

Faculté de droit et de criminologie

Les violences gynécologiques et obstétricales : médecine et droit sous le prisme du genre

Auteur : Jassogne Pauline
Promoteur(s) : Hausman Jean-Marc
Année académique 2019-2020
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>.

Introduction	5
Avant-propos	8
Partie 1. Le sexisme au sein du milieu médical – Contexte et portrait des violences gynécologiques et obstétricales	9
A. L’origine des violences gynécologiques et obstétricales	9
B. La pratique gynécologique et obstétricale « moderne »	15
1. De la méconnaissance du corps des femmes	15
a) Dans le suivi gynécologique	16
b) Dans le suivi obstétrical	17
(1) Des actes non justifiés médicalement	18
(2) Des actes perturbant le processus physiologique de l’accouchement	21
2. De la méconnaissance des droits de la femme	22
3. Des usines à bébé dans les hôpitaux	25
C. Synthèse et classification des différents actes considérés comme des violences gynécologiques et obstétricales	27
1. L’articulation entre violence de genre et violence institutionnelle	27
2. Classification des différents actes considérés comme des violences gynécologiques et obstétricales	29
D. Les conséquences des violences gynécologiques et obstétricales	30
1. Conséquences psychologiques	31
2. Conséquences physiques	31
3. Détérioration du rapport aux soins	32
4. Impacts sur la vie sociale, familiale et sexuelle	32
Partie 2. L’état du droit belge en matière de violences gynécologiques et obstétricales - Le sexisme dans l’application et la production du droit	33
A. La relation médicale au prisme du consentement	33
1. Les différentes approches du consentement	33
2. Le consentement dans la loi relative aux droits du patient	36
(1) Le droit au consentement libre et éclairé du patient	36
(2) La responsabilité du praticien professionnel pour défaut de consentement libre et éclairé	38
3. Le consentement du patient et la situation d’urgence	41
4. L’intérêt du fœtus au regard du respect de l’intégrité physique de la mère	44
B. Le droit du patient à des prestations de qualité	47
C. Le contrôle des femmes sur leur propre corps, un droit fragile	49
1. La difficulté pour les victimes de violences gynécologiques et obstétricales de faire valoir leurs droits	49
a) De l’expérience des tribunaux américains	50
(1) La question du consentement éclairé dans le contexte de l’accouchement	50
(2) Difficultés au regard de la preuve	51
(3) L’absence de reconnaissance par les tribunaux d’un droit de refuser un acte médical	53
b) Devant les juridictions belges	55
(1) Le droit au consentement éclairé, une coquille vide	55
(2) Difficultés au regard de la preuve	58
(3) L’influence des stéréotypes de genre sur les juges belges	60
2. Une récente proposition de loi : l’instauration d’une protection juridique prénatale	61
Partie 3. Pistes de réflexion et enjeux juridiques	64
A. Définition des violences gynécologiques et obstétricales	65
1. Absence de consensus et légitimité du terme « violence »	65
2. Proposition de définition	67
B. La reconnaissance d’un préjudice moral autonome résultant du défaut d’information	69
1. Une jurisprudence insatisfaisante – Bref rappel	69

2.	Le préjudice d'impréparation – Une notion française	70
3.	L'intérêt du préjudice d'impréparation	72
C.	La nécessité d'une loi incriminant les violences gynécologiques et obstétricales ?	74
1.	Initiatives législatives étrangères	75
2.	La pertinence d'une initiative législative en Belgique ?	76
Conclusion		79
Annexes		83
	Annexe 1. Témoignages des violences gynécologiques et obstétricales	83
	Annexe 2. Lexique	97
Bibliographie		101

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer toute ma gratitude à mon promoteur, Monsieur Hausman Jean-Marc, pour tous ses conseils avisés et constructifs ainsi que pour tout le temps qu'il a consacré dans la réalisation de ce travail.

Je tiens également à remercier toutes les personnes qui par leurs écrits, leurs paroles et leurs conseils ont su guider mes réflexions. Ma reconnaissance va tout particulièrement à tous les intervenants qui ont accepté de répondre à mes questions et qui ont été d'un grand soutien dans mes recherches.

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

J'exprime également ma reconnaissance à l'égard de ma famille et de mes amis qui, depuis le début de mes études, m'ont toujours 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.

Introduction

« Les femmes c'est comme les juments, celles qui ont de grosses hanches ne sont pas les plus agréables à monter mais c'est celles qui mettent bas le plus facilement »

Cette phrase est d'autant plus choquante qu'elle fut énoncée lors du Congrès National des Gynécologues Obstétriciens Français du 7 décembre 2018, regroupant des professionnels de la santé¹. Une telle déclaration témoigne du fait qu'il subsiste encore à l'heure actuelle des inégalités entre hommes et femmes, et ce malgré l'intervention du droit pour garantir l'égalité juridique des deux sexes. Le monde médical n'échappe aucunement à ce constat : les stéréotypes de genre influencent considérablement la manière dont un patient sera diagnostiqué et traité². Appliquée depuis la nuit des temps, la « mécanique du genre » attribue à chaque sexe une identité prédéfinie et produit des constructions purement culturelles³. Ainsi, jugées fragiles sensibles et irrationnelles, les femmes ont été écartées du monde de la médecine et envisagées comme des objets sur lesquels il convient d'intervenir. Dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique, le sexisme – entendu comme « l'ensemble des institutions et des comportements individuelles ou collectifs qui perpétuent et légitiment la domination des hommes sur les femmes »⁴ – a atteint son paroxysme. Propos stigmatisant, non-prise en compte de la douleur, examens effectués sans consentement... Suite à la publication de l'hashtag #PayeTonUtérus sur le réseau social Twitter en 2014, plus de 7000 témoignages ont été publiés en moins de 24 heures, dénonçant le sexisme et les violences subies par ces femmes lors de leur suivi gynécologique et obstétrical.

¹ MADAME LE FIGARO, « "Les femmes c'est comme les juments" : une diapositive misogyne au congrès des gynécologues crée la polémique », disponible sur <https://madame.lefigaro.fr/societe/une-diapositive-misogyne-au-congres-des-gynecologues-creee-la-polemique-071218-162515>, 7 décembre 2018.

² C. VIDAL, « Genre et recherche en santé. Note du Comité d'éthique », disponible sur https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-08/Inserm_Note_ComiteEthique_GroupeGenre_juin2014.pdf, 14 juin 2014.

³ B. LEVET, *La théorie du genre ou le monde rêvé des anges*, Paris, Grasset, 2014.

⁴ 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/#page-content>, 2019, p. 7.

A l'ère où le droit belge garantit fermement l'autonomie corporelle du patient et le respect de son intégrité physique, beaucoup de femmes sont paradoxalement dépossédées de leur corps dans le domaine gynécologique et obstétrical. La récurrence avec laquelle se produisent de graves violations des droits des femmes, démontre que le contrôle de ces dernières sur leur corps n'est pas pleinement intégré dans les mœurs. A cet égard, les atteintes au corps de la personne font l'objet d'une régulation et les manquements à celle-ci sont sanctionnés par la loi belge. On peut toutefois craindre que les juges vident de leur sens les droits reconnus aux femmes lorsqu'ils sont saisis d'un litige concernant des violences gynécologiques et obstétricales (ci-après VGO). Les décisions de justice sont effectivement influencées par le monde médical – notamment par l'intervention des experts-médecins – et la plupart des juges sont également sous l'emprise du genre. De plus, la production du droit elle-même se bute à des injonctions de genre qui limitent le droit des femmes à disposer de leur corps. Songeons par exemple aux houleux et récents débats sur le droit l'avortement, ou à la nouvelle proposition de loi sur l'instauration d'une protection juridique prénatale du fœtus, sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir. En définitive, si le droit accorde incontestablement des droits aux individus, il peut être difficile pour les femmes de les faire valoir en justice ou d'en renforcer leur consécration légale.

De ce qui précède, se pose la question de savoir dans quelle mesure le droit peut faire face aux VGO ? Quelles sont les limites du droit à cet égard ? Quelles sont les difficultés de sa mise en œuvre ? Quelles améliorations y a-t-il lieu d'apporter sur le plan du traitement judiciaire et de la législation ? Telles sont les questions auxquelles ce travail tente de répondre, sans toutefois prétendre à quelque exhaustivité.

La première partie consiste à retracer l'histoire de la dépossession du corps des femmes et son impact dans la médecine gynécologique et obstétricale actuelle. Il sera démontré comment les stéréotypes de genre ont fait émerger une médecine qui méconnaît le corps féminin et façonné des professionnels de la santé qui ne respectent pas les droits des femmes, avec pour conséquence la perpétration de VGO. Les préjudices engendrés par de telles violences sont également abordés dans cette première partie.

