

**Recommandation
2026-R/08**

Institut pour l'égalité des femmes et des hommes



Recommandation relative à l'élaboration d'une politique en matière de prévention et de lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales



1. Avant-propos

Le groupe de travail interfédéral sur les violences gynécologiques et obstétricales a vu le jour dans le cadre du Plan d'Action National de lutte contre les violences basées sur le genre 2021-2025.

La mesure 86 dudit Plan prévoit de : « créer un groupe de travail interfédéral chargé d'étudier le suivi à donner aux recommandations des professionnels relatives aux violences obstétricales et gynécologiques en collaboration avec les parties prenantes »¹.

Le groupe de travail est composé de représentant·e·s :

- des départements en charge de la Santé et de l'Egalité au niveau fédéral, communautaire et régional (SPF Santé publique, Departement Zorg, Afdeling Gelijke Kansen van het Agentschap Binnenlands Bestuur, Direction de l'Egalité des Chances de la Fédération Wallonie-Bruxelles, Safe.brussels, Vivalis, Service Public de Wallonie Intérieur et Action sociale, Affaires sociales de la Communauté germanophone, Commission communautaire française et l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes) ;
- des associations professionnelles (Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen, Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique, Union Professionnelle des Sages-femmes Belges) ;
- des associations de patient·e·s et membres de la société civile représentées par la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée et la Coalition genre et santé² ;
- des expertes pour couvrir les enjeux de santé mentale relatifs au parcours de soin en santé sexuelle et reproductive (Expertisecentrum Kraamzorg de Kraamtuin et experte psychiatre en périnatalité du CHU Saint-Pierre).

L'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes était chargé de la coordination des travaux. Créé par la loi du 16 décembre 2002, l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes a notamment pour mission de veiller au respect de la législation relative à l'égalité des femmes et des hommes et de combattre toute forme de discrimination ou d'inégalité fondée sur le sexe et le genre. À ce titre, l'Institut est habilité à adresser des avis et des recommandations aux autorités en vue d'améliorer les lois, les réglementations et les politiques.

Le groupe de travail s'est fixé deux objectifs :

1. Élaborer une définition officielle des violences gynécologiques et obstétricales en Belgique
2. Formuler des recommandations prioritaires en la matière à l'intention du pouvoir politique

Les travaux de ce groupe de travail interfédéral s'appuient sur des initiatives antérieures menées au niveau politique, associatif et académique, sur le plan national et international.

Le groupe de travail prend notamment appui sur le [rapport d'information du Sénat concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales](#) (15 janvier 2024), la [Résolution 2306 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe sur les violences obstétricales et gynécologiques](#) (3 octobre 2019) et le [rapport de la Rapporteuse spéciale sur la](#)

¹ [Plan d'action national de lutte contre les violences basées sur le genre 2021-2025 | Institut pour l'égalité des femmes et des hommes](#).

² La Coalition fédérale Genre et Santé est une alliance interassociative qui mobilise divers acteurs pour lutter contre les violences gynécologiques et obstétricales, promouvoir une approche de genre en santé et représenter les voix des usagères des soins en santé sexuelle et reproductive (SSR) au sein du GT interfédéral VGO, en apportant une expertise fondée sur les témoignages, les réalités du terrain et les enjeux liés aux discriminations croisées.

[violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences concernant l'adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales](#) (11 juillet 2019).

Les recommandations émises par le groupe de travail interfédéral font écho à celles formulées par ces trois organes.

L'exercice d'élaboration d'une compréhension commune du phénomène des violences gynécologiques et obstétricales s'inscrit dans la lignée des recommandations émises par le Sénat.

La définition des violences gynécologiques et obstétricales élaborée par le groupe de travail s'appuie sur les recommandations de ses membres et sur plusieurs sources internationales³.

Le groupe de travail s'est réuni pour la première fois en octobre 2024 et a poursuivi ses travaux jusqu'en fin 2025.

Cette recommandation est le fruit de cette concertation approfondie et collective avec les différentes parties prenantes du pays. Il s'agit d'une première expérience de coopération interinstitutionnelle (fédérale, régionale et communautaire) et intersectorielle se donnant pour but d'élaborer une orientation politique spécifique en matière de prévention et de lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales en Belgique.

Dans la mesure où les comportements transgressifs et les violences gynécologiques et obstétricales (ci-après « VGO ») constituent une forme de violence faites aux femmes* (voir partie 2. Définition ci-dessous), le groupe de travail s'est appuyé sur la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, dite Convention d'Istanbul, pour élaborer ses orientations politiques. L'approche promue par la Convention d'Istanbul pour organiser la lutte contre les violences repose sur quatre

³ À savoir : Déclaration de l'OMS (2014), *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins*. [La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins](#) ; Dubravka, S., Nations-Unies. Conseil des Droits Humains, Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences (2019), *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. [A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence](#) ; Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (2019), Résolution no 2306 sur les violences obstétricales et gynécologiques. [APCE - Résolution 2306 \(2019\) - Violences obstétricales et gynécologiques](#) ; Commission Européenne, Scientific Analysis and Advice on Gender Equality in the EU (SAAGE) et Quattrocchi, P. (2024), *Obstetric violence in the European Union : situational analysis and policy recommendations*, Publications Office of the European Union [Obstetric violence in the European Union - Publications Office of the EU](#) ; Parlement européen, Brunello, S., e.a. (2024), *Obstetric and gynaecological violence in the EU – Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination*. [Obstetric and gynaecological violence in the EU - Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination | Think Tank | European Parliament](#) ; International Planned Parenthood Federation (IPPF) European Network (2022), *Gynaecological & obstetric violence*. [Gynaecological and Obstetric Violence - a form of gender-based violence | IPPF Europe & Central Asia](#) ; International Confederation of Midwives (ICM) (2024), *Déclaration. Violences obstétricales, Mauvais traitements et violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative*. [Violences obstétricales, mauvais traitements et violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative | International Confederation of Midwives](#) ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Concluding observations on the eighth periodic report of Belgium*, CEDAW/C/BEL/CO/8, 1 nov. 2022, paras. 23-24, p. 7-8.

piliers, c'est-à-dire quatre domaines majeurs : la prévention, la protection, les poursuites et les politiques coordonnées⁴.

Les recommandations formulées ici renvoient principalement aux piliers de la prévention et des politiques coordonnées. La réalisation de ces recommandations constitue une première étape cruciale pour la reconnaissance et la prévention des VGO en Belgique. Cependant, le groupe de travail rappelle aux autorités compétentes la nécessité de tenir compte et d'élargir la politique de lutte contre les VGO aux piliers de protection et de poursuites. Plus particulièrement, il souligne l'importance de poursuivre la réflexion sur la façon d'améliorer le soutien et l'accompagnement (psychosocial, juridique, administratif) des victimes de VGO.

Cette recommandation s'adresse aux autorités compétentes en Belgique, au niveau fédéral, communautaire et régional. Le tableau ci-contre renseigne la liste des ministres concerné·e·s par les recommandations formulées au sein du groupe de travail interfédéral sur les VGO.

