transfert des parturientes vers l'hôpital³⁶⁸.

Contrairement à la croyance populaire et selon les données scientifiques récentes, l'accouchement à domicile ou en maison de naissance est bienveillant et ne présente pas

³⁶⁴ C. déonto. médicale, art. 22, Québec, disponible sur <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-code-de-deontologie-des-medecins.pdf?t=1523383959143>

³⁶⁵ S. PRÉVINAIRE, et M. MÉLON, « Plongeon dans le monde médical ... », *op.cit.*, entre 5 :30 et 7 :20 min ; HCE, *op.cit.*, p.133.

³⁶⁶ A titre d'illustration, 1/3 des femmes ne subissent pas de touchers vaginaux lors d'un accouchement à domicile. ; FRANCEINTER, « Grand bien vous fasse ! Naitre à la maison », sur https://www.franceinter.fr/emissions/grand-bien-vous-fasse/grand-bien-vous-fasse-30-novembre-2020?fbclid=IwAR1xd6VI2MmTbwLEtD_1waWbS5kX59_iTW97lGlbicKdfOjkPVjHm3_-uo8, 30 novembre 2020.

³⁶⁷ M-H. LAHAYE, « L'accouchement à domicile mis à rude épreuve », disponible sur https://www.rtbfb.be/info/dossier/les-grenades/detail_attaquer-l'accouchement-a-domicile-est-une-conduite-patriarcale-marie-helene-lahaye?id=10374365, 30 novembre 2019.

³⁶⁸ CIANE, « Votre droit à l'accouchement à domicile », disponible sur <https://ciane.net/2006/08/votredroitaunaccouchementadomicile/>, août 2006, pp.6-8.

davantage de risques que donner naissance en hôpital, tout du moins pour les grossesses à bas risques de complication³⁶⁹.

De plus, l'Union professionnelle des sages-femmes belges propose une charte³⁷⁰ afin de donner les recommandations minimales à suivre lors d'une naissance à domicile, en maison de naissance ou en gîte intra-hospitalier. Ce document permet également de garantir la sécurité et la bientraitance des parturientes. Contrairement à la France, la Charte belge impose, notamment, à la sage-femme de souscrire une assurance professionnelle³⁷¹, ce qui permet à cette dernière de ne pas indemniser la famille sur base de sa fortune personnelle, en cas d'action en responsabilité à son encontre³⁷². L'assurance a également pour avantage de proposer un plus large panel de sages-femmes exerçant dans un domaine extrahospitalier et d'offrir, de ce fait, le choix de recourir à un accouchement hospitalier, à domicile ou ailleurs³⁷³.

Notons qu'au sein de l'hôpital Érasme à Bruxelles, il existe une autre alternative à savoir le « Cocon »³⁷⁴. Il s'agit d'un gîte intra hospitalier géré par des sages-femmes qui porte une attention particulière aux aspects humains de la naissance, aux relations mère-enfant, à l'allaitement maternel et à la place du père³⁷⁵. Le Cocon est similaire aux maisons de naissance mais est localisé dans un hôpital afin de permettre un transfert plus rapide en cas de complication³⁷⁶.

Par ailleurs, nous pouvons affirmer que vouloir interdire l'accouchement extrahospitalier illustre la mainmise patriarcale susmentionnée sur le corps des femmes et leurs capacités reproductives dans le but de préserver la vie des bébés³⁷⁷. Dans la lignée de l'ensemble des

³⁶⁹ M-H., LAHAYE, « Coronavirus: l'urgence de soutenir l'accouchement à domicile », disponible sur <http://marieaccouchela.net/index.php/2020/04/20/coronavirus-lurgence-de-soutenir-laccouchement-a-domicile/>, 20 avril 2020. ; H-G. DAHLEN, ., « Is it Time to Ask Whether Facility Based Birth is Safe for Low Risk Women and Their Babies? », *The Lancet*, 2019, pp. 9 et 10.

³⁷⁰ UpSfb, Charte pour les accouchements par sage-femme autonome, 2018.

³⁷¹ UpSfb, Charte pour les accouchements par sage-femme autonome précitée, 2018.

³⁷² FRANCEINTER, *op.cit.*, 48 :20 min.

³⁷³ FRANCEINTER, *Ibidem*, 48 :20 min.

³⁷⁴ <https://www.erasme.ulb.ac.be/fr/services-de-soins/services-medicaux/gynecologie-obstetrique/clinique-d-obstetrique/le-cocon-pour-un>

³⁷⁵ RTBF, « Violences obstétricales: et si la solution, c'était de prendre le temps? », disponible sur https://www.rtbf.be/info/societe/detail_violences-obstetricales-et-si-la-solution-c-etait-le-temps?id=10141325&fbclid=IwAR1_95JrSjcFj9u8wvpr65trNHQ4i_Yf9syxGQX2pa4xojXV12QCUDUaKbxw, 9 février 2019 (extrait).

³⁷⁶ S. PRÉVINAIRE, et M. MÉLON, « Plongeon dans le monde médical ... », *op.cit.*, entre 7 :30 et 8 :20 min.

³⁷⁷ M-H. LAHAYE, « L'accouchement à domicile ... », *op.cit.*

droits sexuels et reproductifs, l'égalité des hommes et des femmes implique de garantir à ces dernières la liberté de choisir le lieu et les conditions de leur accouchement.

Les pistes de solutions susmentionnées sont, bien évidemment, non exhaustives. Nous pourrions également envisager la simplification du dépôt de plainte, le répertoriage des maltraitances ou le fait d'appliquer plus strictement les recommandations de bonnes pratiques médicales.

Conclusion :

Le consensus social en vertu duquel les violences obstétricales sont acceptées et légitimées n'est plus admissible. En effet, tout au long de ce travail, nous avons constaté que ces dernières peuvent avoir de sérieux impacts sur la santé tant physique que mentale des mères et de leurs enfants. Toutefois, les femmes ne sont pas uniquement attaquées dans leur intégrité physique mais également dans leurs droits. La question du genre occupe une place prépondérante dans la perpétration des violences obstétricales. Toutefois, elle n'est pas l'unique responsable. Le pouvoir institutionnel et l'autorité que représentent les hôpitaux contribuent également à la maltraitance dans les services de gynécologie et d'obstétrique.

Une approche féministe et juridique de la question paraît incontournable et indissociable l'une de l'autre. Malgré la relation anxiogène entre les deux, nous avons vu qu'au fil des ans, lorsque les mouvements féministes veulent faire valoir leurs revendications, ils se tournent vers le droit et réclament des modifications législatives. Cela a notamment été le cas pour les violences sexuelles au travers de la notion de viol et plus récemment, dans les pays d'Amérique latine, avec la notion de féminicide.

Cependant, les violences obstétricales ont, quant à elles, été oubliées des luttes féministes pendant une longue période. Ces dernières se sont intéressées à la problématique, avec réellement de profondeur et d'ampleur, seulement à la suite du scandale des touchers vaginaux sous anesthésie générale en 2015. Les violences obstétricales sont alors dénoncées grâce à la libération de la parole des femmes et de leurs témoignages. Les politiques s'intéressent au sujet et réclament davantage de transparence de la part des hôpitaux ainsi qu'un rapport sur la réalité des accouchements vécus par les femmes.

Contrairement aux différents acteurs du milieu politique, les législateurs, juges et avocats ne se sont pas encore penchés avec sérieux sur la question des sévices commis en maternité. En effet, il est possible que ceux-ci fassent preuve de sexisme en jugeant le sujet peu digne d'intérêt ou qu'ils estiment que les dispositions législatives actuelles sont suffisantes. Les droits au consentement et à l'information figurant déjà dans la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient et les infractions de viol, coups et blessures et attentat à la pudeur étant inscrits dans le Code pénal belge.