La deuxième partie de ce travail a pour objet d'analyser le regard du droit belge sur le champ de la médecine, ainsi que les réponses du droit aux VGO. Par une confrontation avec la jurisprudence américaine, riche en la matière, nous verrons que la justice elle-même comporte

ses failles et ne garantit pas toujours aux femmes la pleine jouissance de leurs droits. Il en va de même pour la production du droit, dont il arrive qu'il apporte des limitations aux droits des femmes.

Enfin, différentes pistes de réflexions seront explorées dans la troisième et dernière partie. Celle-ci a pour objectif d'ouvrir la réflexion sur certains enjeux juridiques entourant le phénomène des VGO.

Bien qu'il existe d'autres facteurs à l'origine des VGO, celui du genre intervient conséquemment dans ce phénomène. Ainsi, la question du genre occupe une place importante dans ce travail, dont l'idée sous-jacente est d'exposer l'articulation entre la médecine et le droit sous le prisme du genre.

Avant-propos

Ce mémoire prend le parti d'adopter une position engagée dans la mesure où il est difficilement envisageable de défendre notre point de vue sur la problématique des VGO sans adopter une telle position. Ce travail n'a aucunement pour objectif de dénigrer ou discréditer quelconque profession, que ce soit au niveau du secteur de la santé ou celui du droit. L'objectif n'est pas non plus de prétendre à l'inutilité de la gynécologie et de l'obstétrique, consciente que les examens et interventions médicales sont nécessaires – voire indispensables – dans certaines circonstances. De même, aucune généralité n'est faite ici au sujet des professionnels de la santé ; il est évident que beaucoup d'entre eux exercent leurs fonctions avec respect et humanité. L'objectif de ce mémoire est plutôt de démontrer comment les stéréotypes de genre peuvent insidieusement affecter l'exercice de l'art médical ainsi que l'application du droit par les juges ou la production même de celui-ci. Par essence, ce travail ne traite donc que des cas litigieux et répréhensibles, alors qu'il existe incontestablement des femmes satisfaites de leur suivi médical.

Il convient également de préciser qu'il n'existe que très peu de sources relatives aux VGO – et encore moins de sources concernant la Belgique – en raison du fait que la dénonciation de leur existence est relativement récente. La problématique des VGO présente toutefois un caractère mondial, et c'est donc sur la base d'une documentation à l'échelle internationale que ce travail a été réalisé, tout en s'assurant – auprès d'associations et acteurs spécialisés en la matière – que les informations s'y trouvant soient transposables en Belgique.

Enfin, il est conseillé aux lecteurs de lire préalablement l'annexe 1, qui reprend plusieurs témoignages, afin de mieux percevoir la fréquence, la gravité et les conséquences de ce type de violence. Parmi les annexes, se trouve également un lexique définissant – de manière simplifiée – certains termes utilisés, afin d'assurer une meilleure compréhension du travail.

Partie 1. Le sexisme au sein du milieu médical – Contexte et portrait des violences gynécologiques et obstétricales

Cette première partie n'a pas la prétention de revenir en détails sur l'entièreté de l'histoire de l'oppression des femmes mais seulement d'en exposer les points clés. Ce bref détour par l'histoire s'avère indispensable afin de comprendre l'origine des VGO (A) et son impact dans la médecine gynécologique et obstétricale « moderne » (B). Une courte synthèse et un récapitulatif des différents actes considérés comme des VGO seront ensuite présentés (C), avant d'exposer les conséquences préjudiciables engendrées dans le chef des femmes victimes de telles violences (D).

A. L'origine des violences gynécologiques et obstétricales

« Le corps d'une femme est un secret bien gardé et une longue histoire »

Jacques Chardonne

1. Infirmières, sages-femmes et conseillères, il fût un temps où certaines femmes avaient développé une approche humaine et empirique de la médecine⁵. Dès le Moyen-Âge, ces femmes soignantes possédaient une connaissance incroyable de remèdes à base de plantes, découverts au fur et à mesure de leurs utilisations et transmis de génération en génération⁶. Plusieurs de ces remèdes servaient notamment à raccourcir le cycle menstruel et à provoquer l'accouchement ou la stérilité. Autrefois qualifiée de magie, cette connaissance était en réalité la science de l'époque – certains remèdes sont encore utilisés dans la pharmacologie moderne⁷

⁵ M. WINCKLER, *Les Brutes en blanc*, Paris, Points et Flammarion, 2016, p. 237.

⁶ B. EHRENREICH et D. ENGLISH, *Sorcières, sages-femmes & infirmières. Une histoire des femmes soignantes*, Paris, Cambourakis, 2018, p. 165 ; Entretien accordé le 27 mai 2020, par Miriam Ben Jattou, présidente chez Femmes de droit – Droit des femmes (a.s.b.l.).

⁷ B. EHRENREICH et D. ENGLISH, *opt. cit.*, pp. 50 et 51 ; Entretien accordé le 27 mai 2020, par Miriam Ben Jattou, présidente chez Femmes de droit – Droit des femmes (a.s.b.l.).

– et permettait aux femmes d’exercer un certain contrôle sur leur corps et la reproduction⁸. Fort de leur réputation, certaines femmes en accompagnaient d’autres dans la grossesse et l’accouchement, faisant de ceux-ci une affaire exclusivement de femmes⁹.

Les hommes ont cependant progressivement exclu les femmes des métiers de la santé, opérant de la sorte une véritable prise de contrôle dans ce domaine, durant tout le temps qu’a sévi la « chasse aux sorcières » – phénomène né en Occident, au sein du féodalisme, s’étalant du 14^{ème} au 17^{ème} siècle¹⁰.

La temporalité exacte des divers événements caractérisant ce phénomène est relativement complexe à établir. Nous avons donc fait le choix de décrire successivement, sans suivre une chronologie précise, comment et pour quelles raisons l’État, l’Église et la profession médicale ont écarté les femmes de la médecine. Notons que leurs aspirations coïncidèrent parfois dans le temps, correspondant ainsi aux périodes les plus sombres de cette chasse aux sorcières qui s’est étendue sur plusieurs siècles.

2. L’une des raisons de cette prise de contrôle était l’enjeu politique et économique que représentait la répression des femmes soignantes¹¹. La chasse aux sorcières prit en réalité cours dans un contexte qui dépasse largement l’histoire de la médecine : ce fut une véritable lutte politique qui s’inscrit dans une lutte de classe¹². A la tête des nombreuses révoltes des classes populaires luttant contre les autorités en place, les femmes soignantes constituaient une menace pour l’État et la classe dirigeante¹³. La preuve en est que « les chasses aux sorcières les plus virulentes coïncidèrent localement et dans le temps avec des périodes de grande agitation sociale faisant trembler le féodalisme sur ses bases »¹⁴.

⁸ S. FEDERICI, *Caliban et la Sorcière. Femmes, corps et accumulation primitive*, Genève, Paris et Marseilles, Entremonde et Senorevo, 2019, p. 135.

⁹ Ovidie, « Tu enfanteras dans la douleur », disponible sur <https://www.arte.tv/fr/videos/081587-000-A/tu-enfanteras-dans-la-douleur/>, 2019 (reportage) ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

¹⁰ Ovidie, *opt. cit.* ; B. EHRENREICH et D. ENGLISH, *opt. cit.*, p. 37 ; C. MICHEL et C. SQUIRES, « Entre vécu de l’accouchement et réalité médicales : les violences obstétricales », *le Carnet PSY*, n° 220, 2018, p. 25 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, Paris, Michalon, 2018, p. 71 ; M. WINCKLER, *opt. cit.*, p. 239.

¹¹ B. EHRENREICH et D. ENGLISH, *opt. cit.*, p. 32 ; M. DÉCHALOTTE, *Le livre noir de la gynécologie. Maltraitements gynécologiques et obstétricaux : libérer la parole des femmes*, Paris, First Editions, 2017, pp. 151 à 154.

¹² B. EHRENREICH et D. ENGLISH, *opt. cit.*, p. 39.

¹³ *Ibid.*, p. 37.

¹⁴ *Ibid.*

La chasse aux sorcières connu notamment un pic lorsque l'État entreprit les débuts d'une politique de reproduction intensive dès le milieu du 16^{ème} siècle¹⁵. C'est que la crise démographique correspondait mal aux aspirations du capitalisme émergent¹⁶. L'État commençait à considérer les êtres humains comme « de simples matériaux bruts, travaillant et enfantant »¹⁷ pour lui, ce qui l'incitait à « accroître la taille de la population, et par conséquent celle de l'armée et de la force de travail »¹⁸. Pour atteindre le niveau démographique souhaité, l'État prit plusieurs initiatives dont le but était de contrôler la sexualité, la procréation et la vie familiale des individus¹⁹.