Compétences fédérales	- Ministre de l'Égalité des chances - Ministre de la Santé publique - Ministre de la Justice - Ministre de la Politique scientifique
Compétences communautaires et régionales	- Ministre flamand·e du Bien-être et de l'Égalité des chances - Ministre flamand·e de la Justice et du Maintien de l'ordre - Ministre flamand·e de l'Éducation - Ministre-Président·e du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale en charge de la Recherche Scientifique - Ministre du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale en charge de l'Action sociale, des Solidarités et de l'Égalité des chances - Ministre-Président·e du Collège de la Commission communautaire française en charge de l'Action sociale - Ministre du Collège de la Commission communautaire française en charge des Crèches et de la Santé - Ministre du Collège de la Commission communautaire française en charge de l'Enseignement - Ministre de la Fédération Wallonie-Bruxelles en charge de la Santé, des Droits des femmes et de l'Égalité des chances - Ministre de la Fédération Wallonie-Bruxelles en charge de l'Enseignement supérieur - Ministre de la Fédération Wallonie-Bruxelles en charge de l'Éducation et de l'Enseignement de promotion sociale - Ministre de la Fédération Wallonie-Bruxelles en charge de l'Enfance

⁴ Pour plus d'information sur les quatre piliers de la Convention d'Istanbul, consultez le site du Conseil de l'Europe : [Les quatre piliers de la Convention d'Istanbul](#).

	- Ministre de la Fédération Wallonie-Bruxelles en charge de la Recherche - Ministre wallon·ne des Droits des femmes et de l'Égalité des chances - Ministre wallon·ne de la Santé - Ministre wallon·ne de la Petite enfance - Ministre wallon·ne de la Recherche - Ministre de la Communauté germanophone en charge des Affaires sociales et de la Santé
--	--

2. Définition

On peut définir les violences gynécologiques et obstétricales (ci-après « VGO ») comme **tout acte, parole, comportement, omission ou abstention commis par les professionnel·le·s dans le cadre des services de santé sexuelle et reproductive qui va porter atteinte à l'intégrité des femmes⁵ et entraîne, ou est susceptible d'entraîner, des dommages ou souffrances de nature physique ou psychologique**. Les VGO se caractérisent par :

- L'absence de consentement libre et éclairé de la patient·e⁶, moyennant une information systématique et complète⁷ ;
- Le non-respect du refus d'acte médical ;
- L'abandon de soin et l'absence de réorientation de la patient·e vers un·e autre professionnel·le ;
- Le fait d'imposer des actes non justifiés médicalement ;
- Le manque de dignité ou d'humanité à l'égard de la patient·e ;
- L'absence de respect de l'intimité, de la pudeur et/ou de la confidentialité ;
- La négligence, le déni de la douleur exprimée ou la prise en charge inadéquate/la non-prise en charge de la douleur ;
- La violence verbale ;
- La violence physique ;
- La violence sexuelle⁸.

⁵ Nous employons le terme femmes* pour désigner les filles de moins de 18 ans, les femmes cisgenres, les personnes intersexes, non-binaires, transgenres ou agenres (FINTA). Les minorités de genre sont prises en compte dans la mesure où elles sont particulièrement exposées aux mauvais traitements et aux discriminations dans le cadre des soins de santé, en particulier sexuelle et reproductive, en raison de leur identité de genre ou de leur sexe.

⁶ Par « patient·e » ou « patient·e·s » nous entendons « la personne physique à qui des soins de santé [sexuelle et reproductive] sont dispensés, à sa demande ou non », conformément à l'article 2, 1° de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

⁷ Par « information complète », on entend une information qui fait mention des éléments repris dans l'article 8 §2 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, à savoir : l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, les effets secondaires, les risques inhérents à l'intervention, les alternatives possibles et les répercussions financières. Voir la [loi du 22/08/2002 relative aux droits du patient](#), M.B., 26 septembre 2002.

⁸ La violence sexuelle peut prendre différentes formes : le harcèlement sexuel, le voyeurisme, la diffusion non consentie de contenus à caractère sexuel, l'atteinte à l'intégrité sexuelle et le viol. Ces formes de violence sexuelle peuvent survenir dans le contexte d'une prise en charge en santé (dont sexuelle et reproductive) et elles sont encadrées par le droit pénal. Les violences sexuelles commises dans le cadre d'une relation de soin ont fait l'objet d'une attention particulière lors de la réforme du droit pénal sexuel en 2022 : en effet, par la loi du 21 mars 2022 modifiant le Code pénal en ce qui concerne le droit pénal sexuel, une infraction à caractère sexuel commise par un·e médecin ou un·e autre professionnel·le de santé dans l'exercice de sa fonction constitue un facteur aggravant pris en considération lors du choix de la peine et de

Dans le tableau ci-dessous, chaque forme de VGO est illustrée par un ou plusieurs exemples. Ce tableau n'a pas pour but de répertorier de manière exhaustive l'ensemble des cas de VGO survenant dans les soins en santé sexuelle et reproductive mais d'assortir la définition d'exemples concrets.

Formes de violences gynécologiques et obstétricales	Exemples
Absence de consentement libre et éclairé de la patient·e moyennant une information systématique et complète :	Pratiquer un examen gynécologique sans le consentement de la patient·e ; Informer la patient·e enceinte de manière incomplète sur les options adaptées à son suivi de grossesse et d'accouchement ; Poser un dispositif intra-utérin (DIU) sans informer la patient·e sur les effets secondaires possibles et les alternatives contraceptives ; Contraception forcée notamment d'une personne en situation de handicap ou atteinte d'une maladie héréditaire.
Non-respect du refus d'acte médical :	Faire pression pour réaliser un examen/une intervention (ex : péridurale, dépistage) malgré le refus informé de la patient·e d'y recourir ; Dramatiser une situation pour pousser la patient·e à accepter un acte médical.
Abandon de soin : Absence de réorientation de la patient·e vers un·e autre professionnel·le (non-continuité des soins ou de la prise en charge) :	Se désengager de la prise en charge si la patient·e refuse le traitement recommandé, sans l'orienter vers un·e autre professionnel·le. Ne pas réorienter la patient·e vers un autre service/professionnel·le après avoir refusé de pratiquer une interruption volontaire de grossesse ; Ne pas réorienter la patient·e vers un·e professionnel·le compétent·e après avoir refusé une prise en charge pour raisons professionnelles (ex : ne possède pas les compétences requises).
Imposer des actes non justifiés médicalement :	Réaliser une intervention qui ne correspond pas à la pratique fondée sur les preuves (EBP) ; Une épisiotomie ou une induction sans indication médicale ;

sa sévérité. Voir la loi du 21 mars 2022 modifiant le Code pénal en ce qui concerne le droit pénal sexuel, *M.B.*, 30 mars 2022, art. 417/23.

	Une expression abdominale.
Manque de dignité ou d'humanité :	Pratiquer des touchers vaginaux sans le consentement de la patient·e ; Imposer la présence d'un·e étudiant·e lors d'une consultation ; Manquer de tact ou d'empathie ; Interdire à une patient·e d'être accompagnée par une ou plusieurs personnes de soutien.
Absence de respect de l'intimité, de la pudeur et/ou de la confidentialité :	Imposer une nudité non nécessaire à la patient·e ; Entrer dans la pièce sans prévenir la patient·e dénudée.
Négligence, déni de la douleur exprimée, prise en charge inadéquate/non-prise en charge de la douleur :	Minimiser le ressenti de la patient·e ; Ne pas tenir compte de la douleur exprimée par la patient·e ; Refuser délibérément d'administrer des antidouleurs ; Réaliser des actes à vif.
Violence verbale :	Proférer des menaces ; Crier ou insulter ; Exprimer des propos sexistes ⁹ , racistes, validistes, infantilisants, dénigrants, humiliants, culpabilisants (par exemple sur le poids de la patient·e, son orientation sexuelle, son activité sexuelle, la présence ou absence de désir de parentalité, son projet de naissance).
Violence physique :	Procéder à un examen gynécologique intentionnellement douloureux ; Recourir à la contention ; Imposer une position à la parturiente durant l'accouchement ; Imposer des gestes brutaux ; Stérilisation forcée notamment d'une personne en situation de handicap ou d'une personne atteinte d'une maladie héréditaire.