Pourtant, nous avons pu nous interroger quant à la réelle efficacité des bases légales existantes. En effet, à l'heure actuelle, aucun procès pour violence obstétricale, qu'il soit civil, pénal ou disciplinaire, n'a abouti. Nous serions donc d'avis qu'il serait opportun d'établir des articles de loi sanctionnant spécifiquement ces violences. Une définition de ces dernières permettrait d'apporter le plus de sécurité juridique possible et pourrait aboutir à leur reconnaissance d'un point de vue légal.

Face à la récente prise de conscience de la gravité des violences obstétricales et les pistes de solutions proposées, se pose la question des perspectives. Pouvons-nous espérer voir ces maltraitances réprimées ou à tout le moins, diminuées ? Les femmes pourraient-elles, enfin, accoucher sans crainte ?

Pour ce faire, et sans vouloir discréditer le métier des gynécologues, des obstétriciens ou même celui des juges, une plus grande sensibilisation de ces derniers et de la société en général paraît indispensable. Il convient de les conscientiser sur la réalité des actes médicaux en salle d'accouchement ainsi que de l'importance des droits fondamentaux dont disposent les femmes, notamment leur autonomie corporelle et leur consentement libre et éclairé. Il s'agit également de mettre en évidence, dans le rapport aux soins, la nécessité de la confiance dans la relation entre l'équipe médicale et les patientes, d'autant plus que l'essentiel n'est pas tant de réprimer les professionnels de la santé, mais plutôt de garantir aux femmes une prise en charge médicale humaine et respectueuse.

Pour terminer, ce travail a pour but de rappeler, aussi bien aux hommes qu'aux femmes, que les avancées en faveur des droits de ces dernières et d'une réelle égalité entre les sexes ne sont jamais définitivement acquies. La communauté ainsi que les milieux de la médecine, du droit et de la politique doivent prendre part au combat et être vigilants à ne pas être eux-mêmes vecteurs de violence de genre.

Annexes

Annexe 1 : Témoignages des violences obstétricales

Cette annexe a pour objectif de rendre compte des différents cas de violences obstétricales au travers de témoignages, afin de percevoir leur gravité et leurs conséquences. Ces déclarations, anonymes, ont été reprises sur différents réseaux sociaux, articles de presses ou documents.

Elles ont été classées sur la base de la classification réalisée par le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes³⁷⁸, repris dans le premier titre de ce mémoire.

Il est également important de préciser que ce n'est qu'une infime partie d'exemples qui est reproduite ici. Des milliers de témoignages ont été publiés et continuent d'affluer sur les réseaux sociaux et à l'occasion d'enquêtes. Il convient donc de garder à l'esprit que cette annexe ne prétend à aucune exhaustivité.

Non-prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation



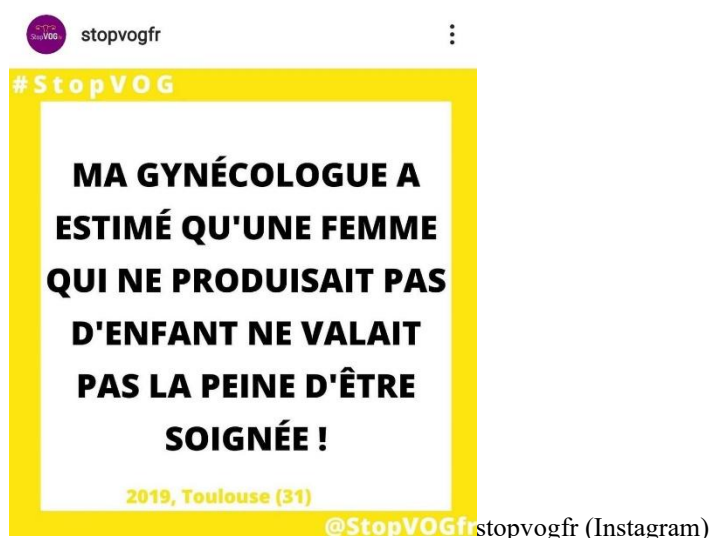
H.C.E., *op.cit.*, p. 56.

³⁷⁸ HCE, *op.cit.*

Propos porteurs de jugements sur la sexualité, le poids, l'âge, l'orientation sexuelle, la volonté ou non d'avoir un enfant et qui renvoient à des injonctions sexistes

« J'ai dû aller consulter une gynécologue pour vérifier que je n'avais pas de kyste aux ovaires. Je suis stressée. La gynécologue ne fait pas d'anamnèse (analyse du parcours de santé de la patiente). Je préviens que je suis vierge. La gynécologue râle parce qu'elle a besoin d'une autre machine. Je dois revenir. La fois suivante, la gynécologue râle parce que l'échographie est plus difficile à faire à cause de mon surpoids. Chaque fois que j'y retourne, je la trouve désagréable. »

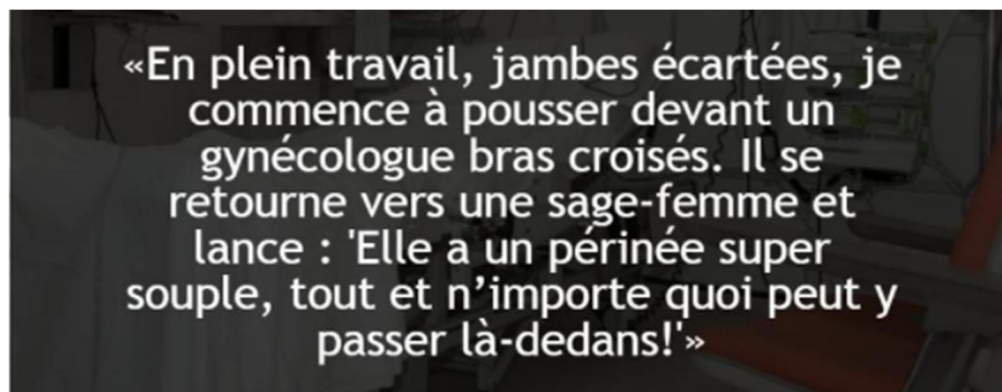
M. BEN JATTOU *et al.*, *op.cit.*, p.22.



Une autre maman se rappelle de sa première grossesse. Elle avait 22 ans, n'était pas très sûre d'elle et avait fait une dépression qui avait conduit à la prise de plus de 30 kilos. Le jour de l'accouchement, un moment stressant pour beaucoup, lorsque la sage-femme l'a installée en salle, elle a entendu l'obstétricien dire à ses collègues : « *Mais ça va jamais passer avec tout ce gras !* », se souvient-elle.

J. Caron, « Elles ont subi des violences obstétricales et gynécologiques : elles témoignent », disponible sur <https://www.magicmaman.com/elles-ont-sub-i-des-violences-obstetrical-es-et-gynecologiques-elles-temoignent,3657586.asp>, 26 juin 2020.

Remarques et injures sexistes



C. THIBERT et C. PIQUET, *op.cit.*



Actes (interventions médicales, prescriptions) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente

«J'ai senti ma chair être coupée»

«Je ne sens plus les contractions, je ne sais pas quand il faut pousser !», dit-elle à la sage-femme. Voyant que le bébé ne sort pas, une personne se met à lui appuyer sur le ventre, poussant la tête du bébé vers le bas. La douleur irradie la jeune femme. Le médecin dit : «Bon, ça ne sort pas, on prend la ventouse ». Il tire plusieurs fois, sans succès. Il s'empare alors des forceps et prévient : «Je coupe!». ✕ ✕ plaque ses mains sur son vagin en criant «Non ! Non !». La sage-femme lui attrape les mains tandis que le médecin réalise l'épisiotomie, un acte chirurgical qui consiste à sectionner partiellement le périnée des femmes au moment de l'expulsion. «L'anesthésie par péridurale ne devait probablement pas faire effet à cet endroit-là car j'ai senti ma chair être coupée», se rappelle la jeune femme. Crucifiée par la douleur, elle hurle tout en poussant.