In fine, la principale mesure qu'entreprit l'État en vue d'accroître le niveau démographique fut une réelle guerre aux femmes dont le but était de les couper de tout contrôle sur leur corps et la reproduction²⁰. A cet effet, l'État persécuta notamment les femmes soignantes, réputées pour leurs savoirs en matière de contraception, d'avortement et d'enfantement²¹. Dans ce contexte, les sages-femmes – les « sorcières » – furent marginalisées et placées sous la vigilance des docteurs masculins qui firent leur entrée dans les salles d'accouchement aux alentours du 17^{ème} siècle²². De ce changement, émergea une nouvelle pratique médicale, celle de donner priorité à la vie de l'enfant sur celle de la mère en cas d'urgence foétale²³. Cette nouvelle pratique allait à l'encontre de ce que les femmes avaient l'habitude de faire et fit de ces nouveaux médecins de véritables « donneurs de vie »²⁴.

En résumé, percevant un profit économique dans les naissances, l'État et les hommes s'emparèrent des normes reproductives et contrôlèrent la procréation, notamment en criminalisant certains comportements, tels que l'avortement et la contraception²⁵. Désormais

¹⁵ S. FEDERICI, *opt. cit.*, pp. 153 à 165 ; B. CASCALES et L. NÉGRIÉ, « L'accouchement, une question clivante pour les mouvements féministes », *Travail, genre et sociétés*, n° 39, 2018, p. 183 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 82 et 83.

¹⁶ S. FEDERICI, *opt. cit.*, pp. 153 à 165 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 71 ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, pp. 153 et 154 ; X., « S'armer jusqu'aux lèvres », disponible sur https://infokiosques.net/lire.php?id_article=1318, 17 mai 2016, pp. 1 à 63.

¹⁷ S. FEDERICI, *opt. cit.*, p. 158 ; B. CASCALES et L. NÉGRIÉ, *opt. cit.*, p. 184.

¹⁸ S. FEDERICI, *opt. cit.*, p. 158 ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, p. 153 ; M.-E. HANDMAN, « L'œuvre de Paola Tabet ou l'art de renverser le sens commun », *Cahiers du Genre*, n°63, 2017, p. 194.

¹⁹ S. FEDERICI, *opt. cit.*, p. 159 ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, p. 152.

²⁰ S. FEDERICI, *opt. cit.*, p. 159 ; B. CASCALES et L. NÉGRIÉ, *opt. cit.*, pp. 179 à 185.

²¹ S. FEDERICI, *opt. cit.*, pp. 156 et 165 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 71.

²² S. FEDERICI, *opt. cit.*, p. 161 ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, p. 152.

²³ S. FEDERICI, *opt. cit.*, p. 161.

²⁴ *Ibid.* ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, pp. 162 et 163.

²⁵ S. FEDERICI, *opt. cit.*, p. 162 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 83 et 84 ; M.-E. HANDMAN, *opt. cit.*, p. 193.

réduites à un rôle passif dans le processus d'enfantement, les femmes perdirent littéralement tout contrôle sur la procréation²⁶.

3. Les croyances et principes religieux de l'Église aboutirent également à l'exclusion des femmes soignantes des métiers de la santé²⁷. L'Église accusait les sorcières-guérisseuses d'entretenir des relations sexuelles avec le diable, d'empêcher la procréation et d'être à l'origine de tous les crimes sexuels (contraception, avortement, impuissance des hommes, disparition du sexe masculin, etc)²⁸. Possédant des connaissances en matière médicale – particulièrement en obstétrique – les femmes soignantes furent également accusées par l'Église de se livrer à des pratiques magiques²⁹. La forte croyance en l'existence du diable et en ses pouvoirs sur terre amenait l'Église à condamner toute pratique qui n'était pas sous son contrôle : « on pensait que les charmes magiques étaient au moins aussi efficaces que la prière pour guérir les malades mais la prière était approuvée et contrôlée par l'Église, alors que les incantations et les charmes ne l'étaient pas »³⁰. Dès le 13^{ème} siècle, l'Église s'est d'ailleurs empressée de placer les médecins des classes dirigeantes sous son emprise lorsque ceux-ci érigèrent la médecine en tant que profession³¹. Ces derniers ne pouvaient pas exercer sans l'assistance d'un prêtre et leur formation universitaire était strictement encadrée par l'Église³². Leur art ne trouvait par conséquent que très peu de fondement dans la science et restait attaché à la doctrine religieuse³³. Les médecins pratiquaient des saignées, soignaient par la prière et faisaient appel aux astres pour poser un diagnostic³⁴. En fin de compte, l'état de la « science » médicale n'était pas loin de la « magie » que reprochait l'Église aux sorcières-guérisseuses pour justifier leurs persécutions³⁵. Mais étant relativement autonomes par opposition aux médecins, les guérisseuses représentaient une menace pour l'Église et furent, à ce titre, persécutées par celle-ci. L'Église participa ainsi au phénomène de la chasses aux sorcières et contribua à priver les femmes du contrôle sur leurs corps³⁶.

²⁶ S. FEDERICI, *opt. cit.*, p. 161 ; Ovidie, *opt. cit.*

²⁷ B. EHRENREICH et D. ENGLISH, *opt. cit.*, pp. 37 et 43 ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, p. 152.

²⁸ S. FEDERICI, *opt. cit.*, p. 292 ; B. EHRENREICH et D. ENGLISH, *opt. cit.*, pp. 21 à 24.

²⁹ B. EHRENREICH et D. ENGLISH, *opt. cit.*, pp. 43 et 50 ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, p. 152.

³⁰ B. EHRENREICH et D. ENGLISH, *opt. cit.*, p. 50 ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, p. 152.

³¹ B. EHRENREICH et D. ENGLISH, *opt. cit.*, pp. 52 et 53.

³² M. WINCKLER, *opt. cit.*, p. 238.

³³ *Ibid.*

³⁴ *Ibid.*

³⁵ B. EHRENREICH et D. ENGLISH, *opt. cit.*, p. 55.

³⁶ M. WINCKLER, *opt. cit.*, p. 239.

4. L'établissement de la médecine comme profession au 13^{ème} siècle a également contribué à l'exclusion des femmes des métiers de la santé³⁷. Après avoir légalement interdit à la gent féminine de suivre toute formation universitaire, les médecins masculins du 14^{ème} siècle ont pu asseoir leur monopole dans l'exercice de la médecine au sein des classes dominantes, à l'exception de l'obstétrique qui restera encore pendant trois siècles le domaine des sages-femmes³⁸. Ils jouèrent ensuite un rôle-clé dans la chasse aux sorcières puisque c'est à leur jugement qu'on s'en remet pour déterminer si une femme était une sorcière, conférant de la sorte une justification scientifique à cette persécution de grande ampleur³⁹. Cette manière de procéder eut pour conséquence d'entériner « définitivement la distinction entre la superstition – féminine – et la médecine – masculine »⁴⁰. Le médecin homme fut placé à un « niveau moral et intellectuel largement supérieur à celui de la femme soignante qu'il était appelé à juger »⁴¹. Lorsque le long phénomène de la chasse aux sorcières prit fin, les femmes soignantes furent à ce point dénigrées auprès de la classe moyenne, que les médecins masculins du 17^{ème} et 18^{ème} siècles ont pu commencer à monopoliser la dernière sphère de la médecine échappant encore à leur emprise, l'obstétrique⁴². Après avoir découvert l'instrument obstétrical qu'est le forceps, c'est au nom d'une supériorité technique que les chirurgiens ont éradiqué les sages-femmes de la prise en charge de l'accouchement, en leur interdisant notamment d'utiliser cet objet, qui devint alors le symbole de la puissance masculine⁴³.

5. En définitive, un véritable partenariat entre l'Église, l'État et la profession médicale s'est noué à divers moments de l'histoire, chacun participant de la sorte à cette longue chasse aux sorcières qui aura duré plusieurs siècles⁴⁴. Au nom d'aspirations capitalistes, de croyances religieuses et de vues monopolistiques des médecins masculins en matière de santé, le corps féminin a été placé sous le contrôle des hommes, dépossédant les femmes de leur corps et de leur savoir en matière de procréation⁴⁵. Après des siècles de persécutions, émergea ensuite

³⁷ B. EHRENREICH et D. ENGLISH, *opt. cit.*, pp. 52 et 56 ; B. CASCALES et L. NÉGRÉ, *opt. cit.*, pp. 180 et 183.

³⁸ B. EHRENREICH et D. ENGLISH, *opt. cit.*, p. 58 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 82.

³⁹ B. EHRENREICH et D. ENGLISH, *opt. cit.*, pp. 58 et 59.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 59.

⁴¹ *Ibid.* ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, p. 156.

⁴² B. EHRENREICH et D. ENGLISH, *opt. cit.*, p. 60 ; C. MICHEL et C. SQUIRES, *opt. cit.*, p. 26 ; 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, pp. 80 et 81 ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, p. 154.

