

Je vois, j'agis : l'empowerment en salle d'accouchement

OUTILS

Une coalition menée par des sages-femmes vient d'éditer le manuel pratique « Je vois, j'agis : intervenir en tant que témoin de violences obstétricales » et déploie aussi des formations *ad hoc*. L'objectif est de reposer le cadre légal, de créer un milieu plus favorable aux parturientes et de militer pour l'établissement d'une politique publique protectrice.

► CLOTILDE DE GASTINES

Absence de consentement, manque de confidentialité, défaut d'information complète, remarques déplacées, contention, épisiotomie imposée, agressions physiques et viols, ces situations se déroulent parfois en salle d'accouchement. « *Les violences gynécologiques et obstétricales sont très fréquentes, mais les personnes qui nuisent délibérément et volontairement aux femmes sont très rares* », rappelle Myriam Ben Jattou, fondatrice de l'association Femmes de droit, le 2 décembre – lors du salon Tools for care à la Haute école Vinci.

Si l'utilisation du terme « violence gynécologique obstétricale » (VGO) a émergé en Amérique Latine au début des années 2000, ce n'est qu'en 2014, que l'Organisation Mondiale de la Santé a dressé la liste des comportements considérés comme des violences gynécologiques et obstétricales. À partir de là, le sujet a percolé en Europe avec une déferlante de témoignages sur la plateforme Twitter (devenue X) sous les hashtags #PayeTonUterus, #genoegezwegen et #payetongyneco. (Lire notre encadré p. 6)

L'impact des violences obstétricales

« *On fait face à un problème de santé publique*, décrit Svetlana Sholokhova, chargée de recherche en santé au Service d'études de la MC, lors d'un webinar de présentation du manuel intitulé "Je vois, j'agis : intervenir en tant que témoin de violences obstétricales", le 8 octobre dernier. *Les recherches internationales montrent l'impact important des violences obstétricales sur la qualité de vie post-partum et notamment sur la santé mentale, l'estime de soi, le risque de dépression et de troubles de stress post-partum. Il y a également un impact très important sur la santé physique des personnes qui accouchent, notamment un cas d'usage de force excessive* ». Avec pour conséquences : la perte de confiance envers les professionnels de santé et le système

JE VOIS, J'AGIS INTERVENIR EN TÉMOIN DE VIOLENCES OBSTÉTRICALES



© Plateforme citoyenne pour une naissance respectée

de soins de santé en général, qui peut entraîner une réticence à consulter et un report des soins y compris ceux qui sont nécessaires à la santé de l'enfant.

Par ailleurs, les violences substantielles ont aussi « *un impact direct sur le bien-être des professionnels de santé* », rappelle la chercheuse, qui faisait partie du comité de rédaction et a notamment co-rédigé la partie théorique du manuel. Être témoin de ces transgressions peut « *contribuer au mal-être des soignants et constituer un risque important de burn out* ».



Car le plus souvent, les soignants qui assistent à des actes violents ne savent pas comment s'interposer pour protéger la patiente et garantir le respect de ses droits. Parfois, des actes a priori bien intentionnés peuvent même être profondément transgressifs. « *Reconnaître et nommer ces expériences est un premier pas vers la transformation des pratiques* », décrit Charlotte Verdin, coordinatrice de la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée (PCNR).

Pour tenter de changer les choses, trois associations : la PCNR, Femmes et Santé et l'asbl Garance ont mobilisé une centaine de praticien-nes, usagères, représentant-es des institutions, universitaires et des pouvoirs publics. La réflexion, entamée fin 2018, vient d'aboutir à la publication en novembre de ce manuel pratique grâce au soutien financier de l'AVIQ et de la COCOF.

L'ouvrage est construit en deux parties : une partie théorique décrit les violences obstétricales dans leur contexte systémique (émergence du concept VGO, reconnaissance en Belgique, aspect juridique du respect des droits des patients), et une partie pratique présente quatre vignettes cliniques et des grilles d'action.

Briser la culture du silence

L'idée de créer un manuel naît en octobre 2018. Lors d'un congrès de l'Union professionnelle des sages-femmes belges, Alice Van D., qui exerce depuis 5 ans au CHU Saint-Pierre à Bruxelles comme sage-femme, interroge le panel. « *Comment réagir si on observe un-e collègue effectuer un acte non médicalement nécessaire ou sans anesthésie ? Quelle est notre marge d'action ? Pour les étudiant-es sage-femmes c'est encore plus dur. Elles sont en bas de l'échelle hiérarchique* ». Une intervenante conseille : « *Tu peux tenir la main de la femme et lui signifier ta présence...* ».