C. THIBERT et C. PIQUET, *op.cit.*

3. «Je n'ai pas vu mon bébé pendant 7 heures car j'avais trop peur de déranger l'équipe de nuit»

«C'était en 2013. J'avais 37 ans, une grossesse de rêve. Le travail a duré 9 heures, sans aucun soutien émotionnel. Pas le droit de bouger, de boire, d'aller aux toilettes, ni même de me déplacer pour me laver le visage. Pour supporter les contractions, je m'étais mise spontanément à genoux, mais le personnel m'a obligée à m'allonger, parce que c'était mieux pour eux, pour surveiller le périnée et les rythmes du cœur du bébé. Finalement, la poche des eaux a été percée contre mon gré, pour accélérer le travail. J'ai subi les remarques condescendantes d'un obstétricien impatient, qui m'a fait injecter du syntocinon (pour intensifier les contractions) sans mon consentement. L'équipe ne comprenait pas que je ne veuille pas de la péridurale, et ils me disaient: "Mais presque tout le monde la prend!" On m'a dit que le bébé était coincé, ses battements du cœur ont ralenti, il y a eu deux tentatives d'extraction assez violentes, avec la ventouse à chaque fois.

Le bébé est né avec un score APGAR à 5, mais est revenu à 10 au bout de 5 minutes. J'ai pourtant été séparée de lui pendant toute sa première heure de vie, parce qu'il fallait le garder en observation en attendant le pédiatre. Ils l'ont ensuite gardé dans la nurserie pour observation. Les puéricultrices m'ont dit qu'elles me l'amèneraient si jamais il avait besoin de téter, car je souhaitais allaiter. Mais il a reçu du lait maternisé au bout de 30 minutes, et je ne l'ai pas vu pendant 7 heures car j'avais trop peur de déranger l'équipe de nuit. Quand je m'en suis plainte auprès de l'équipe, ils m'ont dit que j'étais une ingrate et une reine du drame, que c'était lié à ma culture -je suis Australienne.

La première année après la naissance a été difficile. J'ai fait une dépression j'étais obsédée par cet accouchement, je faisais des cauchemars et j'évitais d'avoir à passer devant la maternité. Aujourd'hui, je suis moins en colère et ça va mieux. Mais cette expérience m'a fait prendre conscience de tout ce qu'on peut subir quand on est enceinte, et le manque d'écoute, de prise en compte de la douleur, le manque de solidarité entre femmes, aussi. Pour prévenir ces violences, il faudrait mieux informer les femmes sur leurs droits et développer l'écoute. Idéalement, il faudrait que chaque femme puisse avoir un suivi personnalisé, pendant la grossesse, l'accouchement, mais aussi dans les premières semaines qui suivent la naissance. Je vais retourner dans mon pays et j'espère que pour une prochaine grossesse, je pourrai bénéficier du suivi continu avec une seule et même sage-femme.»

S. CHESNEL, « 10 femmes nous racontent les violences obstétricales qu'elles ont subies », disponible sur <https://www.buzzfeed.com/fr/sandrinechesnel/10-femmes-nous-racontent-les-violences-obstetricales#.mi4zrZZaW>, 20 avril 2017.

✕ ✕ a également été victime d'une gynécologue peu encline au dialogue. Elle souhaitait un patch comme contraception. Une décision qui n'était pas au goût de la praticienne : « *Il n'y a rien de plus sûr que la pilule franchement, je n'aime pas prescrire le patch* », lui indique-t-elle. Après une mauvaise expérience avec la pilule, la jeune femme évoque alors le **stérilet** sans hormone, une alternative qui lui conviendrait également. « *Attendez de voir si c'est sérieux avec ce garçon et on verra pour le stérilet. En attendant, prenez la pilule ou mettez des préservatifs, je vois rien d'autres comme solutions* », lui indique-t-elle. Malgré ses efforts pour faire entendre son choix, la jeune femme repart avec une ordonnance de pilule « *au cas où vous changeriez d'avis* ». Or, ne pas écouter la patiente quant à son choix et lui prescrire autre chose, c'est une VOG.

J. Caron, *op.cit.*

Actes ou refus d'actes non justifiés médicalement

deux sages-femmes se sont mises à appuyer très fort sur mon ventre, sans m'avertir ni même me demander si j'étais d'accord. Elles avaient une technique bien particulière : elles passaient leur bras par-dessus mon ventre, s'accrochaient au drap de l'autre côté et se penchaient en arrière de tout leur poids pour faire pression sur mon ventre».

Sur le moment, , qui a raconté son histoire sur le blog «La Mariée en colère», ne comprend pas ce qui lui arrive. Jamais on ne lui avait parlé de cette méthode pendant la préparation à l'accouchement. «Ça m'a fait hurler de douleur car la **péridurale** ne faisait plus effet. C'était comme si quelqu'un m'attrapait le bassin et essayait de me le retourner». À ce moment-là, «le gynécologue s'arrête, me regarde et me lance : "Ça ne sert à rien de crier madame!"»

«Mon mari a été très choqué. Surtout lorsqu'il a vu que le médecin prenait appui sur la table d'accouchement avec son pied pour pouvoir tirer plus fort avec les spatules». Finalement, décision est prise de faire une césarienne en urgence. «Un autre moment difficile puisque l'anesthésie n'a pas fonctionné», soupire cette psychologue du travail, actuellement mère au foyer.

C. THIBERT et C. PIQUET, *op.cit.*



Elles racontent

« Lorsqu'à 13 ans tu as ton premier RDV gynéco et qu'on t'impose un frottis... »

Source : #PayeTonUterus

Elles racontent

« "Je te renouvellerai ta pilule qui te convient seulement si tu acceptes de faire un frottis..." Ultimatum normal. »

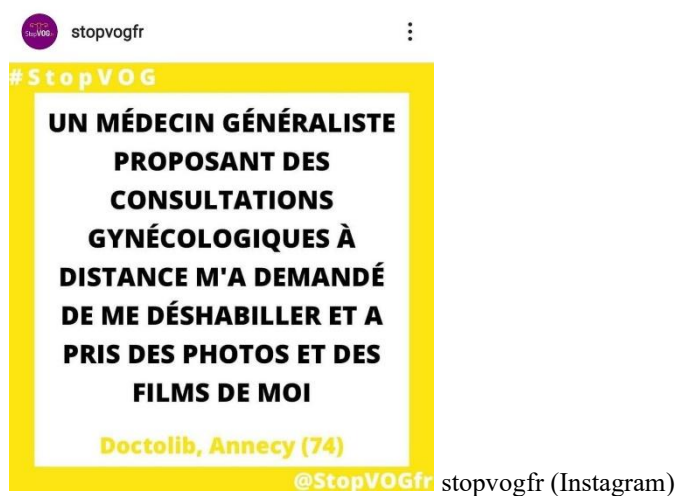
Source : #PayeTonUterus

H.C.E., *op.cit.*, p. 65.

Violences sexuelles : harcèlement sexuel, attentat à la pudeur et viol



H.C.E., *op.cit.*, p. 59.



Dans la seconde partie de cette première annexe, il sera question des conséquences des violences obstétricales illustrées sous forme de témoignages et repris sur base de la classification opérée dans le titre 1 de ce travail.