⁹ La loi du 22 mai 2014 tendant à lutter contre le sexisme dans l'espace public et modifiant la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes afin de pénaliser l'acte de discrimination définit le sexisme comme « tout geste ou comportement qui, dans les circonstances visées à l'article 444 du Code pénal, a manifestement pour objet d'exprimer un mépris à l'égard d'une personne, en raison de son appartenance sexuelle, ou de la considérer, pour la même raison, comme inférieure ou comme réduite essentiellement à sa dimension sexuelle et qui entraîne une atteinte grave à sa dignité », *M. B.*, 24 juillet 2014, art. 2.

Certaines formes de violence verbale décrites dans la définition des VGO peuvent renvoyer à des comportements sexistes. Par exemple, le fait d'exprimer des propos sexistes ou de commenter le corps de la patient·e lors de la prise en charge médicale.

Violence sexuelle :	Dans le cadre de la prise en charge en santé sexuelle et reproductive : Faire une remarque à connotation sexuelle¹⁰ ; Faire une avance sexuelle non sollicitée ; Poser des questions intrusives sur la vie sexuelle de la patiente sans lien avec la consultation (harcèlement sexuel) ; Toucher ou caresser des parties du corps considérées comme intimes et sexuelles (ex : palpation mammaire) sans aucune justification médicale et/ou sans recueillir le consentement de la patiente (atteinte à l'intégrité sexuelle) ; Commettre un viol.
---------------------	--

Les VGO peuvent survenir tout au long du parcours de vie des femmes*, lors des soins en santé sexuelle et reproductive. Cette recommandation couvre donc toutes les formes de VGO que les femmes* peuvent rencontrer, dans le cadre d'une consultation gynécologique, d'une interruption de grossesse, d'un suivi de grossesse, de l'accouchement, du parcours de procréation médicalement assistée (PMA), etc.

Si les VGO se manifestent au niveau interpersonnel, dans la relation entre la patient·e et les professionnel·le·s, elles s'inscrivent plus largement dans un contexte structurel et culturel qui les rend possibles, les tolère ou les banalise.

Le plus souvent, ces violences sont non intentionnelles ou inconscientes. Elles n'en demeurent pas moins graves et évitables. Elles sont favorisées par des causes imbriquées : des conditions de travail dégradées (manque de personnel, de formation, pression temporelle, standardisation des soins, réduction de la durée de séjour à la maternité, entre autres), mais aussi par des normes professionnelles historiquement marquées par une hiérarchisation des rôles, qui peuvent limiter la prise en compte de la parole des patient·e·s et freiner l'évolution des pratiques vers une approche collaborative centrée sur les besoins et les droits des femmes*.

En outre, les VGO sont une forme spécifique de violence basée sur le genre : elles prennent racine dans des rapports de pouvoir inégaux entre les femmes* et les hommes¹¹, dans la médicalisation du corps des femmes et des minorités de genre, dans la minimisation de leur parole et de leur douleur et dans l'invisibilisation de leurs expériences dans le champ de la santé. L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe décrit ainsi les VGO comme le « reflet [d'] une culture patriarcale encore dominante dans la société, notamment dans le domaine médical »¹².

Les VGO peuvent avoir des conséquences délétères et durables. Chez les patient·e·s, elles peuvent entraîner des complications médicales, des interruptions dans les trajets de soin, des traumatismes (diagnostiqués, comme les troubles du stress post-traumatique, ou non-diagnostiqués), des troubles psychologiques (notamment de l'anxiété voire de la dépression, dont post-partum).

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ Convention du Conseil de l'Europe pour la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, *Série des Traités du Conseil de l'Europe*, n° 210, Istanbul, 2011, p. 2. Disponible ici : [La Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique \(Convention d'Istanbul\) - Questions de genre](#).

¹² Paragraphe 5. [APCE - Résolution 2306 \(2019\) - Violences obstétricales et gynécologiques](#).

Elles peuvent avoir des implications négatives sur différentes sphères de la vie des personnes concernées, par exemple la sexualité, la parentalité, la vie sociale ou professionnelle.

La violence vécue durant une prise en charge gynécologique ou obstétricale peut susciter une perte de confiance dans les services de santé et une réticence à recourir à nouveau à des soins. Les VGO peuvent également avoir des conséquences néfastes sur les professionnel·le·s. Être confronté·e·s à des situations de violence parfois exercées contre son gré, en raison de contraintes organisationnelles, institutionnelles ou hiérarchiques, peut entraîner chez les soignant·e·s une détresse émotionnelle et un profond malaise éthique. Cette exposition aux VGO peut se traduire par des stress traumatiques secondaires, des traumatismes vicariants¹³, de la fatigue compassionnelle ou un épuisement professionnel (burn-out). Certain·e·s peuvent également ressentir un sentiment d'impuissance ou de culpabilité, qui peut aller jusqu'à une démobilisation ou un abandon de carrière.

Les VGO constituent une violation des droits humains et représentent une menace directe à l'autonomie, à la dignité, à l'intégrité physique et psychique, et au droit à des soins respectueux et de qualité. En Belgique, les VGO entrent en contradiction avec la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

3. Recommandations prioritaires

Le groupe de travail interfédéral (ci-après « GT ») a élaboré et identifié comme prioritaires sept recommandations pour initier ou poursuivre une politique de prévention et de lutte contre les VGO en Belgique, à tous les niveaux de pouvoir.

L'ordre d'apparition des recommandations ne correspond pas à un ordre de priorité : elles sont toutes importantes et peuvent être mises en œuvre simultanément.

3.1 Informer les patient·e·s sur leurs droits en santé sexuelle et reproductive par le biais de campagnes de sensibilisation

Afin de prévenir et de lutter efficacement contre les VGO, il est impératif de renforcer l'information des publics concernés sur leurs droits, le respect du consentement et les recours possibles. L'information favorise l'autonomisation des patient·e·s et leur permet de devenir véritablement acteur·rice·s de leur santé, en partenariat avec les professionnel·le·s de santé.

Objectif : sensibiliser largement à la problématique des VGO, faire connaître les droits des patient·e·s et promouvoir une culture du respect, du consentement et du choix éclairé dans les soins de santé sexuelle et reproductive.

Contenu : les droits des femmes* en santé sexuelle et reproductive et les droits du patient reconnus par la loi du 22 août 2002, dont :

- Le droit de bénéficier de prestations de soins de qualité ;

¹³ Bouvier et Dellucci définissent le traumatisme vicariant comme « un traumatisme apparu chez une personne « contaminée » par le vécu traumatique d'une autre personne avec laquelle elle est en contact. [...] Un traumatisme vicariant peut donc apparaître chez tout professionnel travaillant avec des personnes traumatisées » dont « les prestataires de soins ». Voir Bouvier, G. et Dellucci, H., Chapitre 25. Les traumatismes vicariants. In Tarquinio, C., Brennstuhl, M.-J., e.a. (2017), *Pratique de l'EMDR : Introduction et approfondissements pratiques et psychopathologiques*, Paris, Dunod, p. 269-278.