Effarée par cette réponse qui lui paraît insuffisante, la jeune femme se rapproche de Fabienne Richard, alors sage-femme et membre de la PCNR, qui a assisté à l'échange. Elle lui propose de contacter l'asbl Garance qui est à l'époque en train d'élaborer un guide d'auto-défense féministe grand public que les femmes peuvent utiliser lors des consultations en santé sexuelle et reproductive (« *Zones à défendre* » paru en 2020). Très rapidement, elles envisagent de l'adapter aux besoins des professionnel·les témoins.

Une dynamique participative pour identifier les obstacles

La dynamique se met alors en branle, avec la mise en place d'un comité de pilotage qui décide d'objectiver la situation des violences obstétricales en Belgique, encore peu connue. Le comité met sur pied quatre focus groups, deux en intra-muros dans des structures hospitalières en région wallonne et deux en extra muros, dont un en haute école. « *On n'entre pas si facilement dans un hôpital avec une telle thématique. Il faut être recommandé pour ouvrir la discussion, et qu'il y ait déjà une forme d'adhésion au sein des équipes mêlant sage-femmes, gynécologues, psychologues, anesthésistes et obstétriciens* », reconnaît Charlotte Verdin. Les réunions duraient 2 à 3h, « *c'était des moments assez intenses et intensifs* ».

Des échanges menés en parallèle auprès d'élèves sage-femmes ont permis de dresser un constat saisissant. « *Les étudiantes sages-femmes sont formées sur les VGO tout au long des 4 années au travers des cours de droit, d'éthique, de bioéthique et de déontologie* » décrit Célinie Mathot, enseignante en Haute École qui participait au webinaire de présentation. Par exemple : « *Quand est-ce qu'un toucher vaginal est vraiment utile ? Comment favoriser l'empowerment des patientes ?* ». Mais le passage de la théorie à la

pratique s'avère périlleux. « Elles arrivent en stage avec une grande sensibilité et c'est là que ça se complique. Une de nos étudiantes a encore vu un Kristeller cette semaine (NDLR: manœuvre qui consiste à appuyer sur le ventre lors de la phase d'expulsion). Alors qu'on sait que c'est interdit. Elle a bien réagi parce que finalement elle posé la question à la sage-femme: "mais c'est pas interdit le Kristeller?" La sage-femme a voulu noyer le poisson. Mais une troisième a confirmé que la manœuvre était interdite et inadaptée à la situation ».

Braver la résignation et la loyauté

Les *focus groups* ont permis de constater qu'il n'existe pas de grand écart dans la perception des actes qui font violence, mais qu'en revanche, il existe un fossé entre les générations. « Plus le praticien exerce depuis longtemps, plus il a du mal à utiliser le terme "violence." C'est comme s'il y avait une adhésion à la structure et au système de soins, mêlant résignation, loyauté et sentiment d'appartenance. À tel point que les soignants aguerris qui travaillent en milieu hospitalier ne peuvent pas imaginer que ça puisse se passer autrement », ajoute Charlotte Verdin.

Les personnels extrahospitaliers qui travaillent notamment en maison de naissance font exception à cette tendance, car ils ont pu être témoin d'autres manières de faire, et ont parfois réussi à faire évoluer leur pratique. « Ce n'est pas facile pour les soignants d'admettre qu'il y a des VGO, du fait de l'usure professionnelle et d'une sorte d'habitude, pour cela, il faut qu'ils laissent leur blouse au vestiaire », souligne-t-elle.

« Le terme "violence" est vraiment très difficile à intégrer pour les professionnels de la santé qui ne font pas leur métier pour violenter les gens, au contraire », confirme Charline

Marbaix, médecine généraliste lors du webinaire. Malgré tout, elle relève des « pratiques d'apprentissage malheureuses » dans les filières de médecine, qui peuvent provoquer un dégoût de l'exercice du métier. « On propose à des étudiants et étudiantes de faire des touchers vaginaux sur des femmes endormies, pour apprendre. Mais qu'est-ce qu'on apprend en fait à ce moment-là ? Que c'est OK de faire un toucher vaginal à une personne endormie ? » alerte-t-elle.

Le système des drapeaux

Les échanges en *focus group* ont aussi permis d'identifier une trentaine de situations de transgression. Pour une question de lisibilité et d'accès au plus grand nombre, les auteur·rices ont développé quatre situations dans la partie pratique : un refus d'acte (prise d'antibiotique par rapport au streptocoque B), l'accueil en salle d'accouchement, la prise en charge de la douleur et la contrainte physique (toucher vaginal).

Chaque vignette comprend une description succincte de la situation clinique, puis l'analyse selon 6 critères d'un système de drapeaux (« flag system ») inspiré d'un outil développé en Flandre par Sensoa, le Centre flamand d'expertise sur la santé sexuelle. Les drapeaux donnent des repères pour apprécier le niveau de gravité d'une situation. « C'est une observation pluridisciplinaire de la situation, qui permet de lisser les rapports de pouvoir liés à la détention des savoirs et de remettre la femme qui accouche et son travail au centre » précise Charlotte Verdin.