Détresse psychologique

Tous les jours je me répétais « ça ira mieux demain ». Je tentais de me raisonner en me disant que je n'avais pas eu un accident de la route mais un accouchement, donc un événement positif : j'étais en vie et j'avais un enfant. En fait, il m'a fallu beaucoup de temps avant d'accepter que j'allais mal. Et puis, j'ai commencé à prendre conscience que je ne m'en sortais pas. J'étais hyper angoissée. J'avais tout le temps peur de mourir.

M. DÉCHALOTTE, *op.cit.*, p. 318.

« Quand y a des positions sexuelles que tu tolères pas parce que ça t'évoque des positions d'examens subis sans ton consentement. »

M. BEN JATTOU *et al.*, *op.cit.*, p.16.

Séquelles physiques

Déplacement du sacrum, des douleurs terribles, déchirure anale, peau ultra fine entre l'anus et le vagin donc complique pour les examens et beaucoup de douleurs.

IRASF, « Je lui dis que j'ai extrêmement mal, elle me dit de la fermer », disponible sur <https://www.irasf.org/2020/01/17/violences-obstetricales-forceps/>, 17 janvier 2020.

Depuis son accouchement, X X n'a jamais retrouvé une vie normale. [...] Ses fortes douleurs spontanées et permanentes, irradient la zone rectale, périnéale et génitale (vulve, clitoris, vagin), et le bas de son corps, du pelvis au talon : brûlures, décharges électriques, coups d'aiguilles ou de poignard, douleurs musculaires et articulaires, etc. « Ma vie est une torture permanente, confie X X en pleurant. Je lutte pour mon mari et ma fille ».

M. DÉCHALOTTE, *op.cit.*, p. 261.

Impact sur le rapport au soin

« Beaucoup de femmes que nous accompagnons n'ont plus du tout de suivi médical au long court car cela réactive le traumatisme. Pour exemple, j'ai accompagné une jeune femme qui, après son accouchement traumatique, faisait suivre son bébé, mais ne se faisait absolument plus suivre pour son asthme. Je pense aussi à une jeune femme qui a accouché il y a 4 ans et n'a vu aucun médecin depuis, elle n'a plus aucun suivi gynécologique et ne va même plus voir de dentiste. »

HCE, *op.cit.*, p.44.

Elle ne retournera
chez un (autre, bon) gynécologue que des années plus tard : *"J'ai été choquée
au point que j'ai laissé une endométriose dégénérer par peur de revoir un
médecin."*

FRANCEINTER, « Témoignages - Victimes de violences gynécologiques : "J'étais un bout de corps sur lequel on pratiquait" », disponible sur <https://france3-regions.francetvinfo.fr/grand-est/bas-rhin/strasbourg-0/temoignages-victimes-violences-gynecologiques-j-etais-bout-corps-lequel-on-pratiquait-1747955.html>, 11 juin 2020

Altération des relations sociales, familiales et sexuelles

Osthéo + kiné depuis l'accouchement et les douleurs sont toujours là. **Impossible d'avoir des relations intimes** avec mon conjoint à cause du **point du mari**.

IRASF, *op.cit.*

« J'ai eu de grosses difficultés d'attachement a mon bébé. Ce n'était pas vraiment le mien. Toutes les "premières fois" on m'a empêché de changer la première couche, de donner le premier bain parce que je ne "savais pas faire" d'après eux. »

CIANE, « Sortie de maternité et bien-être des femmes », disponible sur <https://ciane.net/2012/11/sortie-de-maternite-et-bien-et-re-des-femmes/>, novembre 2012

Annexe 2 : Exemple de courrier circonstancié faisant état des violences subies

« Lors de ma dernière consultation médicale en fin de grossesse, le Dr X m'a fait un toucher vaginal qui m'a fait horriblement mal. Quand il a retiré sa main, ses doigts étaient couverts de sang. Il s'agit très certainement d'un décollement des membranes. Je n'en avais pas été préalablement informée et je n'ai pas donné mon consentement à cet acte. Or, la loi impose aux médecins de donner une information loyale aux patients (art. 7 de la loi du 22 août 2002) et de recueillir leur consentement libre et éclairé avant tout acte médical (art. 8 de la loi du 22 août 2002) »

Annexe 3 : Dépôt de plainte au procureur du Roi

[Prénom] [Nom]
[Adresse]
[Code postal] [Commune]
[Téléphone]

Madame, Monsieur le procureur du Roi
Tribunal judiciaire de [Commune]
[Adresse]
[Code postal] [Commune]

À [Commune], le 18 mai 2021

Objet : Dépôt de plainte

Madame, Monsieur le procureur du Roi,

J'ai l'honneur de vous informer des faits suivants :
[Faits]

En conséquence, je souhaite porter plainte [contre X /contre Monsieur...] pour ces faits.

Je vous précise [ne pas disposer de témoin de ces faits/qu'il y a un témoin de ces faits/qu'il y a des témoins de ces faits].

Je vous remercie de considérer ce courrier comme un dépôt de plainte.

Dans l'attente des suites que vous donnerez à ce courrier, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le procureur, l'expression de ma plus haute considération.

[Prénom] [Nom]

Bibliographie :

Législation:

Belge :

C. civ., art. 1108, 1109, 1116, 1382 et 1383.

C. pén., art. 372, 375, 377bis, 396, 398, 417bis, 422ter, 453bis, 514bis, 525bis, 532bis et 534quater.

C. jud., art. 568 et 1227.

C. déonto. médicale, art.8, 9, 16, 19, 30 et 31.

UNION PROFESSIONNELLE DES SAGES-FEMMES BELGES - UpSfb, Charte pour les accouchements par sage-femme autonome, 2018.

Arrêté royal n°79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, *M.B.*, 14 novembre 1967.

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

Loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, *M.B.*, 30 mai 2007.

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

Loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, *M.B.*, 2 avril 2010.

Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, *M.B.*, 18 juin 2015.

Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, *M.B.*, 14 mai 2019.

Question n° 0885 de D. Sneppe, 29 juillet 2020, *Q.R.*, Ch., 2019-2020, QO 3565C, pp.215-216.

SÉNAT DE BELGIQUE, « Demande d'établissement d'un rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales », disponible sur <https://www.senate.be/www/webdriver?MItabObj=pdf&MIcolObj=pdf&MInamObj=pdfid&MItypeObj=application%2Fpdf&MIvalObj=117440853&fbclid=IwAR3NweOmlRUpKozcCpricWHcToRONmi7MoO00NXYI2uPzo776WZjruNP6yI>, doc n° 7-245/1, 1^{er} avril 2021.

Française :

Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle, *J.O.R.F.*, 1^{er} août 1920.

Décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité française, *J.O.R.F.*, 30 juillet 1939.

Loi du 15 février 1942 relative aux droits des membres participants mobilisés, prisonniers de guerre et anciens combattants des sociétés de secours mutuels, *J.O.R.F.*, 5 mars 1942.

Loi du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique, *J.O.R.F.*, 29 décembre 1967.

Loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, *J.O.R.F.*, 18 janvier 1975.

Européenne :

Charte européenne des droits des patients, adoptée à Bruxelles le 15 novembre 2002.

Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe, Doc. 14965, 16 septembre 2019.

Internationale :

Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, *M.B.*, 19 août 1955. *err.*, 29 juin 1961.

Convention pour l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes, adoptée à New-York le 18 décembre 1979, approuvée par la loi du 10 juillet 1985.

Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, adoptée à New-York, le 20 décembre 1993.

Recommandations de l'OMS, « Les soins liés à un accouchement normal », WHO/FRH/MSM/96.24, 1997.

Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, adoptée à New York le 10 décembre 1984, approuvée par la loi du 9 juin 1999, *M.B.*, 28 octobre 1999.