⁴³ Ovidie, *opt. cit.* ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, p. 153

⁴⁴ B. EHRENREICH et D. ENGLISH, *opt. cit.*, pp. 17 et 18.

⁴⁵ X., « S'armer jusqu'aux lèvres », *opt. cit.*, p. 26.

l'image d'une femme irrationnelle, fragile et fondamentalement inférieure à l'homme, justifiant de la sorte l'autorité masculine à son encontre⁴⁶. C'est alors qu'un nouveau modèle féminin apparut, celui de la femme épouse, docile et passive⁴⁷. Du côté de la maternité, il fut établi que l'incontestable et naturel instinct maternel permettait aux femmes de continuer à enfanter malgré certains inconvénients que la maternité représentait⁴⁸.

C'est dans un tel contexte que la grossesse et l'accouchement furent progressivement un objet d'étude pour les scientifiques masculins. Plaçant les femmes en tant qu'objet et non en tant que sujet pensant, le discours scientifique du 19^{ème} siècle décrit le corps de la femme enceinte comme étant fragile et nécessitant protection et surveillance des médecins masculins⁴⁹. Excluant paradoxalement les femmes du processus pourtant essentiellement féminin qu'est l'accouchement, les visions patriarcales ont pathologisé celui-ci et ont abouti à sa surmédicalisation⁵⁰.

En fin de compte, l'histoire montre que les femmes ont non seulement été écartées en tant que sujet – en tant qu'experte détentrice d'importantes connaissances en matière de gynécologie et d'enfantement – mais également réduite à un objet, y compris jusque dans les salles d'accouchements.

⁴⁶ S. FEDERICI, *opt. cit.*, pp. 180 et 181 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 63 à 67 et 217 à 222 ; A. JAUNAIT, « L'enjeu du consentement », *Raisons politiques*, n°46, 2012, pp. 5 à 11.

⁴⁷ S. FEDERICI, *opt. cit.*, p. 183 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 119 à 122 ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, pp. 169 à 173 ; C. CARDI, « La « mauvaise mère » : figure féminine du danger », *Mouvements*, n°49, 2007, p. 31 ; A. FINE, « Françoise HÉRITIER, *Masculin, Féminin. La pensée de la différence*. Paris, O. Jacob, 1996 », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n°8, 1998, pp. 1 à 3 ; F. HÉRITIER, *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob, 1996, pp. 205 à 235.

⁴⁸ S. FEDERICI, *opt. cit.*, p. 183 ; B. CASCALES et L. NÉGRIÉ, *opt. cit.*, p. 183 ; E. BOULET, « Avant que l'enfant paraisse. La grossesse en milieu populaire, entre reconduction et renforcement des rapports de domination », *Genèse*, n°111, 2018, pp. 34 et 35 ; M. SCHNEIDER, « Maternité et aliénation », *L'homme et la société*, n°179-180, 2011, p. 166.

⁴⁹ B. CASCALES et L. NÉGRIÉ, *opt. cit.*, pp. 180 et 183 ; M. BORGES, « A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures during Childbirth as Obstetric Violence », *Duke*, January 2018, p. 855 ; M. VUILLE, Le respect dans les soins gynécologiques : un enjeu de mobilisation féministe, *Chronique féministe*, n° 118, 2016, p. 6.

⁵⁰ B. CASCALES et L. NÉGRIÉ, *opt. cit.*, pp. 179 à 185 ; M. BORGES, *opt. cit.*, p. 855.

B. La pratique gynécologique et obstétricale « moderne »

« Tout ce qui a été écrit par les hommes sur les femmes doit être suspect, car ils sont à la fois juge et partie »

Poulain de la Barre

6. Ce rapide retour sur l'histoire a son importance car d'aucun sait que le poids de cette dernière marque profondément les mentalités et les mœurs⁵¹. Comme vu au précédent chapitre, la gynécologie et l'obstétrique ont été développées par des hommes aux alentours du 19^{ème} siècle, époque profondément misogyne et sexiste : les femmes, considérées comme irrationnelles et inférieures aux hommes, étaient priées d'être une épouse et mère dévouées, dociles et passives⁵².

Il peut être difficile de concevoir que de telles croyances subsistent encore aujourd'hui dans le domaine de la santé. Pourtant, si la majorité des praticiens ne sont plus mus en tant que tel par ces croyances, « les stéréotypes sexistes relatifs à la capacité décisionnelle des femmes et à leur rôle « naturel » dans la société et la maternité »⁵³ façonnent encore de nos jours la prise en charge médicale des femmes⁵⁴. Enseignant et exerçant toujours une médecine développée au 19^{ème} siècle et sous l'emprise des stéréotypes de genre, le corps médical – plus ou moins consciemment ou non – commet alors de nombreuses VGO.

1. De la méconnaissance du corps des femmes

Par souci de clarté, une subdivision est réalisée entre le suivi gynécologique et le suivi obstétrical. Ces deux disciplines étant toutefois intimement liées, certains points développés

⁵¹ PRÉMISSE, *opt. cit.*, p. 8 ; B. CASCALES et L. NÉGRIÉ, *opt. cit.*, p. 181 ; C. CARDI, *opt. cit.*, pp. 27 à 37.

⁵² M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 119 à 122 ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

⁵³ 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.

⁵⁴ Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, p. 17 ; E. KUKURA, « Obstetric Violence », *Georgetown Law Journal*, April 2018, p. 724 ; M. BORGES, *opt. cit.*, p. 853.

pour l'un sont susceptibles d'être valables pour l'autre.

a) Dans le suivi gynécologique

7. Selon Françoise Héritier, anthropologue et ethnologue française, la société occidentale est organisée autour de la capacité des femmes à effectuer le travail reproductif, et toute une série de normes et d'injonctions les y contraignent⁵⁵. D'après certains sociologues, les consultations gynécologiques jouent un rôle important dans ce phénomène en ce qu'il est un « lieu de transmission de normes qui tendent à renforcer les inégalités de genre et à transmettre une image négative du corps féminin »⁵⁶. De nombreux témoignages rapportent par exemple des propos porteurs de jugements sur la sexualité ainsi que sur la volonté ou non d'avoir un enfant⁵⁷.

8. Par ailleurs, les femmes sont envisagées comme des corps gouvernés par leur capacité reproductive, qui les fragilise et qui les rend perpétuellement malades⁵⁸. La science médicale du 18^{ème} et 19^{ème} siècle a opéré une confusion entre le physiologique et le pathologique⁵⁹ : « la médicalisation du corps des femmes au 18^{ème} siècle tend à le considérer comme physiologiquement pathologique »⁶⁰. La femme est alors envisagée comme malade plusieurs jours par mois⁶¹ et tout symptôme lié au cycle menstruel n'est que peu considéré par la plupart des professionnels de la santé⁶². La douleur étant associée à l'état « normal et naturel » des femmes, elle est souvent négligée par ces derniers, qui ne la prennent alors que très peu en compte, que soit lors des menstruations ou de l'accouchement⁶³. Ceci explique par exemple la

⁵⁵ X., « S'armer jusqu'aux lèvres », *opt. cit.* pp. 1 à 63 ; L. GUYARD, « Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines », *Ethnologie française*, n°1, 2010, pp. 67 à 74 ; F. HÉRITIER, *opt. cit.*, pp. 9 à 29.

⁵⁶ C. PARRAT, *Mobilisations féministes autour des violences gynécologiques et obstétricales : enjeux pour la pratique en santé sexuelle*, travail de diplôme, Haute école de travail social de Genève, 2019, p. 18 ; H.C.E., *opt. cit.*, p. 130 ; X., « S'armer jusqu'aux lèvres », *opt. cit.*, pp. 1 à 63 ; L. GUYARD, « Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines », *opt. cit.*, pp. 67 à 74.

⁵⁷ C. PARRAT, *opt. cit.*, p. 18 ; H.C.E., *opt. cit.*, p. 4 ; M. WINCKLER, *opt. cit.*, p. 99.

⁵⁸ H.C.E., *opt. cit.*, pp. 81 et 82 ; X., « S'armer jusqu'aux lèvres », *opt. cit.*, p. 1 à 63 ; M. SCHNEIDER, *opt. cit.*, pp. 157 à 186 ; L. GUYARD, « Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines », *opt. cit.*, p. 50.

⁵⁹ M. WINCKLER, *opt. cit.*, p. 67

⁶⁰ H.C.E., *opt. cit.*, p. 17.

⁶¹ *Ibid.*, p. 82.

⁶² M. WINCKLER, *opt. cit.*, p. 134.