- Le droit d'accès à toutes les informations permettant de consentir et de faire un choix libre et éclairé lors de la prise en charge médicale ;
- Le droit de choisir librement son ou sa professionnel·le de santé¹⁴ ;
- Le droit de choisir son lieu de soin ;
- Le droit de refuser un acte médical ;
- Les possibilités de recours en cas de non-respect des droits du patient.

Public-cible : les filles, les femmes et les minorités de genre, les futures mères, les futurs parents et les publics vulnérables, notamment en raison d'une situation de handicap, d'un statut de séjour précaire, de la langue, de l'orientation sexuelle, de l'origine ethnique, etc.

Canaux de diffusion : réseaux sociaux, spots audiovisuels, sites internet des services publics en charge de la santé, de l'égalité des chances et consacrés à la lutte contre les violences basées sur le genre, hôpitaux, maisons de naissance, maisons médicales, centres de planning familial, Centres de Prise en Charge des Violences Sexuelles (CPVS), Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW), Office de la naissance et de l'enfance (ONE), Opgroeien, mutualités, écoles (notamment via l'Education à la Vie Relationnelle, Affective et Sexuelle – EVRAS), associations professionnelles de sage-femmes (VBOV et UPSFB) et de gynécologues-obstétricien·ne·s (VVOG et CRGOLFB), organisations coupoles représentatives des patient·e·s, des personnes LGBTQIA+, des personnes migrantes, des personnes en situation de handicap, etc.

Cette recommandation va de pair avec la formation et la sensibilisation des professionnel·le·s (en formation et en exercice) à la loi sur les droits du patient et aux dynamiques de violence institutionnelle et de genre existantes dans les soins en santé sexuelle et reproductive (voir recommandation 3.3. ci-dessous).

3.2 Renforcer le partenariat entre les patient·e·s et les professionnel·le·s de santé

Cette recommandation vise à reconnaître la patient·e comme une partenaire active et experte de sa santé, pleinement informée et impliquée dans les décisions qui la concernent et dont l'expérience vécue est prise en compte. La qualité de la relation thérapeutique a un impact direct tant sur les résultats médicaux que sur l'expérience de soin.

Objectif : promouvoir une relation de soin fondée sur la confiance, le respect mutuel, la communication et la prise de décision partagée, afin de prévenir les VGO et de construire une véritable alliance thérapeutique.

Trois leviers d'action sont proposés pour renforcer ce partenariat :

a) Assurer le respect effectif du consentement libre et éclairé

Un·e patient·e partenaire doit recevoir une information complète¹⁵ et compréhensible sur les examens, interventions et choix de soin qui la concernent. Les professionnel·le·s de santé ont la

¹⁴ Conformément à l'article 6 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, ce libre choix peut toutefois être limité, par exemple, lorsqu'il est fait appel à des services d'urgence ou de garde ou pour des raisons organisationnelles, comme la présence dans un hôpital d'un·e seul·e spécialiste.

¹⁵ Des outils existent pour garantir une information suffisante préalable au consentement des patient·e·s. Par exemple, la méthode BRAIN est utilisée entre autres dans le domaine de la santé pour garantir le consentement éclairé et veiller à ce que les individus soient pleinement conscients des implications de leurs choix, en passant en revue les avantages (Benefits), les Risques, les Alternatives, l'Intuition et les conséquences de ne pas agir (Nothing) des options possibles. Il serait intéressant d'investiguer dans quelle mesure cette méthode est appropriée pour la prévention des VGO.

responsabilité de s'assurer que le consentement est réellement libre, éclairé et continu, tel que prévu par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Dans le cadre d'une grossesse, le projet de naissance peut constituer un outil précieux de dialogue, d'anticipation et de prise de décision partagée, renforçant l'alliance thérapeutique.

b) Généraliser les débriefings post-soin

Proposer de façon systématique des espaces de débriefing après des soins en santé sexuelle et reproductive offre de nombreux avantages : ces temps d'échange donnent aux patient·e·s la possibilité de faire remonter leurs expériences de soin aux équipes soignantes, d'être reconnues dans leur vécu et, le cas échéant, d'obtenir des explications complémentaires.

Les débriefings permettent aux professionnel·le·s de faire évoluer leurs pratiques, afin de continuer à tendre vers et à offrir des soins respectueux des droits et du bien-être des femmes*. Ils participent également au renforcement de la qualité de la relation de soin et peuvent, dans certains cas, prévenir une souffrance ou un traumatisme, voire désamorcer un conflit.

En cas de situation conflictuelle, les propos échangés durant le débriefing doivent être consignés afin de constituer, si tel est le souhait de la patient·e, une potentielle amorce à la médiation.

Cependant, le débriefing ne doit pas se limiter aux situations difficiles : il peut aussi être l'occasion de valoriser les aspects positifs d'un soin et de clore la prise en charge de manière constructive et respectueuse.

Le GT recommande que le débriefing ait lieu avec les professionnel·le·s de santé concerné·e·s qui étaient présent·e·s lors de la prise en charge de la patient·e.

c) Renforcer et étendre les mécanismes de médiation aux patient·e·s victimes de VGO

Il apparaît nécessaire de renforcer les dispositifs de médiation car certains éléments actuels peuvent limiter leur pleine efficacité dans les situations de VGO :

D'une part, les victimes de VGO risquent de ne pas être identifiées comme telles, en raison du manque de formation des médiateur·rice·s¹⁶ aux violences de genre et de l'absence de catégories spécifiques "VGO" dans les systèmes de signalement des services de médiation intrahospitaliers et extrahospitalier (Service de médiation fédéral « Droits du patient »), ne permettant pas l'ouverture de procédures sous cette appellation¹⁷.

D'autre part, il est essentiel de garantir l'indépendance des services de médiation intrahospitaliers afin d'éviter des situations de déséquilibre relationnel, par exemple entre un·e patient·e traumatisé·e et un·e professionnel·le bénéficiant d'une position d'autorité.

Ces limites peuvent contribuer à une invisibilisation des VGO et à une victimisation secondaire des patient·e·s.

Pourtant, les services de médiation disposent d'un véritable potentiel d'action dans la lutte contre les VGO : une fois consolidés, ils pourraient jouer un rôle déterminant dans la reconnaissance et l'accompagnement des patient·e·s victimes de VGO, la transformation des pratiques professionnelles ainsi que dans le rétablissement du dialogue entre patient·e·s et structures de soin.

¹⁶ Par médiateur·rice·s on entend le ou la médiateur·rice en soins de santé, c'est-à-dire une personne neutre, indépendante et impartiale, dont la fonction est prévue par la loi belge relative aux droits du patient du 22 août 2002 (art. 11 et art.16). Il s'agit d'un tiers chargé de faciliter le dialogue entre un·e patient·e et un·e professionnel·le de santé ou une institution de soins, et de recevoir et traiter les plaintes concernant le non-respect des droits du patient tels que définis par la loi, tout en respectant la confidentialité et l'impartialité de la médiation.

¹⁷ Voir la recommandation 36.c) du Sénat qui consiste à « définir la base légale ainsi que des critères précis permettant aux médiateurs intra-hospitaliers et au service de médiation fédéral d'attribuer le statut de violence gynécologique et obstétricale à un dossier ». [Rapport d'information du Sénat concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales](#), p. 35.