Recommandations de l'OMS, UNICEF et FNUPA, « Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux », WA 310 97GU, 1997, mise à jour « Surveillance des soins obstétricaux d'urgence », 2011.

Recommandations de l'OMS « Les soins intra partum pour une expérience positive de l'accouchement », WHO/RHR/18.12, 2018.

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.

Recommandations de l'OMS, « le Nouveau coronavirus (2019-nCoV) : conseils au grand public - En finir avec les idées reçues », 2020.

Recommandations de l'OMS, « Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes, le féminicide », WHO/RHR/12.38, 2021.

Autres :

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, « Indication de la césarienne programmée à terme », disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_recommandation_2012-03-12_14-44-28_679.pdf

H.C.E., « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme », 26 juin 2018, rapport n°2018-06-26- SAN-034.

Collège des Gynécologues et Obstétriciens américain (ACOG), « Coronavirus (COVID-19), Pregnancy, and Breastfeeding: A Message for Patients », disponible sur <https://www.acog.org/womens-health/faqs/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-breastfeeding>

Collège des sages-femmes britanniques, « Face-coverings and care in labour for all women », disponible sur <https://www.rcm.org.uk/media/4151/clinical-briefing-face-mask.pdf>

CIM-10, « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes », F43-1, 2020.

Jurisprudence:

Cass, 28 novembre 1949, *Pas.*, 1950, p.197.

Liège, 9 avril 1992, *J.L.M.B.* et *R.D.P.*, 1993, cité par A. DE NAUW et F. KUTY, *Manuel de droit pénal spécial*, p. 241.

Cass, 27 février 2002, *Rev.dr.pén.*, 2002, p.956.

Bruxelles, (11^e ch.), 22 octobre 2018, *Consilio*, 2019, pp. 49-60.

Cour eur. D.H., arrêt *Ulusoy c. Turquie*, 25 juin 2019, req. n°54969/09.

Doctrine:

Monographies :

CHAUMONT, J.-M. et MACHIELS, C.-H., *Du sordide au mythe. L'affaire de la traite des blanches (Bruxelles, 1880)*, Presses universitaires de Louvain, 2009.

DÉCHALOTTE, M., *Le livre noir de la gynécologie. Maltraitements gynécologiques et obstétricaux : libérer la parole des femmes*, Paris, First Editions, 2017.

DELAGE, P., *Violences conjugales : du combat féministe à la cause publique*, Paris, Les Presses de Sciences Po, 2017.

DE GANCK, T., *Cultiver la différence. Histoire du développement de la gynécologie à Bruxelles, 1870-1935*, Thèse de doctorat en histoire, art et archéologie, PIETTE, V (dir.), Université libre de Bruxelles, 2016.

DUBUISSON, B., CALLEWAERT, V., DE CONINCK, B. et GATHEM, G., *La responsabilité civile. Chronique de jurisprudence 1996-2007, vol. I : Le fait générateur et le lien causal*, Bruxelles, Larcier, 2009.

EHRENREICH, B. et ENGLISH, D., *Sorcières, sages-femmes & infirmières. Une histoire des femmes soignantes*, Paris, Cambourakis, 2018.

FEUILLET-LIGER, B. et AOUIJ-MRAD, A., *Corps de la femme et la biomédecine*, Bruxelles, Bruylant, 2013.

GABRIEL, M., *La vérité au bout des lèvres : combattre les violences obstétricales et gynécologiques*, France, Kiwi Editions, 2020.

GARDEY, D. et ILANA, L., *L'invention du naturel : les sciences et la fabrication du féminin et du masculin.*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000.

GÉNICOT, G., *Droit médical et biomédical*, Bruxelles, Larcier, 2016.

HENNAU-HUBLET, C., *L'activité médicale et le droit pénal. Les délits d'atteinte à la vie, l'intégrité physique et la santé des personnes*, Bruxelles et Paris, Bruylant et L.G.D.J., 1987.

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

LAHAYE, M.-H., HUSSON, A.-C. et KAMMERER, B., *Le consentement, point aveugle de la formation des médecins*, Paris, Médiapart Eds, 2015.

LELEU, Y.-H., *Droit des personnes et des familles*, Bruxelles, Larcier, 2020.

MACKINNON, C., *Le Féminisme irréductible. Conférences sur la vie et le droit*, Paris, Editions des Femmes, 2005.

MACKINNON, C., *Toward a Feminist Theory of the State*, Cambridge, Harvard University Press, 1989.

MOUCHARIK, I., *Le dispositif gynécologique : un panoptique entre surveiller et guérir, surveiller et punir et surveiller et jouir*, Université d'Angers, 2020.

ODENT, M., *L'amour scientifique*, Editions Jouvence, 2001.

PATEMAN, C., *The Sexual Contract*, Cambridge, Polity Press, 1989.

REIDY, A., *Un guide sur la mise en œuvre de l'article 3 de la Convention européenne des Droits de l'Homme*, Allemagne, 2003.

VANSWEEVELT, T. et DEWALLENS, F., *Handboek Gezondheidsrecht*, vol. II : *Rechten van patiënten: van embryo tot lijk*, Antwerpen, Intersentia, 2014.

Ouvrages collectifs :

CAROL, A., « L'examen gynécologique en France, XVIII^e-XIX^e siècles : techniques et usages », *Les nouvelles pratiques de santé. XVIII^e-XX^e siècles*, P. BOURDELAIS et O. FAURE (dir.), Belin, 2005, pp. 51-66.

DELANNAY, A., « Section 2. - Le meurtre et ses diverses espèces », *Les infractions – Volume 2 – Les infractions contre les personnes*, Beernaert, M.-A. (dir.), 2^e édition, Bruxelles, Larcier, 2020, pp. 154-324.

DE COCQUEAU, B. et HENRY, P., « L'information et le consentement : Les nouvelles balises », *Évolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement*, G. Schamps (dir.), Bruxelles, L.G.D.J et Bruylant, 2008, pp. 25 à 82.

FAGNART, J.-L. et LUTTE, I., « Information du patient et responsabilité du médecin », *Actualités de droit médical*, E. Thiry (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2006 pp. 54 à 92.

GIRARD, G., « La prise en compte des questions de santé dans les luttes féministes et gaies », *Femmes, genre et féminisme*, J. Trat (dir.), Editions Syllepse, 2007, pp.61 à 72.

HAUSMAN, J.-M., et SCHAMPS, G « Chapitre II. Droits et obligations du patient et du psychologue clinicien » et « Chapitre IV. - La médiation « Droits du patient » dans la relation entre le psychologue clinicien et le patient », *Aspects juridiques et déontologiques de l'activité de psychologue clinicien*, J.-M. Hausman et G. Schamps (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2016, pp. 41 à 242 et 303 à 317.

HENRY, P. et DE COCQUEAU, B., « A propos du consentement libre et éclairé du patient », *Droit médical*, Y.-H. Leleu (dir.), vol. 79, Bruxelles, Larcier, 2005, pp. 165 et 226.

LEROUVILLOIS, C., « Speculum », *DicoPolHiS*, Hervé Guillemain (dir.), Le Mans Université, 2020.

MOLLER OKIN, S., « Le genre, le public et le privé », *Genre et politique: débats et perspectives*, T. Carver, S. Dayan-Herzbrun, M. Dietz, C. Mouffe, S. Moller Okin, C. Pateman, A. Phillips, B. Reinalda, D. Sainsbury, S. Walby et G. Waylen (dir.), Paris, Gallimard, 2000, pp. 345-396

ZANCARINI-FOURNEL, M., « Notre corps, nous-mêmes », *Le siècle des féminismes*, E. Gubin, C. Jacques, F. Rochefort, B. Studer, F. Thébaud et M. Zancarini- Fournel (dir.), Paris, Éditions de l'Atelier, 2004, pp. 209-220.