⁶³ PRÉMISSE, *opt. cit.*, p. 16 ; Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe, Doc. 14965, 16 septembre 2019 ; H.C.E., *opt. cit.*, p. 82 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 205 à 212 ; M.-H. LAHAYE, « Être un femme, c'est avoir mal », disponible sur

raison pour laquelle les femmes souffrant d'endométriose peinent à faire reconnaître cette maladie⁶⁴. Les femmes – « naturellement malades » – sont également soumises à de nombreux examens qui relèvent parfois plus de la routine que d'une réelle nécessité⁶⁵. A titre d'exemple, une consultation gynécologique pour la prescription d'une pilule contraceptive se compose généralement d'un frottis, d'un toucher vaginal et d'une palpation des seins⁶⁶. Alors que les recommandations médicales s'y opposent, la plupart des médecins effectuent ces gestes de manière systématique, y compris pour les femmes en parfaite santé⁶⁷. Certains vont même jusqu'à refuser de prescrire le contraceptif si la patiente ne se plie pas à ces examens⁶⁸.

9. N'étant pas en tant que tel l'objet de ce mémoire, il ne sera pas donné davantage d'exemples, bien qu'il en existe encore abondamment. La conclusion est que de tels examens gynécologiques – stéréotypés, systématiques et scientifiquement infondés – contribuent à l'appropriation collective du corps féminin, et corrélativement, à exercer un contrôle sur le corps des femmes⁶⁹.

b) Dans le suivi obstétrical

10. L'histoire de la prise en charge de la grossesse aboutit à l'injonction paradoxale suivante : « les femmes sont faites pour être mères, mais elles en sont incapables par elles-mêmes »⁷⁰. Le discours du 19^{ème} siècle a eu pour corollaire la pathologisation et la

<http://marieaccouchela.net/index.php/2014/03/06/etre-une-femme-cest-avoir-mal-4/>, 6 mars 2014 ; L. GUYARD, « Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines », *opt. cit.*, pp. 67 à 74.

⁶⁴ H.C.E., *opt. cit.*, p. 82 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 210.

⁶⁵ M. BEN JATTOU *et al.*, « 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-a-defendre/>, 2020, pp. 14 et 42 ; X., « S'armer jusqu'aux lèvres », *opt. cit.* pp. 1 à 63 ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

⁶⁶ M.-H. LAHAYE, « L'examen gynécologique des jeunes femmes : un droit de cuissage moderne », disponible sur <http://marieaccouchela.net/index.php/2016/10/06/lexamen-gynecologique-des-jeunes-femmes-un-droit-de-cuissage-moderne/>, 6 octobre 2016, p.1.

⁶⁷ H.C.E., *opt. cit.*, p. 400 ; M.-H. LAHAYE, « L'examen gynécologique des jeunes femmes : un droit de cuissage moderne », *opt. cit.*

⁶⁸ M.-H. LAHAYE, « L'examen gynécologique des jeunes femmes : un droit de cuissage moderne », *opt. cit.*, p. 1.

⁶⁹ M. BEN JATTOU *et al.*, *opt. cit.*, pp. 14 et 42 ; C. PARRAT, *opt. cit.*, p. 20 ; M.-H. LAHAYE, « L'examen gynécologique des jeunes femmes : un droit de cuissage moderne », *opt. cit.*, p.1 ; p. 2 ; L. GUYARD, « Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines », *opt. cit.*, pp. 67 à 74 ; L. GUYARD, « Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir », *Nouvelles Questions Féministes*, n°3, 2010, pp. 44 à 57.

⁷⁰ B. CASCALES et L. NÉGRÉ, *opt. cit.*, p. 182 ; E. BOULET, *opt. cit.*, p. 31 ; D. ROMAN, « Les violences obstétricales, une question politique aux enjeux juridiques », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 5, 2017, p. 6.

surmédicalisation de l'accouchement⁷¹. La conséquence en est « l'appropriation du corps féminin reproducteur par le corps médical tout en désignant ce dernier comme le sauveur de la faible constitution féminine »⁷².

Certes, les progrès de la médecine ne peuvent être discrédités dans la mesure où ceux-ci ont permis une réduction notable de la mortalité infantile et maternelle, véritable fléau aux 18^{ème} et 19^{ème} siècles⁷³. Ces progrès ont également permis d'atténuer la douleur de l'accouchement, en permettant notamment aux femmes d'avoir accès à la péridurale. Toutefois, la surmédicalisation de l'accouchement à l'heure actuelle n'est pas la principale raison de la diminution des décès en couches⁷⁴. En effet, ce sont l'amélioration des règles d'hygiène et d'asepsie dans les hôpitaux ainsi que l'amélioration des conditions de vie en général qui sont les causes principales de la diminution du nombre de décès à la naissance⁷⁵. Et c'est paradoxalement au moment où la mortalité infantile et maternelle s'est stabilisée que la médicalisation de l'accouchement est devenue plus conséquente⁷⁶. En réalité, les études démontrent que 90% des accouchements ne présentent pas de risques particuliers et que seuls 10% sont pathologiques dans les pays occidentaux⁷⁷.

En définitive, sous le couvert d'une protection apportée à la fragilité du corps féminin, la plupart des femmes sont – comme autrefois – renvoyées à un rôle strictement passif et dépossédées de leur corps lorsqu'elles accouchent en raison d'actes non justifiés médicalement (1) et/ou qui perturbent le processus physiologique de l'accouchement (2).

(1) Des actes non justifiés médicalement

11. Plusieurs gestes et interventions sont appliqués de façon systématique par les professionnels de la santé lors de la prise en charge de l'accouchement. Pourtant, nombre

⁷¹ E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, p. 775 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 263.

⁷² S. LÉVESQUE *et al.*, « La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle », *Recherches féministes*, vol. 31, n°1, 2018, p. 226.

⁷³ HCE, *opt. cit.*, p. 83 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 69 à 79 ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, p. 157.

⁷⁴ B. CASCALES et L. NÉGRÉ, *opt. cit.*, p. 182 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 69 à 79.

⁷⁵ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 69 à 79.

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ Ovidie, *opt. cit.* ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 43.

d'entre eux ne sont pas justifiés médicalement et sont explicitement déconseillés par diverses associations et organismes⁷⁸, telle que – et non des moindres – l'Organisation mondiale de la santé⁷⁹. En 2018, cette dernière a élaboré des recommandations dans lesquelles elle condamne plusieurs pratiques en cas d'accouchement sans complication, les déclarant comme des interventions de routine inefficaces et potentiellement nocives⁸⁰. Sont notamment visés : le déclenchement du travail, la césarienne, l'accouchement vaginal opératoire, l'épisiotomie, le monitoring, etc. A contrario, certaines demandes des parturientes – généralement refusées par l'équipe médicale⁸¹ – sont recommandées par l'OMS pour les accouchements sans complication. Citons par exemple, le fait de pouvoir se déplacer, manger et boire durant le travail⁸², bénéficier d'un traitement de la douleur autre que la péridurale⁸³, choisir la position dans laquelle accoucher⁸⁴, etc.

12. L'objectif de ce travail n'est pas de revenir en détails sur les effets négatifs de ces pratiques médicales. Il est toutefois important d'indiquer que, loin de valider de tels usages, les études scientifiques ont au contraire apporté la preuve de leurs effets préjudiciables et enjoignent le corps médical à n'y recourir qu'en cas d'urgence⁸⁵. S'il faut donner un exemple, celui de l'épisiotomie est une bonne illustration : alors qu'effectuée très couramment, elle peut être particulièrement préjudiciable si réalisée sans nécessité médicale⁸⁶. Les médecins recourent à cette intervention chirurgicale au motif d'éviter un déchirement du périnée⁸⁷. Cette

⁷⁸ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Argumentaire du manifeste », disponible sur <http://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2015/01/Argumentaire4RevendicationsFINALE1.pdf>, 2019 ; HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, « Accouchement normal. Accompagnement de la physiologie et interventions médicales », disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf, décembre 2019 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 107 à 158 ; CIANE, « Expression abdominale : une pratique formellement déconseillée toujours en vigueur », disponible sur <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2014/03/EnqueteExpressionAbdominale.pdf>, mars 2014 ; CIANE, « Épisiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes », disponible sur <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enquete-episiotomie-Ciane-2013.pdf>, novembre 2013 ; etc.

⁷⁹ Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée ; Who recommendations : Intrapartum care for a positive childbirth experience, CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 2018.

⁸⁰ Who recommendations : Intrapartum care for a positive childbirth experience précitées, pp. 1 à 200.

⁸¹ CIANE, « Respect des souhaits et vécu de l'accouchement », disponible sur <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>, août 2012, pp. 7 et s.

⁸² Who recommendations : Intrapartum care for a positive childbirth experience précitées, pp. 1 à 200 ; M. WINCKLER, *opt. cit.*, p. 199.

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ Who recommendations : Intrapartum care for a positive childbirth experience » précitées, pp. 1 à 7.