C'est pourquoi le GT recommande la création d'un groupe de travail interassociatif et interprofessionnel dédié à cette question de la médiation. Composé de représentant·e·s d'associations de patient·e·s, d'associations traitant des questions de santé et droits sexuels et reproductifs, de médiateur·rice·s, du corps médical, du Vlaams Meldpunt Grensoverschrijdend Gedrag¹⁸ et des structures hospitalières, ce groupe aura pour mission d'élaborer des recommandations concrètes, rapidement déployables et adaptées aux dispositifs existants dans les établissements de santé.

3.3 Renforcer la formation initiale et continue des professionnel·le·s de la santé sexuelle et reproductive

La qualité des soins et la prévention des VGO passent par une transformation de la formation des professionnel·le·s du secteur de la santé sexuelle et reproductive, en phase avec les enjeux contemporains : respect des droits des patient·e·s, consentement éclairé, communication bienveillante, prise en compte des vulnérabilités et reconnaissance des violences basées sur le genre à l'œuvre dans la société, dont dans le domaine médical.

La formation des professionnel·le·s joue un rôle central pour faire évoluer les mentalités, assurer des pratiques de soin respectueuses, inclusives et juridiquement informées, améliorer la relation patient·e-soignant·e et garantir un accueil digne et respectueux de toutes les femmes*, sans discrimination.

Investir dans la formation des professionnel·le·s permet de renforcer leurs compétences (tant relationnelles que techniques et médicales) et d'offrir aux patient·e·s des soins plus sécurisés.

Les membres du GT constatent un écart entre les principes transmis dans le cadre de la formation initiale et les pratiques de terrain dans le secteur des soins en santé sexuelle et reproductive. Cet écart révèle l'importance de penser de manière complémentaire les formations initiales et continues ainsi que d'impliquer les hiérarchies et maîtres de stage dans l'implémentation d'une approche renouvelée (respectueuse, intégrée, continue et personnalisée) des soins en santé sexuelle et reproductive.

Les membres du GT soulignent également l'importance d'impliquer et de poursuivre le travail de collaboration avec les associations de femmes* et de patient·e·s dans la formation des professionnel·le·s de santé. Leur participation permet de concevoir des outils et des programmes de formation innovants, percutants et véritablement fondés sur un partenariat entre patient·e·s et soignant·e·s.

La formation sur les VGO et la bientraitance doit toucher tou·te·s les (futur·e·s) professionnel·le·s en contact avec des patient·e·s dans le cadre des services en santé sexuelle et reproductive.

Groupes cibles : étudiant·e·s et professionnel·le·s au sens large, travaillant dans le secteur de la santé sexuelle et reproductive et qui entrent en contact avec des patient·e·s, dont les (futur·e·s) gynécologues-obstétricien·ne·s, sage-femmes, infirmier·e·s, kinésithérapeutes, anesthésistes, pédiatres, puériculteur·rice·s, médecins généralistes, psychologues, psychiatres, sexologues, assistant·e·s sociaux·ales, médiateur·rice·s, personnel d'accueil, personnel d'entretien, médiateur·rices interculturel·les, etc.

¹⁸ La participation du Vlaams Meldpunt Grensoverschrijdend Gedrag est requise au vu de ses missions, qui consistent à recevoir des signalements de comportements transgressifs, à leur donner suite et à accompagner les personnes victimes de ces comportements, dont ceux qui peuvent survenir dans le cadre d'une prise en charge en santé sexuelle et reproductive.

Plusieurs contenus à aborder en formation initiale et continue participent à prévenir les VGO dans les soins en santé sexuelle et reproductive :

- Communication respectueuse et écoute active ;
- Prise de décision partagée ;
- Consentement libre, éclairé et révocable ;
- Droits du patient et droits en santé sexuelle et reproductive ;
- Gestion des situations difficiles et/ou de conflit ;
- Evidence-based medicine ;
- Non-discrimination en santé ;
- Soins centrés sur les patient·e·s ;
- Soins sensibles au genre ;
- Les violences basées sur le genre dont les VGO ;
- Soins sensibles à l'interculturalité et à l'intersectionnalité, via l'apprentissage de la communication interculturelle et la maîtrise d'outils relationnels pour instaurer un climat de soin sécurisant, respectueux et inclusif pour tou·te·s (voir recommandation 3.4. ci-dessous) ;
- Soins sensibles au trauma ;
- La sécurité émotionnelle des patient·e·s ;
- Les risques psychosociaux reliés aux métiers du care et leur détection (ex : burn-out, traumatisme vicariant) ;
- Modèle de soins continus.

L'apprentissage théorique de ces contenus ne suffit pas à garantir leur transposition dans les pratiques professionnelles et les futures relations de soin. Le GT alerte sur le risque de considérer comme acquis certains savoirs et savoir-être uniquement parce qu'ils figurent dans les programmes de formation. Comprendre un concept en théorie et être capable de l'incarner et de le mettre en œuvre dans la relation de soin constituent deux étapes distinctes de l'apprentissage. C'est pourquoi la formation doit aller au-delà de l'acquisition de contenus et s'appuyer sur des méthodes pédagogiques permettant de développer et d'intégrer ces savoirs dans la pratique, afin de prévenir toute forme de VGO dans les soins en santé sexuelle et reproductive.

Une évaluation de la façon dont ces différents contenus sont abordés, transmis et appliqués doit également être envisagée.

Méthodes pédagogiques proposées :

- S'assurer d'aborder les VGO selon une approche interdisciplinaire et intersectorielle qui rassemble les perspectives et expertises des différentes disciplines et acteur·rice·s en présence, dont en premier lieu les patient·e·s et les associations qui les représentent ;
- Diversifier les lieux de stage des étudiant·e·s pour leur permettre, notamment, de travailler en centres de planning familial, en maisons de naissance et dans des structures communautaires ;
- Aborder les VGO dans la pratique, à l'aide du système des drapeaux¹⁹, d'ateliers de simulation, d'analyse de cas cliniques, de modules e-learning, etc. ;
- Assurer la formation d'une personne référente sur les violences de genre, dont les VGO, dans les équipes et structures de soin²⁰. La présence d'une personne référente en violence de genre favorisera la prise en compte de ces enjeux par l'ensemble des professionnel·le·s, par le biais de leur sensibilisation et formation continue.

¹⁹ Outil développé par l'ASBL Sensoa, traduit et adapté en français par l'ASBL Garance.

²⁰ Cette proposition renvoie à la mesure 87 du PAN 2021-2025 : 87. Etudier la possibilité de créer "un poste de référent violences basées sur le genre" au sein de chaque hôpital, à l'instar de ce qui se fait déjà à travers les projets alcool (p. 76).

Enfin, il convient de rappeler qu'en mars 2024, à la demande de la ministre de l'Enseignement supérieur, l'ARES (Académie de recherche et d'enseignement supérieur) a été mandatée pour traduire en actions concrètes les recommandations du rapport d'information du Sénat relatives à la formation des (futur·e·s) professionnel·le·s de la santé. Un groupe de travail réunissant des représentant·e·s des universités, hautes écoles, associations de patient·e·s et organismes chargés de l'égalité de genre a ainsi été créé afin d'analyser et d'assurer l'intégration des VGO dans les programmes d'enseignement et de formation en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le GT interfédéral sur les VGO renvoie aux travaux menés par le GT de l'ARES pour la mise en œuvre de la présente recommandation visant à renforcer la formation initiale et continue des professionnel·le·s de la santé sexuelle et reproductive. Le GT interfédéral invite le VLIR (Vlaamse Interuniversitaire Raad) à examiner l'opportunité de lancer un exercice similaire au GT de l'ARES concernant l'intégration des VGO dans les programmes de formation en santé sexuelle et reproductive en Communauté flamande.