Périodiques :

BENSUSSAN, P., « Viol entre époux en droit français : désir, besoin et consentement », *Sexologies*, 2009, pp.218-224.

BERARD, J. et SALLÉE, N., « Les âges du consentement. Militantisme gai et sexualité des mineurs en France et au Québec (1970-1980) », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 42, 2015, pp. 99-124.

BERENI, L., « Quand la mise à l'agenda ravive les mobilisations féministes. L'espace de la cause des femmes et la parité politique (1997-2000) », *Revue française de science politique*, 2009, pp. 301-323

BERNARD, D. et SIMONE, O., « La pertinence des approches féministes du droit : une démonstration par l'exemple », *J.T.*, 2018, pp. 646 à 648.

BOEHRINGER, S. et FERRARESE, E., « Féminisme et vulnérabilité », *Cahiers du genre*, n°58, 2015, pp. 5-19.

BOULVAIN M. et N. JASTROW MEYER, « Déclenchement de l'accouchement : le pour et le contre », *Revue médicale suisse*, 2015, pp.2011 à 2015.

BOURGUIGNON, M., « L'obligation d'information en droit médical, une notion traditionnelle confrontée aux tendances contemporaines », *R.G.D.M.*, 2013, p. 39.

CASCALES, B. et NÉGRIÉ, L., « L'accouchement, une question clivante pour les mouvements féministes », *Travail, genre et sociétés*, n° 39, 2018, pp. 179 à 185.

CHAUVEAU, S., « Les espoirs déçus de la loi Neuwirth », *Histoire, femmes et sociétés*, 2003, pp. 223-239.

DAHLEN, H., « Is it Time to Ask Whether Facility Based Birth is Safe for Low Risk Women and Their Babies? », *The Lancet*, 2019, pp. 9 et 10.

DARSONVILLE, A., « Le surinvestissement législatif en matière d'infractions sexuelles », *Archives de politique criminelle*, 2012, pp. 31 à 43.

DELAGE, P., LIEBER, M. et CHETCUTI-OSOROVITZ, N., « Quand la critique féministe renouvelle le droit », *Droit et société*, 2018, pp.277 à 285.

DELAGE, P., LIEBER, M. et CHETCUTI-OSOROVITZ, N., « Lutter contre les violences de genre. Des mouvements féministes à leur institutionnalisation », *Cahiers du genre*, 2019, pp. 5 à 16.

FAVIER, C., « Les combats féministes dans le champ de la santé », *Les Tribunes de la santé*, 2014, pp. 25 à 34.

GEORGE, F., « L'obligation d'information du médecin et le consentement éclairé du patient », *Consilio*, 2021, pp. 21 à 40.

GLOWACZ, F. et VANNESTE, C., « Violences conjugales et justice pénale : un couple à problèmes ? », *Champ pénal*, 2017, pp. 1 à 8.

HANMER, J., « Violence et contrôle social des femmes ». *Questions féministes*, 1977, pp. 68-88.

HERMAN, E., « Lutter contre les violences conjugales. Féminisme, travail social, politique publique », *Travail, genre et société*, 2017, pp. 234 à 237.

ILANA, L., « Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? Le Women Health Movement et les transformations de la médecine aux États-Unis ». *Travail, genre et sociétés*, 2005, pp.89-108.

IRION, O., « Risques à long terme de l'accouchement par césarienne », *Revue médicale suisse*, 2009, pp. 2097 à 2101.

JAUNAIT, A. et MATONTI, F., « L'enjeu du consentement », *Raisons politiques*, n° 46, 2012, pp. 5-11.

KEUNINGS, L. et HUBERTY, C., « La prostitution à Bruxelles au dix-neuvième siècle », *Cahiers de la Fonderie*, n°2, 1987, pp. 3 à 21.

KUKURA, E., « Birth Conflicts: Leveraging State Power to Coerce Health Care Decision-Making », *University of Baltimore Law Review*, n°2, 2018, pp. 247 à 294.

KUKURA, E., « Obstetric Violence », *Georgetown Law Journal*, 2018, pp. 754 à 801.

LACOMBE, D., « Légiférer sur les violences de genre tout en préservant l'ordre patriarcal. L'exemple du Nicaragua (1990-2017) », *Droit et société*, 2018, p.288.

LANGER, B. et MINETTI, A., « Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 35, 2006, pp.59-67.

LERAY, E. et MONSALVE, E., « Un crime de féminicide en France ? À propos de l'article 171 de la loi relative à l'égalité et à la citoyenneté », *La Revue des droits de l'homme*, 2017, pp. 1 à 9.

LE DEN, M., « Médecins et maternité au début du XXème siècle en France. Entre normalisation, stigmatisation et contrôle social », *Déviance et Société*, 2015, p.321.

LE GOAZIOU, V., « Les viols aux assises : regard sur un mouvement de judiciarisation », *Archives de politique criminelle*, 2012, pp. 93-101.

LIEBER M., ROCA i ESCODA M., « Violences en famille : quelles réponses institutionnelles ? », *Enfances, familles, Générations*, 2015, p.22.

MEMBRADO, M., « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation », *Nouvelles Questions Féministes*, 2006, pp.16- 31.

MICHEL, C. et SQUIRES, C., « Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale : les violences obstétricales », *le Carnet PSY*, n° 220, 2018, pp. 22 à 33.

NAU, J.-Y., « Enseignement : pratiquer des touchers vaginaux (et/ou rectaux) sans consentement ? », *Revue médicale suisse*, 2015, p.2088.

NICHOLS, F., « History of the Women's Health Movement in the 20th Century », *JOGNN*, 2000.

QUÉRE, L., « Lutttes féministes autour du consentement : Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie », *Nouvelles Questions Féministes*, 2016, pp. 32 à 47.

QUÉRE, L., « Les formes ordinaires du consentement. Consciences du droit dans la consultation gynécologique », *Droit et sociétés*, 2019, pp.413-432.

RÈGE-WALTHER, M., THÉRY, G., THIERRIN, L. et PEYTREMANN-BRIDEVAUX, I., « Faut-il autoriser les femmes à boire ou à manger durant l'accouchement ? », *Revue médicale suisse*, 2010, p.1984.

ROCA i ESCODA, M., DELAGE, P., et CHETCUTI-OSOROVITZ, N., « Quand la critique féministe renouvelle le droit. », *Droit et société*, 2018, pp. 277 à 285.

ROCA i ESCODA M., PRAZ A-F. et LEPINARD E., « Lutttes féministes autour de la morale sexuelle », *Nouvelles questions féministes*, 2016, p.7.

ROMAN, D., « Les violences obstétricales, une question politique aux enjeux juridiques », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 5, 2017, pp. 1 à 15.

RUDIGOZ, C., MILLIEZ, J., VILLE Y. et CREPIN G., (CNGOF), « De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités. », *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2018, pp. 1323 à 1340.

SNG, B., LEONG, W., ZENG, Y., SIDDIQUI, F., ASSAM, P.-N., LIM, Y., CHAN, ESY et SIA A.T., « Early versus late initiation of epidural analgesia for labour », *Cochrane Library*, 2014.

THERIOT, N.-M., « Women's Voice in Nineteenth-Century Medical Discourse: A Step Toward Deconstructing Science », *Signs*, 1993, pp. 1-31.

VADEBONCOEUR, H., « L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement est-elle limitée ? », *Le Médecin du Québec*, n°7, 2005, pp. 77 à 86.

WALKOWITZ, J.-R. et WALKOWITZ, D.-J., « We are not the Beast of the Field : Prostitution and the Poor in Plymouth and Southampton under the Contagious Disease Acts », *Feminist Studies*, vol. 1, 1973, p. 96.