⁸⁵ Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, p. 11 ; Who recommendations : Intrapartum care for a positive childbirth experience précitées, pp. 1 à 200.

⁸⁶ Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée ; E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, p.730 ; M. VUILLE, *opt. cit.*, p. 6.

⁸⁷ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Fermeture des petites maternités : les vraies économies sont ailleurs », disponible sur <http://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2020/01/Communiqué-rapport->

intervention avait toutefois été utilisée aux alentours du 18-19^{ème} siècles sans rechercher son efficacité ni ses risques⁸⁸. Or, de récentes études ont démontré que l'épisiotomie est davantage préjudiciable que la déchirure naturelle⁸⁹ : elle est à l'origine de l'augmentation de la durée de cicatrisation et de la probabilité de fuites de selles, ainsi que des déchirures périnéales⁹⁰ et des douleurs lors des rapports sexuels ou au quotidien, durant toute la vie de la femme⁹¹.

13. Bien que depuis une dizaine d'années les recommandations médicales – fondées sur les recherches scientifiques – somment les professionnels de la santé de mettre fin à ces interventions et gestes invasifs, la majorité des femmes restent soumises de manière systématique à ces actes dénués de fondements scientifiques⁹². En tenant compte du fait que les taux diffèrent considérablement entre les maternités⁹³, voici quelques chiffres couvrant ces dix dernières années : un enfant sur cinq naît par césarienne en Belgique⁹⁴ – or l'OMS indique qu'il n'y a pas de bénéfices périnataux au-delà de 10% de césarienne⁹⁵ – une césarienne sur deux est donc inutile⁹⁶ ; 30% des accouchements sont déclenchés en Wallonie⁹⁷ – ce qui est le taux le plus élevé d'Europe⁹⁸ ; 27% des femmes en Wallonie⁹⁹ et 50% des femmes en Flandre ont subi une épisiotomie¹⁰⁰. Ces taux sont au-dessus des normes et recommandations internationales¹⁰¹.

KCE-suppression-maternité.pdf, 2020, p. 2 ; Entretien accordé le 29 mai 2020, par Caroline Daelemans, gynécologue-obstétricienne.

⁸⁸ E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, p. 731 ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, p. 180.

⁸⁹ M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, pp. 186 et 187 ; CIANE, « Épisiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes », *opt. cit.*, pp. 1 à 25.

⁹⁰ E. KUKURA, « Birth Conflicts: Leveraging State Power to Coerce Health Care Decision-Making », *University of Baltimore Law Review*, n°2, 2018, p. 26.

⁹¹ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Argumentaire du manifeste », *opt. cit.*, p. 2.

⁹² PRÉMISSE, *opt. cit.*, p. 20 ; H.C.E., *opt. cit.*, pp. 117, 127 et 134 ; Entretien accordé le 29 mai 2020, par Caroline Daelemans, gynécologue-obstétricienne ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

⁹³ CÉPIP, « 10 messages clés pour 10 années de collecte. Les chiffres régionaux de 2018 en Régions bruxelloise et wallonne confirment la tendance vers une augmentation des facteurs de risques maternels », communiqué de presse, disponible sur https://cepip.be/pdf/CommuniquePresse_CEPiP2018_FR.pdf, 26 mars 2020.

⁹⁴ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Manifeste pour une naissance respectée », disponible sur [HTTP://WWW.NAISSANCERESPECTEE.BE/WP-CONTENT/UPLOADS/2014/06/MANIFESTE-NAISSANCE-RESPECTEE.PDF](http://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2014/06/MANIFESTE-NAISSANCE-RESPECTEE.PDF), 2019, p. 1.

⁹⁵ Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne, WHO/RHR/15.02, avril 2015.

⁹⁶ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Fermeture des petites maternités : les vraies économies sont ailleurs », *opt. cit.*, p. 1.

⁹⁷ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Argumentaire du manifeste », *opt. cit.*, p. 2.

⁹⁸ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Manifeste pour une naissance respectée », *opt. cit.*, p. 1.

⁹⁹ CÉPIP, *opt. cit.*, pp. 1 et 2.

¹⁰⁰ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Manifeste pour une naissance respectée », *opt. cit.*, p. 1.

¹⁰¹ *Ibid.*

(2) Des actes perturbant le processus physiologique de l'accouchement

14. Les méthodes et techniques appliquées systématiquement ou abusivement sont susceptibles d'entraîner ce que les scientifiques nomment la « cascade d'interventions »¹⁰² ou « risque d'iatrogénie »¹⁰³. En effet, même lorsqu'elle ne présente pas d'effets préjudiciables majeurs, toute intervention superflue est souvent responsable des complications survenant lors de l'accouchement¹⁰⁴. Les scientifiques ont prouvé que chaque geste médical posé a pour effet de perturber le processus physiologique de l'accouchement et pour conséquence l'application d'autres actes médicaux en réponse à ces perturbations¹⁰⁵. Ces actes supplémentaires engendrent à leur tour leur lot de complications nécessitant encore d'autres interventions, et ainsi de suite¹⁰⁶. Afin d'illustrer ce propos, imaginons une femme en train d'accoucher. Celle-ci est reliée à un monitoring continu la contraignant à rester immobile, ce qui augmente les douleurs et empêche le bébé de progresser correctement dans le ventre de sa mère¹⁰⁷. La progression étant bloquée, un déclenchement est alors réalisé en perçant la poche des eaux¹⁰⁸. Suite à cela, les douleurs ressenties par la femme deviennent encore plus douloureuses nécessitant la pose d'une péridurale qui, engourdissant le bassin, continue de freiner la progression du bébé¹⁰⁹. Étant donné que la poche des eaux a été percée, le bébé n'est plus protégé des infections et il devient primordial de continuer le processus d'accélération de l'accouchement¹¹⁰. L'obstétricien se munit alors de forceps ou de ventouse pour extirper l'enfant le plus vite possible¹¹¹. Si cela ne suffit pas, l'obstétricien aura recours à la césarienne, pratiquée *in extremis* et devenue indispensable pour sauver l'enfant¹¹². L'obstétricien pense ainsi avoir sauvé le nouveau-né des complications dangereuses de l'accouchement que le corps médical a en fait lui-même provoquées... Ce phénomène de la cascade d'interventions est

¹⁰² *Ibid.* ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 89 et 90.

¹⁰³ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Argumentaire du manifeste », *opt. cit.*, pp. 1 à 7 ; D. ROMAN, *opt. cit.*, pp. 3 à 5 ; M. WINCKLER, *opt. cit.*, p. 16.

¹⁰⁴ E. KUKURA, « Birth Conflicts: Leveraging State Power to Coerce Health Care Decision-Making », *opt. cit.*, p. 26 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 35 à 39 et 75 à 79.

¹⁰⁵ B. CASCALES et L. NÉGRÉ, *opt. cit.*, p. 181 ; E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, p. 754 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 77 ; D. ROMAN, *opt. cit.*, pp. 3 à 5 ; Entretien accordé le 21 octobre 2019, par Michèle Warnimont, sage-femme référente du Cocon.

¹⁰⁶ E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, p. 728 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 77 à 79.

¹⁰⁷ B. CASCALES et L. NÉGRÉ, *opt. cit.*, p. 181 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 37.

¹⁰⁸ D. ROMAN, *opt. cit.*, pp. 3 à 5.

¹⁰⁹ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 77.

¹¹⁰ D. ROMAN, *opt. cit.*, pp. 3 à 5.

¹¹¹ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 77.

¹¹² D. ROMAN, *opt. cit.*, pp. 3 à 5.

encore largement ignoré par les professionnels de la santé.

15. Comment expliquer le recours systématique à ces gestes et interventions dont la science a pourtant démontré le caractère inutile, et parfois même dommageable ? Ces ingérences médicales découlent principalement de ce qui a été évoqué précédemment, à savoir l'ignorance du fonctionnement du corps féminin engendrée par les croyances sexistes de l'époque¹¹³. La vision sexiste du corps de la femme aboutit à une méfiance du processus naturel de l'accouchement préférant les interventions invasives aux périodes de gestations prolongées¹¹⁴. L'obstétrique enseignée et exercée à l'heure actuelle ne s'est jamais réellement départie de cette médecine développée aux 18-19^{ème} siècles. Privilégiant une approche interventionniste, au détriment du respect de la physiologie de l'accouchement, de nombreuses violences sont alors faites aux femmes enceintes.