3.4 Rendre les soins en santé sexuelle et reproductive plus inclusifs pour les groupes vulnérables

Certains groupes de patient·e·s ont un risque accru d'être exposés aux VGO, en raison des caractéristiques ou situations socialement construites qui les marginalisent.

Les jeunes, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les personnes LGBTQIA+, les personnes migrantes, racisées, allophones, les personnes en situation de prostitution, économiquement précarisées, isolées, rencontrant des problèmes d'assuétudes, souffrant d'une pathologie mentale ou victimes de violence intrafamiliale rencontrent des obstacles majeurs dans leur parcours de soin en santé sexuelle et reproductive : stigmatisation, incompréhension, infantilisation, violences verbales, physiques ou encore minimisation de la douleur, difficulté d'accès et manque de soins. Ces exemples de VGO et discriminations peuvent s'expliquer par des biais de perceptions et des stéréotypes à l'endroit des professionnel·le·s de santé, tel que le « syndrome méditerranéen »²¹, qui viennent influencer la prise en charge.

Adopter une approche intersectionnelle consiste à tenir compte des différents rapports de pouvoir (tels que le racisme, le sexisme, le classisme, le validisme, etc.) qui se croisent et se renforcent, créant des expériences particulières de discrimination (comme la grossophobie, l'homophobie et la transphobie) et de violences pour les personnes qui se situent à l'intersection de plusieurs identités minorisées.

Adopter une approche intersectionnelle des soins en santé sexuelle et reproductive consiste à reconnaître les spécificités de ces publics, prendre acte des discriminations et des inégalités qu'ils rencontrent dans les soins de santé et en dehors, et élaborer un modèle de soin attentif aux vécus, aux contextes, aux besoins et aux obstacles spécifiques de chacun·e.

Objectif : garantir l'accès effectif et équitable aux soins en santé sexuelle et reproductive pour tous les publics, sans discrimination, en transformant en profondeur les structures et les pratiques de soin pour les rendre plus inclusives, accessibles et respectueuses des droits et vécus spécifiques de chaque personne.

²¹ Croyance, non fondée scientifiquement, selon laquelle les patient·e·s racialisé·e·s comme non-blanc·hes auraient tendance à exprimer leur douleur de manière exagérée ou théâtralisée, ce qui peut conduire à des biais dans la prise en charge telle que : la minimisation voire la disqualification de la douleur exprimée, un traitement différencié ou la non-prise en charge des patient·e·s. Ce stéréotype peut avoir des effets délétères sur la santé des patient·e·s qui le subissent, la non prise en charge pouvant conduire jusqu'au décès.

Plusieurs leviers d'action sont proposés pour y parvenir :

a) Former les professionnel·le·s à l'intersectionnalité et à l'interculturalité

Sensibiliser les professionnel·le·s aux stéréotypes, aux discriminations croisées (conformément à la législation anti-discrimination : sexisme, validisme, racisme, LGBTQIA+phobies, âgisme, grossophobie, etc.) et à leurs impacts concrets sur les parcours de soins en santé sexuelle et reproductive ;

Intégrer des modules sur la communication interculturelle, la diversité des corps, des sexualités et des normes culturelles autour de la santé sexuelle et reproductive ;

Inclure ces modules dès la formation initiale des futur·e·s professionnel·le·s de la santé sexuelle et reproductive et les renforcer en formation continue ;

Co-construire les formations à destination de ces professionnel·le·s en impliquant les personnes concernées et valoriser leurs savoirs expérientiels.

b) Adopter, en tant que professionnel·le, une posture d'écoute, de non-jugement et de respect

Favoriser une communication adaptée, bienveillante, accessible et sans préjugé ;

Développer une culture du soin « trauma-informed » : savoir détecter les signes, adapter la posture et garantir un cadre sécurisant ;

Laisser la place à l'autodétermination : demander les pronoms utilisés (il/elle/iel), ne pas présumer, par exemple, de l'identité de genre, de l'orientation sexuelle ou du désir d'enfant des patient·e·s ;

Revenir aux besoins spécifiques de chaque personne, sans généralisation ni pathologisation.

c) Adapter l'environnement et les dispositifs de soins

Veiller à rendre les espaces de soin accessibles (accès PMR²², signalétique claire, interprètes, temps de consultation adapté, fauteuil gynécologique adapté à toutes les morphologies, etc.) ;

Proposer des consultations dédiées ou allongées pour les publics vulnérables tels que les femmes* allophones, neurodivergentes, victimes de violences, personnes LGBTQIA+, les femmes* en centre d'hébergement ou en milieu carcéral ;

Donner la possibilité aux patient·e·s qui le souhaitent de se faire accompagner par des pairs aidant·e·s, des médiateur·rice·s interculturel·le·s et/ou des interprètes formé·e·s afin d'assurer la transmission des informations et le recueil du consentement, notamment dans le chef des patient·e·s allophones.

d) Institutionnaliser des espaces de dialogue avec les publics vulnérables

Créer des comités de patient·e·s intégrant les groupes marginalisés pour couvrir la diversité des parcours de soins, faire remonter leurs besoins et expériences et sur base de leurs retours, adapter les pratiques et identifier les freins à des soins accessibles, adaptés et inclusifs.

e) Adapter les supports d'information et créer des outils d'information inclusifs

Proposer des supports accessibles (multilingues, langue facile à lire et à comprendre - FALC, braille, audiodescription, pictogrammes, etc.) et des visuels représentant la diversité, en termes d'âge, de genre, d'ethnicité, de morphologies, notamment ;

Inclure les vécus spécifiques des publics vulnérables dans les campagnes de prévention et de sensibilisation aux VGO.

²² Cela inclut le fait de rendre les espaces de soin accessibles aux Personnes à Mobilité Réduite (PMR) mais aussi de rendre disponible et facilement accessible aux personnes en situation de handicap et aux personnes à mobilité réduite l'information sur le niveau d'accessibilité de chaque lieu de soin et sur les aménagements spécifiques éventuellement réalisés.

3.5 Créer des espaces d'intervision²³ pour les professionnel·le·s en santé sexuelle et reproductive

L'occurrence de VGO dans les soins en santé sexuelle et reproductive peut s'expliquer par des causes organisationnelles et institutionnelles²⁴. Par conséquent, il est indispensable de créer les conditions de travail qui permettent aux professionnel·les de santé de réaliser des prises en charge respectueuses et de qualité et de « prendre soin »²⁵ des patient·e·s.

Une manière d'y parvenir consiste à créer des espaces d'échange et de réflexion entre pairs.

Objectif : mettre en place, dans toutes les structures de soins – intra ou extrahospitalières – des espaces de soutien et de réflexion interdisciplinaire dédiés aux professionnel·le·s de santé, afin de :

- Déposer leurs vécus et mettre en commun leurs expériences, difficultés et bonnes pratiques ;
- Favoriser une posture réflexive sur les pratiques de soin ;
- Prévenir le traumatisme vicariant, le burn-out et l'épuisement professionnel.