WATTIER, S., « La reconnaissance juridique du féminicide : quel apport en matière de protection des droits des femmes ? », *Rev. Trim. D.H.*, 2019, p. 333.

Divers :

Associations :

CIANE, « Votre droit à l'accouchement à domicile », disponible sur <https://ciane.net/2006/08/votredroitaunaccouchementadomicile/>, août 2006.

CIANE, « Déclenchement : l'importance cruciale de l'information et du consentement », disponible sur <https://ciane.net/2015/12/declenchement-information-consentement/>, décembre 2015.

CIANE, « L'expression abdominale toujours en vigueur », disponible sur <https://ciane.net/2017/06/lexpression-abdominale-toujours-en-vigueur/>, juin 2017.

CIANE, « Violences obstétricales. Comprendre, prévenir, réparer », disponible sur <https://ciane.net/2017/10/violences-obstetricales-comprendre-prevenir-reparer/#:~:text=Le%20concept%20de%20%E2%80%9Cviolences%20obst%C3%A9triques,av%C3%A9r%C3%A9e%20et%20doit%20%C3%AAtre%20reconnue,> octobre 2017.

CIANE, « Faut-il déclencher tous les accouchements à 39 semaines ? », disponible sur <https://ciane.net/2018/12/faut-il-declencher-tous-les-accouchements-a-39-semaines/#:~:text=Ses%20conclusions%20affirment%20que%20le,facteur%20de%20risque%20de%20c%C3%A9sarienne,> décembre 2018.

CIANE, « Sortie de maternité et bien-être des femmes », disponible sur <https://ciane.net/2012/11/sortie-de-maternite-et-bien-etre-des-femmes/>, novembre 2012.

FEMMES PRÉVOYANTES SOCIALISTES, « Quelques dates de l'histoire des femmes et de l'égalité en Belgique », disponible sur http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2015/02/Brochure_Ligne-du-temps_FPS_2018_A5_WEB.pdf, février 2017.

FEMMES PRÉVOYANTES SOCIALISTES, « Le consentement : une notion obsolète ou militante ? Perspectives historiques et féministes d'un terme à la mode », disponible sur <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2018/12/Analyse2018-Consentement.pdf>, décembre 2018.

FONDATION DES FEMMES, « Accouchement, mes droits, mes choix -petit guide juridique pour connaître vos droits pendant le suivi de grossesse et l'accouchement », disponible sur https://fondationdesfemmes.org/wp-content/uploads/2020/02/Accouchement-_Mes-droits-mes-choix.pdf, octobre 2017.

LA LIGUE DE L'ENSEIGNEMENT ET DE L'EDUCATION PERMANENTE ASBL, « Dossier Eduquer n°151 : Tabous autour de la maternité », disponible sur <https://ligue-enseignement.be/eduquer-151-tabous-autour-de-la-maternite/>, février 2020.

PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Manifeste pour une naissance respectée », disponible sur <http://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2014/06/Manifeste-Naissance-Respecte%CC%81e.pdf>, juin 2014.

PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Le Covid, une occasion de renforcer la perte de droits dans la salle d'accouchement ? », disponible sur <http://www.naissancerespectee.be/?p=856&fbclid=IwAR1Jh8zkC6S2EjTUMb7yheQCsE2T-xN9XmFIDU7BjZOaYma3mNgRuATzXjY>, novembre 2020.

PRÉMISSE, « Touche pas à mon corps sans mon accord. Petit guide pour lutter contre les violences gynécologiques et obstétricales », disponible sur <https://premise.be/index.php/touche-pas-a-moncorps-sans-mon-accord/#page-content>, 2019.

Sitographie :

BEN JATTOU, M., GUIOT, F., HIDALGO, P., INT'ZANDT, K., JACQUET, M., VIEIRA DA COSTA, C. et ZEILINGER, I., « Zones à défendre. Manuel d'autodéfense féministe dans le cadre de la consultation en santé sexuelle et reproductive », disponible sur <https://www.femmesetsante.be/ressources/zones-ade fendre/>, 2020.

BISCH, S., BERNARD, C., RIGAU A. et BERTHOLD, J., « Rapport d'enquête sur la grossesse, et le post-partum pendant l'épidémie de Covid 19 », disponible sur http://stop-vog.fr/rapport_enquete_naissance_covid.pdf , 20 juillet 2020.

BRUNELLE, A.-L., « La raison pour laquelle il faut manger et boire selon vos envies pendant votre accouchement », disponible sur le site <https://naturellemaman.com/manger-boire-accouchement/>, 23 juillet 2019.

CARON, J., « Elles ont subi des violences obstétricales et gynécologiques : elles témoignent », disponible sur <https://www.magicmaman.com/elles-ont-subides-violences-obstetricales-et-gynecologiques-elles-temoignent,3657586.asp>, 26 juin 2020.

DE LOCHT P. et LALLEMAND R., « IVG : Histoire de la loi de 1990 et d'une époque », disponible sur <https://www.revuepolitique.be/histoire-de-la-loi-et-dune-epoque/#:~:text=Pierre%20DE%20LOCHT%20et%20Roger%20LALLEMAND&text=Le%203%20avril%201990%2C%201,%C2%BB%20temporaire%2C%20qui%20fera%20date.,> 3 juillet 2020.

EUROPERISTAT, « Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 », disponible sur https://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf , 2011.

FRANCEINTER, « Témoignages - Victimes de violences gynécologiques : "J'étais un bout de corps sur lequel on pratiquait" », disponible sur <https://france3-regions.francetvinfo.fr/grand-est/bas-rhin/strasbourg-0/temoignages-victimes-violences-gynecologiques-j-etais-bout-corps-lequel-on-pratiquait-1747955.html>, 11 juin 2020.

GERFAUT, S., « La définition du viol, une longue construction juridique », disponible sur https://www.liberation.fr/societe/2014/02/20/ladefinition-du-viol-une-longue-construction-juridique_981774, 20 février 2014.

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE- INSERM, « En France, la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaitaient accoucher sans », disponible sur

<https://www.inserm.fr/actualites-et-evenements/actualites/en-france-peridurale-est-frequence-chez-femmes-qui-souhaitaient-accoucher-sans#:~:text=Envoyer-,En%20France%2C%20la%20p%C3%A9ridurale%20est%20fr%C3%A9quente%20chez,femmes%20qui%20souhaitaient%20accoucher%20sans&text=Un%20quart%20des%20femmes%20enceintes,finaleme%20recours%20%C3%A0%20cette%20analg%C3%A9sie.>, 24 août 2015

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE - INSERM et SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, « Rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) pour la période 2013-2015 », disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>, 15 mars 2021.

INSTITUT DE RECHERCHE ET D'ACTIONS POUR LA SANTÉ DES FEMMES- IRASF, « Préconisations provisoires de l'IRASF contre les violences obstétricales et gynécologiques », disponible sur <https://www.irasf.org/wp-content/uploads/2018/04/IRASF-Pre%CC%81conisations-provisaires-261017.pdf>, 26 octobre 2017.

INSTITUT DE RECHERCHE ET D'ACTIONS POUR LA SANTÉ DES FEMMES- IRASF, « Je lui dis que j'ai extrêmement mal, elle me dit de la fermer », disponible sur <https://www.irasf.org/2020/01/17/violences-obstetricals-forceps/>, 17 janvier 2020.

INSTITUT DE RECHERCHE ET D'ACTIONS POUR LA SANTÉ DES FEMMES- IRASF, « Violences obstétricales et gynécologiques : un impact sur la vie des femmes », disponible sur <https://www.irasf.org/consequences-violences-obstetricals-gynecologiques/#:~:text=e.s%20des%20cons%C3%A9quences%20des%20violences,d'abandon%20voire%20de%20d%C3%A9mission.>, 2020.