Il existe quatre couleurs de drapeaux.

- ▶ **Vert**: tout va bien.
- ▶ **Jaune**: quelque chose cloche, un petit problème.
- ▶ **Rouge**: problème grave.
- ▶ **Bleu**: très grave, pouvant justifier une plainte.



La difficile position du témoin

« Sur base de la gravité identifiée, on peut décider d'agir, soit sur le moment, soit a posteriori. Ce n'est pas toujours possible d'intervenir immédiatement, parfois on n'a pas la position ou la présence d'esprit pour le faire. Et c'est normal, on n'est pas des super-héros », précise Dorothée Van Avermaet de l'asbl Garance.

Pour chaque situation, les auteurs-rices proposent des modes d'intervention et des alternatives à la confrontation directe qui pourrait mener à des représailles. « On peut intervenir sans forcément dire à la personne ce qui ne va pas, mais en valorisant ce qu'elle fait bien et en espérant un changement de comportement », précise-t-elle.

- 1 Visibiliser : poser une question qui paraît un peu naïve pour déminer le terrain. Cela consiste à rendre visible ce qui se passe, en posant une question d'éclaircissement, parfois naïve. « Ah bon, on peut faire ça ? », « Ce n'est pas ce qu'on m'a appris à l'école... »
 - ▶ **Avantage** : accessible même quand on est peu légitime hiérarchiquement.
 - ▶ **Inconvénient** : inefficace si la personne visée n'est pas prête à se remettre en question.
 - 2 Interrompre le comportement de façon plus ou moins subtile pour détourner l'attention, demander un ralentissement, arrêter un geste, soupirer ou manifester un malaise.
 - ▶ **Avantage** : met la personne concernée en sécurité.
 - ▶ **Inconvénient** : ne règle pas le problème de fond.
 - 3 Triangler pour impliquer une tierce personne dans l'intervention :
 - ▶ la patiente : lui poser des questions (« Madame, est-ce que vous avez mal ? »), lui expliquer ce qui se passe, ou décrire ce qui va arriver.
 - ▶ un autre professionnel : demander des éclaircissements à une autre personne présente.
 - ▶ la hiérarchie : solliciter un cadre ou une autorité.
- Cette approche permet de visibiliser la situation sans être seul à intervenir.
- 4 Confronter : c'est l'approche la plus directe et souvent la plus efficace, mais aussi la plus risquée. Elle consiste à nommer clairement le problème. Attention : elle peut entraîner des représailles, à utiliser avec prudence.

Enfin, le manuel insiste sur l'importance de créer des espaces de *debriefing* et de médiation avec des patientes expertes, ou a minima un référent qui comprenne et forme – idéalement par équipe complète – au *flag system*, ce qui permettrait d'apporter des réponses plus collectives et plus structurelles.



Pour aller plus loin

- ▶ Le manuel « *Je vois, j'agis : intervenir en tant que témoin des violences obstétricales* » est téléchargeable en ligne ou disponible sur commande en format papier.
- ▶ Un module de formation pensé sur 2 jours s'adresse aux équipes et aux professionnels de la périnatalité au sens large. Il combine théorie, mise en situation et réflexion collective. Une trentaine de professionnels ont participé aux deux premières sessions qui se sont déroulées à Namur et Bruxelles. La prochaine formation aura lieu les 6 et 13 mars 2026 à Liège.
- ▶ naissancerespectee.be



Les VGO en Belgique : longtemps taboues et niées

En février 2024, le Sénat belge publiait 89 recommandations pour lutter contre les VGO. Dans une enquête menée en 2021 auprès de 4200 femmes en Wallonie et à Bruxelles par la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée, 41 % rapportaient au moins un acte de violence en maternité. La forme la plus courante de violence rapportée sont les soins non consentis. Dans 62 % des cas, l'acte médical n'est pas expliqué, dans 49 % des cas le consentement n'était pas demandé. Une femme sur trois évoque une manœuvre de Kristeller. Une femme sur cinq témoigne d'un manque d'accès à l'analgésie, de cris et réprimandes de la part du personnel, de demandes d'aide ignorées.

Dans cet échantillon, les femmes issues de minorités ethniques ou ayant un niveau d'éducation plus faible sont largement plus exposées aux VGO. « *Les violences gynécologiques et obstétricales se trouvent à la jonction des violences institutionnelles et des violences de genre*, précise Svetlana Sholokhova, chargée d'études à la MC. *Elles sont liées au fonctionnement du système de soins de santé, au manque de personnel, aux conditions de travail qui sont difficiles et stressantes, aux relations de pouvoir entre les différentes disciplines du corps médical ou aux lacunes de formation. Les violences obstétricales, c'est une facette des violences de genre que les femmes subissent dans ce système de soins très androcentré* ».

Source : senate.be/informatieverslagen/7-245/Senat-rapport-violences-obstetricales-2024.pdf