Pour s'assurer de leur bon fonctionnement, les espaces d'intervision doivent être introduits dès la formation des étudiant·e·s-stagiaires en santé sexuelle et reproductive. Apprendre à gérer une situation difficile (ex : violence, erreur médicale, annonce d'une mauvaise nouvelle) et à communiquer correctement sur celle-ci avec ses pairs et les patient·e·s doit faire partie de la formation initiale et continue des (futur·e·s) soignant·e·s pour pouvoir ensuite mobiliser ces compétences dans l'exercice de leur métier.

Modalités de mise en œuvre :

Ces espaces peuvent prendre plusieurs formes complémentaires :

- Intervisions et échanges de pratiques (formels ou informels) ;
- Groupes Balint : groupes de paroles centrés sur l'analyse de la relation soignant·e–patient·e (à structurer et animer par des professionnel·le·s formé·e·s) ;
- Accompagnements d'équipe après un événement difficile ;

Ces espaces d'intervision doivent être encadrés et animés par une personne tierce, chargée de veiller à ce que les échanges soient fondés sur le respect, la confidentialité, l'équité et dénués d'influence (dont des rapports hiérarchiques). Ils pourraient par exemple être organisés par des référent·e·s formé·e·s au système des drapeaux²⁶, capables d'animer des temps de debriefing en équipe.

Il est essentiel que ces espaces réunissent les différentes professions impliquées dans les soins en santé sexuelle et reproductive (médecins, sage-femmes, infirmier·ère·s, psychologues,

²³ Par intervision on entend un dispositif de réflexion collective entre professionnel·le·s, visant l'analyse de situations issues de la pratique. Elle repose sur des échanges structurés, fondés sur la réciprocité, la confidentialité et l'absence de relation d'autorité, permettant aux participant·e·s de confronter leurs points de vue, de questionner leurs représentations et de coconstruire des pistes d'amélioration des pratiques. L'intervision s'inscrit dans une démarche de développement professionnel continu, favorisant la réflexivité, l'apprentissage expérientiel et le soutien entre pairs.

²⁴ La recommandation 3.7. ci-dessous répond également aux causes organisationnelles et structurelles des VGO dans les soins de santé en Belgique.

²⁵ Prendre soin au sens de «*care*» ou «*care-giving*», qui se décline pour J. Tronto en quatre phases : 1) l'attention comme reconnaissance d'un besoin (*caring about*), 2) le fait d'assumer la responsabilité de la prise en charge (*taking care*), 3) le travail effectif du soin et les compétences associées (*care-giving*) et enfin 4) la capacité de réponse du bénéficiaire (*care-receiving*). Tronto, J. 2009 [1993], *Un monde vulnérable : Une proposition politique pour fonder l'éthique du care*, Paris, La Découverte, p. 147-150.

²⁶ Outil développé par l'ASBL Sensoa, traduit et adapté en français par l'ASBL Garance.

assistant·e·s sociaux·ales, etc.), en ce compris les étudiant·e·s-stagiaires, qui doivent pouvoir s'exprimer librement, sans crainte pour leur évaluation ou leur avenir professionnel.

Contenus à aborder :

- Partage d'expériences et d'apprentissages (y compris positifs) ;
- Gestion de situations complexes (ex. : diagnostic d'infertilité, complications médicales, conflits de valeurs, etc.) ;
- Fatigue émotionnelle, surcharge de travail, stress ;
- Questionnement sur les pratiques professionnelles ;
- Vécus liés à l'observation ou au signalement de situations de violence, dont de VGO ;
- Qualité de la communication et de la collaboration multidisciplinaire ;
- Réflexion collective sur la prise en charge continue des patient·e·s.

Ces structures doivent être reconnues, valorisées et intégrées au temps de travail : il ne s'agit pas d'ajouter une charge mais de proposer un temps d'apprentissage et de soutien entre pairs, préventif et transformateur, selon une approche du « prendre soin » des soignant·e·s.

Adopter cette approche, c'est reconnaître que le vécu émotionnel et l'expérience subjective des professionnel·le·s peuvent jouer un rôle central dans l'évolution des pratiques.

Prendre soin des soignant·e·s, c'est aussi prendre soin des patient·e·s. La qualité de la relation de soin est intimement liée aux conditions dans lesquelles les professionnel·le·s exercent leur métier. Offrir aux professionnel·le·s des espaces sécurisés où exprimer leur vécu, analyser les situations difficiles et réfléchir à leurs pratiques constitue un levier puissant pour prévenir les VGO et plus globalement, pour améliorer les conditions de travail et créer une culture du soin plus humaine, respectueuse et bienveillante envers les patient·e·s comme les soignant·e·s.

3.6 Renforcer les connaissances sur les VGO via la collecte de données

Malgré la réalisation d'enquêtes sur les violences obstétricales ces dernières années²⁷, la Belgique manque encore de données systématiques qui documentent le phénomène des VGO. Une meilleure connaissance de la prévalence et des formes des VGO est une condition indispensable à l'élaboration de politiques publiques efficaces et fondées sur des preuves (*evidence-based policy*).

Trois leviers d'action sont proposés pour améliorer la collecte de données sur les VGO et la connaissance des modèles de soin dans lesquels elles peuvent survenir :

a) Lancer une enquête nationale sur les VGO

Mener une enquête à grande échelle, portant sur un échantillon représentatif de la population. Cette enquête viserait à recueillir, selon une méthodologie scientifique rigoureuse, les

²⁷ Nous pensons en particulier aux études éclairant le phénomène des violences obstétricales durant la période COVID-19 en Belgique : Amjahad A., Cosentino, C. Richard, F., Guiot, F., Servais, J. et Warnimont, M. (2021), *Les conditions d'accouchement en Belgique francophone avant et pendant le COVID*, Plateforme citoyenne pour une naissance respectée ; Galle, A., Berghman, H., D'Hauwers, S., e.a. (2024), "Quality of care at childbirth during the COVID-19 pandemic in Belgium: a cross-sectional study based on WHO standards", *BMJ Open* ; Galle, A., Berghman, H., Mariani, I., e.a. (2025), "Experiences of disrespect and abuse during childbirth in the World Health Organization European region: a mixed-method study among 22 countries", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*.

expériences vécues par les femmes* et les professionnel·le·s dans le champ de la santé sexuelle et reproductive, afin d'identifier les différentes formes de violences pouvant survenir au cours des parcours de soins.

Cette enquête devrait être répétée à intervalles réguliers pour suivre l'évolution des pratiques et mesurer l'impact des mesures mises en place.

Elle devrait également croiser des données quantitatives (prévalence, fréquence, distribution des actes et pratiques) avec des données qualitatives (récits, perceptions, impacts dont physiques, psychologiques et professionnels) et adopter une approche intersectionnelle.

Plusieurs sources de données peuvent être mobilisées ou enrichies, notamment les questionnaires de satisfaction hospitaliers, les enquêtes de santé de Sciensano, les données du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), du Centre d'Epidémiologie Périnatale (CEpiP), du Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE), de Opgroeien et de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE), ainsi que les enquêtes européennes existantes sur les violences basées sur le genre, tels que Eurostat.

Il est également crucial de créer des catégories spécifiques pour identifier les VGO dans les systèmes de signalement des services de médiation (voir recommandation 3.2. c) ci-dessus) et pouvoir les recenser par ce biais.

b) Accroître la transparence des pratiques obstétricales

Cette recommandation à plus de transparence repose sur le constat que des écarts importants entre maternités existent actuellement en Belgique en matière d'inductions, d'épisiotomies et de césariennes. L'objectif consiste à comprendre les facteurs expliquant ces variations et à sensibiliser sur le fait que des taux d'inductions, d'épisiotomies et de césariennes situés au-delà des recommandations internationales pourraient être le signe d'une routinisation des soins, de pratiques non justifiées médicalement et de VGO.