KCE, « Césariennes : ce que les futurs parents doivent savoir », disponible sur <https://kce.fgov.be/fr/c%C3%A9sariennes-ce-que-les-futurs-parents-doivent-savoir>, 4 novembre 2016.

LAHAYE, M.-H., « L'accouchement à domicile mis à rude épreuve », disponible sur https://www.rtf.be/info/dossier/les-grenades/detail_attaquer-l-accouchement-a-domicile-est-une-conduite-patriarcale-marie-helene-lahaye?id=10374365, 30 novembre 2019.

LAHAYE, M.-H., « Coronavirus : l'urgence de soutenir l'accouchement à domicile », disponible sur <http://marieaccouchela.net/index.php/2020/04/20/coronavirus-lurgence-de-soutenir-laccouchement-a-domicile/>, 20 avril 2020.

LAHAYE, M.-H., « Comment porter plainte pour violences obstétricales », disponible sur <https://marieaccouchela.net/index.php/2020/09/30/comment-porter-plainte-pour-violences-obstetricals/>, 30 septembre 2020.

LAHAYE, M.-H., « Les femmes ne doivent pas porter de masque quand elles accouchent », disponible sur https://www.rtf.be/info/dossier/les-grenades/detail_les-femmes-ne-doivent-pas-porter-de-masque-quand-elles-accouchent?id=10635681&fbclid=IwAR2nW8l3MZRDmsYz4lgAY0YoW36quKwYuvjFAIOJ9s--ntkQ3uOXOz3_sAg, 19 novembre 2020.

La libre, « Accouchement menotté », disponible sur <https://www.lalibre.be/lifestyle/magazine/accouchement-menottee-526654ef3570c8cf50b99a80> , 22 octobre 2013.

La libre, « Le toucher vaginal est-il vraiment utile ? », disponible sur <https://www.lalibre.be/planete/sciences-espace/le-toucher-vaginal-est-il-vraiment-utile-53b4287a357059db44cac465> , 2 juillet 2014.

La libre, « Les violences gynécologiques au Sénat : "Il y a un tabou autour de ces violences" », disponible sur <https://www.lalibre.be/belgique/societe/les-violences-gynecologiques-au-senat-il-y-a-un-tabou-autour-de-ces-violences-60825aa57b50a6169275de10>, 23 avril 2021.

LORRIAUX, A., « Touchers vaginaux sur patientes endormies : un tabou à l'hôpital ? », disponible sur www.metroneews.fr/info/touchers-vaginaux-sur-patientes-endormies-un-tabou-a-l-hopital/moaC!txk2bsiOnYXIU , 2 février 2015.

MAQUET, H. et HENNE, B., « Un Jour dans l'Info : 1990, le Roi Baudouin refuse de signer la loi dépénalisant l'avortement », disponible sur https://www.rtf.be/info/societe/detail_un-jour-dans-l-info-1990-le-roi-baudouin-refuse-de-signer-la-loi-depenalisant-l-avortement?id=10390628, 17 décembre 2019.

MUTUALITÉS LIBRES, « Le coût hospitalier des accouchements en Belgique », disponible sur <https://www.levif.be/actualite/sciences/le-prix-d-un-accouchement-en-belgique-4-004-euros/article-normal-166221.html#:~:text=En%20Belgique%2C%20les%20accouchements%20par,directe%20de%20la%20future%20m%C3%A8re.>, juillet 2012.

PAROLES DE MAMANS, « 7 bonnes raisons de ne pas accoucher sur le dos » disponible sur <https://paroledemamans.com/accouchement/accoucher-autrement/7-bonnes-raisons-de-ne-pas-accoucher-sur-le-dos-2>, 15 juin 2018.

PAROLES DE MAMANS, « J'ai dépassé ma date prévue d'accouchement et j'ai eu le sentiment d'être anormale », disponible sur <https://paroledemamans.com/accouchement/accouchement-le-jour-j-j-ai-depasse-ma-dpa-et-j-ai-eu-le-sentiment-d-etre-anormale>, 19 novembre 2020.

PASSEPORT SANTÉ, « Toucher vaginal : tout savoir sur cet examen gynécologique », disponible sur https://www.passeportsante.net/fr/Maux/examens-medicaux-operations/Fiche.aspx?doc=toucher_vaginal#:~:text=Geste%20consiste%20%C3%A0%20introduire%20deux,clef%20de%20l'examen%20gyn%C3%A9cologique , décembre 2018.

SIMONEMEDIA.FR, « Et avec un masque ! - Témoignage de Virginie accouchant seule et avec masque », disponible sur <https://z-p3.www.instagram.com/p/CIDm8DVIZMK/?hl=fr> , 26 novembre 2020.

STOPVOG.FR, « Syndrome de stress post-traumatique, quésaco ? », disponible sur <https://www.instagram.com/p/CNZgMQslzZp/>, 8 avril 2021.

THIBERT, C., et PIQUET, C., « Quand l'accouchement se vit dans la violence : Enquête et témoignages », disponible sur <http://grand-angle.lefigaro.fr/quand-laccouchement-se-vit-dans-la-violence> , 18 avril 2017.

X., « S'armer jusqu'aux lèvres », disponible sur https://infokiosques.net/lire.php?id_article=1318, 17 mai 2016.

Audiovisuels :

BRUT, « Anna Roy, sage-femme : "Oui, on est maltraitants" », disponible sur <https://www.brut.media/fr/health/anna-roy-sage-femme-oui-on-est-maltraitants--3e824e5d-a515-45fc-ab0a-2413a8ab0222>, 18 novembre 2020.

FRANCEINTER, « Grand bien vous fasse ! Naître à la maison », sur https://www.franceinter.fr/emissions/grand-bien-vous-fasse/grand-bien-vous-fasse-30-novembre-2020?fbclid=IwAR1xd6VI2MmTbwLEtD_1waWbS5kX59_iTW97lGlbicKdfOjkPVjHm3_-uo8, 30 novembre 2020.

OVIDIE, « Tu enfanteras dans la douleur », disponible sur <https://www.arte.tv/fr/videos/081587-000-A/tu-enfanteras-dans-la-douleur/>, 2019 (reportage).

PRÉVINAIRE, S. et MÉLON, M., « Twenty One – #BalanceTonGynéco » disponible sur https://twentyonemediabe.wordpress.com/2020/12/09/balancetongyneco/?fbclid=IwAR3k2A01L-ZmPovwQ94FgqLIHdVn0-MP9O_0k7A5k5hbDiMtGOp1IdsXt7U, 9 décembre 2020.

RTL, « Ce n'est pas tous les jours dimanche - débat sur l'accouchement » disponible sur https://www.youtube.com/watch?v=q_32LB3_L3E, 27 janvier 2019 (extrait)

RTBF, « Violences obstétricales: et si la solution, c'était de prendre le temps? », disponible sur https://www.rtbf.be/info/societe/detail_violences-obstetricales-et-si-la-solution-c-etait-le-temps?id=10141325&fbclid=IwAR1_95JrSjcFj9u8wvpr65trNHQ4i_Yf9syxGQX2pa4xojXV12QCDUaKbxw, 9 février 2019 (extrait)

SÉANCE PLÉNIÈRE DU SÉNAT DE BELGIQUE, disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=zpx2HYPCChA>, 23 avril 2021, entre 1 : 54 :00 et 2 :24 :30.

YOUTUBE, « The Milgram Experiment 1962 Full Documentary », disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=rdrKCilEhC0>, 2016.