2. De la méconnaissance des droits de la femme

16. Étonnamment, l'abandon du paternalisme médical – que l'on constate de plus en plus dans les autres domaines de la médecine et qui favorise une collaboration entre le patient et son médecin¹¹⁵ – ne se retrouve que très peu dans le secteur gynécologique et obstétrical¹¹⁶. Cette situation s'explique en partie par le patriarcat qui provient encore une fois des stéréotypes du 19^{ème} siècle et qui caractérise le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique¹¹⁷. Encore aujourd'hui, les croyances sexistes de certains professionnels de la santé – conscientes ou non – ont pour conséquence d'exclure les femmes du processus décisionnel relatif à leur corps,

¹¹³ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 7 à 270 ; Entretien accordé le 27 mai 2020, par Miriam Ben Jattou, présidente chez Femmes de droit – Droit des femmes (a.s.b.l.) ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

¹¹⁴ M. BORGES, *opt. cit.*, p. 855.

¹¹⁵ L. FLORA, « Le concept de patient formateur auprès des étudiants en médecine, un modèle effectif », *Revue générale de droit médical*, 2010, n° 34, p. 115.

¹¹⁶ Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, p. 17 ; E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, p. 775 ; Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 101 à 113.

¹¹⁷ Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, p. 17 ; Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée ; E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, p. 775 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 199 à 203.

davantage encore en matière d'accouchement¹¹⁸. Récemment, le président du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français a affirmé qu'« au moment de l'accouchement, tout le sang est drainé vers l'utérus, au détriment du cerveau »¹¹⁹, affirmation qui n'est évidemment basée sur aucune preuve scientifique¹²⁰. En résumé, l'idée selon laquelle la grossesse est un bouleversement physiologique et psychologique plaçant la femme dans un état de fragilité et d'incapacité à prendre une décision pour elle-même, a notamment pour corollaire de légitimer l'autorité du corps médical à l'égard des femmes enceintes¹²¹.

17. Ainsi, sous l'emprise des stéréotypes de genre, certains praticiens sont persuadés que leur attitude est bienveillante et qu'imposer leurs décisions aux patientes est un comportement justifié puisqu'ils le font dans l'intérêt de celles-ci¹²². A cela s'ajoute le nouveau « modèle de grossesse à deux patients » apparu au milieu du 20^{ème} siècle et selon lequel le corps médical est désormais responsable de deux personnes – la mère et l'enfant¹²³. Lorsqu'ils estiment que l'intérêt du bébé prime sur celui de la mère, certains praticiens n'hésitent alors pas à aller à l'encontre de la volonté de celle-ci pour imposer leurs décisions¹²⁴. Par ailleurs, les risques consécutifs à la grossesse et à l'accouchement – exaltés par la pathologisation excessive de celui-ci – finissent de convaincre bon nombre de praticiens de l'inconscience et de l'irresponsabilité des femmes qui font le choix de ne pas suivre ce qu'ils ont appris¹²⁵.

18. De telles conceptions aboutissent à des soins et interventions prodigués sans information ni consentement de la patiente, voire en recourant à la coercition¹²⁶. Les exemples

¹¹⁸ Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, p. 17 ; S. LÉVESQUE *et al.*, *opt. cit.*, p. 226 ; M. WINCKLER, *opt. cit.*, p. 305.

¹¹⁹ C. PIQUET et C. THIBERT, « 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>, 2017 ; M.-H. LAHAYE, « Le sexisme du Dr Israël Nisand, Président du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français », disponible sur <http://marieaccouchela.net/index.php/2017/06/15/le-sexisme-du-dr-israel-nisand-president-du-college-national-des-gynecologues-et-obstetriciens-francais/>, 15 juin 2017.

¹²⁰ M.-H. LAHAYE, « Le sexisme du Dr Israël Nisand, Président du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français », *opt. cit.*

¹²¹ E. BOULET, *opt. cit.*, p. 31 ; S. LÉVESQUE *et al.*, *opt. cit.*, p. 226.

¹²² Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, p. 17 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 27 à 30.

¹²³ E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, p. 777.

¹²⁴ *Ibid.*, pp. 776 et 777 ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

¹²⁵ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 27 à 30 ; D. ROMAN, *opt. cit.*, pp. 1 à 15.

¹²⁶ MAKE MOTHERS MATTER, « Make Mothers Matter Submission. For the UN rapporteur on violence against women on Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth », disponible sur <https://makemothersmatter.org/wp-content/uploads/2019/07/201905-Final-submission-to-UN-rapporteur-obstetric-violence-updated.pdf>, 17 mai 2019, pp. 1 à 21 ; CIANE, « Respect

ne manquent pas : touchers vaginaux sans consentement et/ou sur patientes endormies¹²⁷ ; stérilisation à l'insu de la femme au motif qu'une grossesse supplémentaire serait trop risquée¹²⁸ ; épisiotomie¹²⁹, déclenchement¹³⁰ ou péridurale¹³¹ pratiqués sans que l'équipe médicale n'ait recueilli le consentement préalable de la femme, voire agit à l'encontre du refus exprimé par la patiente¹³² ; accueil négatif et moquerie à l'expression d'un souhait¹³³ ; coercition physique pour imposer la volonté du personnel médical¹³⁴ ; refus de traitement, manipulation de l'information ou exercice d'une pression émotionnelle afin que la patiente se plie à la routine médicale ou au contrainte du service¹³⁵ ; et bien plus encore.

19. En définitive, les intentions des femmes ne sont que très peu entendues et respectées par le corps médical¹³⁶ – la volonté de la femme est rendue invisible au profit du savoir médical¹³⁷. En matière d'accouchement, ne dit-on d'ailleurs pas que c'est « l'obstétricien qui accouche les femmes »¹³⁸, attendant généralement de cette dernière une certaine passivité¹³⁹, héritage des conceptions sexistes du 19^{ème} siècle. En outre, lorsque le consentement est demandé, les questions des effets secondaires, des contre-indications et des alternatives ne sont presque jamais abordées par l'équipe médicale¹⁴⁰. Comme nous le verrons dans la deuxième

des souhaits et vécu de l'accouchement », *opt. cit.*, p. 1 ; Entretien accordé le 27 mai 2020, par Miriam Ben Jattou, présidente chez Femmes de droit – Droit des femmes (a.s.b.l.) ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

¹²⁷ H.C.E., *opt. cit.*, p. 109 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 101 à 106.

¹²⁸ Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, p. 9 ; M. WINCKLER, *opt. cit.*, p. 121.

¹²⁹ H.C.E., *opt. cit.*, p. 128 ; CIANE, « Épisiotomie : État des lieux et vécu des femmes », *opt. cit.*, pp. 10 et 11 ; Entretien accordé le 29 mai 2020, par Caroline Daelemans, gynécologue-obstétricienne.

¹³⁰ E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, p. 734 ; M. WINCKLER, *opt. cit.*, p. 200.

¹³¹ H.C.E., *opt. cit.*, p. 87.

¹³² S. LÉVESQUE *et al.*, *opt. cit.*, p. 867.

¹³³ CIANE, « Respect des souhaits et vécu de l'accouchement », *opt. cit.*, p. 11.

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, pp. 743 et 750 ; D. ROMAN, *opt. cit.*, pp. 8 à 12 ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

¹³⁶ MAKE MOTHERS MATTER, « Make Mothers Matter Submission. For the UN rapporteur on violence against women on Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth », *opt. cit.*, pp. 1 à 3 ; Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, pp. 7 et 8 ; Who recommendations : Intrapartum care for a positive childbirth experience précitées, p. 8 ; Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée ; CIANE, « Respect des souhaits et vécu de l'accouchement », *opt. cit.*, p. 1.

¹³⁷ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 27 à 30 ; A. JAUNAIT, « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation patient-médecin », *Raisons politiques*, n°11, 2003, p. 66.

¹³⁸ D. ROMAN, *opt. cit.*, p. 7.

¹³⁹ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 119 à 122, 137 à 142 et 213 à 216 ; D. ROMAN, *opt. cit.*, p. 7.

¹⁴⁰ M. BEN JATTOU *et al.*, *opt. cit.*, p. 15 ; PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Contribution au rapport : "Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth" »,

partie de ce travail, par une telle attitude, les médecins méconnaissent le droit au consentement libre et éclairé que la loi reconnaît à tout patient.

3. Des usines à bébé dans les hôpitaux

20. Les VGO ne sont pas uniquement le fait d'acteurs individuels mais sont également causées par des facteurs structurels qui créent des conditions dans lesquelles ces violences sont tolérées et rendues possibles¹⁴¹.

21. Dans le contexte de la maternité, la plupart des hôpitaux sont organisés de manière à rentabiliser au maximum les accouchements¹⁴². Certains parlent même d'une organisation industrielle des hôpitaux – qui n'est pas sans rappeler le contexte capitaliste dans lequel l'obstétrique s'est développée, tel qu'exposé au précédent chapitre¹⁴³. A l'instar des industries, les institutions hospitalières standardisent les gestes, et par conséquent, ils standardisent le corps des femmes¹⁴⁴. Les protocoles médicaux établissent ainsi les durées de toutes les phases de l'accouchement et les différents actes médicaux que les professionnels doivent poser à chacune de ces phases, selon un temps précis et chronométré¹⁴⁵. Les patientes qui ne correspondent pas à ces normes standardisées se verront appliquer toute une batterie de gestes médicaux provoquant notamment la cascade d'interventions susmentionnée¹⁴⁶. En pratique, force est de constater que les protocoles correspondent parfois davantage au souci de rentabilité des

disponible sur
<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Plateforme%20citoyenne%20pour%20une%20naissance%20respectée.pdf>, s.d., consulté le 3 juin 2020, p. 6.