Objectif : rendre accessibles, par maternité, les taux de césariennes, d'épisiotomies et d'inductions.

La transparence contribue à un meilleur contrôle de la qualité des soins en identifiant les écarts éventuels par rapport aux recommandations médicales et aux standards internationaux. Elle permet également d'identifier et de diffuser les bonnes pratiques existantes au sein des maternités.

En outre, la transparence renforce l'autonomie des femmes* dans la mesure où elles disposent d'une information supplémentaire pour poser un choix éclairé sur leur lieu d'accouchement.

Enfin, en rendant visibles les pratiques médicales par établissement, on encourage une remise en question des soins routiniers et une réorientation éventuelle vers des pratiques plus individualisées et adaptées à chaque patient·e.

Toutefois, cette transparence doit s'accompagner de précautions méthodologiques et éthiques. Les chiffres ne doivent pas être communiqués de manière brute, au risque de stigmatiser certaines structures. Des taux élevés peuvent s'expliquer par une spécialisation dans les grossesses à haut risque et ne sont pas nécessairement synonymes de violence. Il est crucial de contextualiser les données pour éviter les interprétations hâtives. La publication de ces données doit donc s'accompagner d'une analyse qualitative tenant compte du profil des patient·e·s, des résultats obstétricaux et néonataux (les interventions obstétricales étant réalisées pour préserver la santé de la mère et de l'enfant), des risques associés et du contexte médical.

Les données sur les pratiques obstétricales en Belgique doivent impérativement être assorties d'une contextualisation claire avant de pouvoir être diffusées auprès des personnes concernées (professionnel·le·s, patient·e·s, autorités politiques) et plus largement, du grand public.

Le groupe de travail recommande également d'inclure les données périnatales des structures extrahospitalières dans les rapports épidémiologiques du SPE et du CEpiP. L'enregistrement des résultats des accouchements planifiés en dehors de l'hôpital²⁸ permettrait d'établir une comparaison avec les données issues des maternités, ce qui contribuerait à soutenir une vision plus informée des accouchements réalisés en dehors du cadre hospitalier.

c) Poursuivre la réflexion sur le(s) modèle(s) de soin à adopter en santé sexuelle et reproductive en Belgique

Dans le cadre des travaux du groupe de travail interfédéral, s'est posée la question du modèle de soin²⁹ à adopter en Belgique pour assurer des soins de qualité et prévenir toute forme de VGO. La discussion a émergé dans le contexte de promotion par l'OMS du modèle de soin sage-femme pour les prises en charges périnatales³⁰. La transposition complète de ce modèle dans les services de santé belge ne fait pas consensus au sein du GT. Durant la discussion, ont été mis en avant l'importance d'un modèle de soin qui valorise :

- La place centrale de la patient·e et de ses besoins ;
- Le partenariat soignant·e-patient·e ;
- La collaboration interprofessionnelle ;
- Le rôle des sage-femmes, en particulier dans le cadre des grossesses à bas risque ;
- Des soins continus et intégrés.

Par conséquent, les membres du GT exhortent les autorités compétentes à évaluer le(s) modèle(s) de soin utilisé(s) aujourd'hui en santé sexuelle et reproductive et à en dégager des axes d'amélioration.

Cette réflexion doit être menée en collaboration avec l'ensemble des parties concernées³¹, en évitant toute polarisation, et en cohérence avec les recommandations nationales, internationales et les données scientifiques.

Enfin, cette réflexion devra s'accompagner d'un financement adéquat pour soutenir durablement le paradigme de soin retenu.

²⁸ L'enregistrement pourrait se faire selon le principe de l'intention de traiter ou *intention to treat*. Le concept d'« intention de traiter » (ITT) est une méthode d'analyse statistique utilisée dans les essais cliniques randomisés pour évaluer l'efficacité d'une intervention. Selon ce principe, toutes les participant·e·s initialement assigné·e·s à un groupe de traitement sont inclus·e·s dans l'analyse, indépendamment de leur adhésion au traitement, des déviations du protocole ou des abandons en cours d'étude. Plus d'informations ici : Gupta, Sandeep K. (2011). "Intention-to-treat concept: A review", In *Perspectives in Clinical Research* 2(3), p. 109-112. Dans le contexte de l'obstétrique, la méthode ITT permet d'inclure dans l'analyse tous les accouchements prévus hors hôpital, quels que soient les événements survenus par la suite, notamment les transferts en urgence vers un hôpital. Cela évite un biais majeur lié au fait que certains accouchements initialement planifiés à domicile peuvent finalement avoir lieu à l'hôpital en raison de complications. En analysant les données selon l'ITT, on obtient une estimation plus fidèle et non biaisée de la sécurité et des résultats des accouchements prévus hors hôpital, en prenant en compte la réalité clinique où tous les parcours ne se déroulent pas comme prévu. Ainsi, cette méthode reflète mieux la pratique réelle et permet de comparer de manière juste les modèles de soins (accouchements à domicile versus en milieu hospitalier), sans sur- ou sous-estimer les risques liés aux transferts ou aux complications.

²⁹ Un « modèle de soin » renvoie à une conceptualisation de la manière dont les services devraient être fournis, y compris les processus de soins, l'organisation des prestataires et la gestion des services, étayée par l'identification des rôles et des responsabilités des différentes plateformes et des différents prestataires tout au long du parcours de soins. OMS (2024), *Transitioning to midwifery models of care : global position paper*, p. ix.

³⁰ *Ibidem* et OMS (2025), *Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care*, 152 p.

³¹ Dont les associations de patient·e·s et les associations actives en santé sexuelle et reproductive.

3.7 Garantir un financement structurel suffisant pour les services et les associations actives en santé sexuelle et reproductive

Le manque de moyens humains, matériels et financiers dans les structures de soins de santé sexuelle et reproductive constitue l'un des facteurs structurels des VGO. Il entrave le développement d'une prise en charge sécurisée, de qualité, continue et centrée sur les besoins des patient·e·s.

Le financement constitue donc la condition préalable à toute action efficace de prévention et de lutte contre les VGO. C'est de lui que dépendent l'amélioration des conditions de travail, la qualité de la relation soignant·e-patient·e, ainsi que la mise en œuvre concrète de l'ensemble des recommandations énoncées ci-dessus.

Dans cette perspective, quatre priorités budgétaires sont identifiées par le groupe de travail :

- a) Valoriser financièrement les consultations dans le cadre des soins, afin de garantir le temps nécessaire à un accompagnement de qualité, adapté à chaque patient·e et fondé sur l'écoute, la communication et la relation de confiance.
- b) Augmenter les moyens alloués à la formation initiale et continue des professionnel·le·s de santé sexuelle et reproductive.
- c) Renforcer les effectifs soignants, en particulier en matière d'IVG, de suivi prénatal, d'accouchement et de post-partum, avec une attention particulière portée à l'augmentation du nombre de sages-femmes en milieu hospitalier et extrahospitalier, ainsi qu'à l'amélioration de leur rémunération et de leurs conditions de travail.
- d) Assurer un financement structurel et pluriannuel des organisations de la société civile actives dans le champ de la santé sexuelle et reproductive, dont le rôle est essentiel pour la sensibilisation, la formation, l'accompagnement des publics vulnérables, la représentation des patient·e·s et la contribution à la recherche.