¹⁴¹ E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, p. 725 ; M.-A., BOHREN *et al.*, « The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review », *PLOS Medicine*, June, 2015, pp. 34 à 36.

¹⁴² Ovidie, *opt. cit.* ; Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, pp. 396 à 399 ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

¹⁴³ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 53 ; CIANE, « Respect des souhaits et vécu de l'accouchement », *opt. cit.*, pp. 10 et 11 ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

¹⁴⁴ Ovidie, *opt. cit.* ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 53 à 60 ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

¹⁴⁵ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 53 à 60 ; D. ROMAN, *opt. cit.*, pp. 3 et 12.

¹⁴⁶ Ovidie, *opt. cit.* ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 60 et 89 à 98 ; D. ROMAN, *opt. cit.*, pp. 3 à 5 ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

hôpitaux qu'aux réels besoins des patientes¹⁴⁷. Ainsi, les femmes, lors de l'accouchement, sont souvent reliées à des machines qui indiquent l'état d'avancement de leur travail et permettent à l'équipe médicale de retarder ou d'accélérer l'accouchement de chacune d'entre elles, et ce afin d'assurer une rotation optimale des salles de naissance¹⁴⁸.

Notons toutefois que l'utilisation de protocoles est tout de même importante afin d'assurer une prise en charge adéquate de la femme (tension, questions clés, etc). Mais ceux-ci doivent servir de guide et non pas être appliqués de manière systématique sans laisser aucune place à la singularité de chaque accouchement¹⁴⁹.

22. De même, la plupart des hôpitaux réduisent autant que possible leurs effectifs, contraignant médecins et sages-femmes à assumer le suivi de plusieurs patientes à la fois¹⁵⁰. Or, il est indéniable que le manque de temps dans les maternités affecte la bonne communication entre les praticiens et les patientes¹⁵¹.

23. Par ailleurs, la structure hiérarchique du corps hospitalier instaure généralement un climat anxigène et propice à des attitudes sexistes au sein même de celui-ci, et ce, dès la formation des stagiaires¹⁵². Cette hiérarchie pyramidale de la délivrance de soins compromet également les collaborations interprofessionnelles¹⁵³. Alors que sages-femmes et obstétriciens sont complémentaires – les premières étant formées à la physiologie de l'accouchement, les

¹⁴⁷ E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, p. 730 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 33 et 37 et 129 à 136 ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

¹⁴⁸ Ovidie, *opt. cit.* ; PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Argumentaire du manifeste », *opt. cit.*, pp. 1 et 2 ; Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 53 à 60.

¹⁴⁹ RTBF, « Tendances Première : le Woman-centered Car. Avec la sage-femme Aline Schoentjes », disponible sur [HTTPS://WWW.RTBF.BE/AUVIO/DETAIL_TENDANCES-PREMIERE-LES-TRIBUS?ID=2648338](https://www.rtbf.be/auvio/detail_tendances-premiere-les-tribus?id=2648338), 18 juin 2020, (audio) ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

¹⁵⁰ M.-A., BOHREN *et al.*, *opt. cit.*, pp. 34 et 35 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 96 ; CIANE, « Respect des souhaits et vécu de l'accouchement », *opt. cit.*, pp. 10 et 11 ; Entretien accordé le 21 octobre 2019, par Michèle Warnimont, sage-femme référente du Cocon.

¹⁵¹ Ovidie, *opt. cit.* ; Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée ; H.C.E., *opt. cit.*, p. 139 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 179 et 180 ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, pp. 396 à 399 ; Entretien accordé le 21 octobre 2019, par Michèle Warnimont, sage-femme référente du Cocon.

¹⁵² H.C.E., *opt. cit.*, pp. 97 à 107 ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, pp. 399 à 406 ; A. D'OLIVEIRIA, S. DINIZ et L. SCHRAIBER, « Violence against women in health-care institutions: an emerging problem », *The lancet*, May 2002, p. 1683 ; Entretien accordé le 29 mai 2020, par Caroline Daelemans, gynécologue-obstétricienne ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

¹⁵³ M. WINCKLER, *opt. cit.*, pp. 60 et 343 ; Entretien accordé le 29 mai 2020, par Caroline Daelemans, gynécologue-obstétricienne.

seconds aux interventions à effectuer en cas d'urgence – de nombreux obstétriciens ont placé les sages-femmes sous leur tutelle (y verrait-on une forme de chasse aux sorcières ?) ¹⁵⁴.

24. En outre, les professionnels sont rémunérés à l'acte et non pas par rapport au temps et à la qualité des soins apportés aux patientes¹⁵⁵. Les objectifs financiers que poursuivent les hôpitaux les amènent donc à privilégier les techniques les plus efficaces en termes de temps et d'argent¹⁵⁶. Seront alors privilégiés le recours aux injections d'hormones, aux forceps ou à la césarienne dans la mesure où l'accouchement physiologique est nettement moins rentable, celui-ci requérant plus de temps et moins d'interventions médicales¹⁵⁷.

25. En conclusion, en créant des conditions favorables à la perpétration des VGO, le fonctionnement des hôpitaux est également responsable de l'existence de cette forme de violence. Gardons toutefois à l'esprit que cela ne peut excuser tout mauvais comportement adopté par un praticien professionnel et que, si c'est assurément un facteur aggravant des VGO, ce n'est pas le seul facteur¹⁵⁸.

C. Synthèse et classification des différents actes considérés comme des violences gynécologiques et obstétricales

1. L'articulation entre violence de genre et violence institutionnelle

26. La littérature opère une distinction courante et commune en matière de VGO : ces

¹⁵⁴ Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, pp. 243 à 249 ; Entretien accordé le 29 mai 2020, par Caroline Daelemans, gynécologue-obstétricienne.

¹⁵⁵ H.C.E., *opt. cit.*, p. 138 ; Entretien accordé le 29 mai 2020, par Caroline Daelemans, gynécologue-obstétricienne.

¹⁵⁶ E. KUKURA, « Birth Conflicts: Leveraging State Power to Coerce Health Care Decision-Making », *opt. cit.*, p. 766 ; H.C.E., *opt. cit.*, p. 109 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 154 ; M. WINCKLER, *opt. cit.*, pp. 293 et 294.

¹⁵⁷ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Fermeture des petites maternités : les vraies économies sont ailleurs », *opt. cit.*, p. 1 ; E. KUKURA, « Birth Conflicts: Leveraging State Power to Coerce Health Care Decision-Making », *opt. cit.*, pp. 270 à 272 ; Entretien accordé le 29 mai 2020, par Caroline Daelemans, gynécologue-obstétricienne ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

¹⁵⁸ H.C.E., *opt. cit.*, p. 31 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p.228.

dernières se déclinent en une *violence fondée sur le genre* d'une part, et en une *violence institutionnelle* d'autre part^{159/160}.

Ce qui différencie les VGO des autres coups et blessures de nature médicale est qu'il s'agit d'un type de violence fondée sur le genre¹⁶¹. Il s'agit d'une violence sexiste¹⁶² exercée contre les femmes parce qu'elles sont femmes¹⁶³. Issue de rapports de force historiquement inégaux entre hommes et femmes¹⁶⁴, ce type de violence a pour conséquence d'exercer un contrôle sur le corps des femmes ainsi que sur leurs capacités procréatrices en s'appuyant sur des stéréotypes de genre¹⁶⁵. Les soins gynécologiques et obstétricaux sont alors basés sur « how women (and their (dis)abilities) are perceived and perceive themselves in Western patriarchal societies »¹⁶⁶. Comme nous avons eu l'occasion de le voir précédemment, ceci a pour conséquence la pathologisation du corps féminin et la perpétration d'injonctions de genre.

La violence institutionnelle quant à elle désigne le fait pour une institution de faire passer sa rentabilité avant les droits élémentaires des personnes¹⁶⁷ en créant des normes, des protocoles et des pratiques visant son auto-régulation¹⁶⁸. De ce fait, et comme vu précédemment, les gestes techniques et l'organisation du service des institutions hospitalières engendrent des violences physiques et verbales ainsi qu'une « violence silencieuse » (protocoles inadaptés, manque de temps du corps médical, etc)¹⁶⁹.

27. Ces deux types de violence constituent une violation systémique des droits des femmes, c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas d'actes isolés imputables qu'à des comportements

¹⁵⁹ Tout en reprenant cette distinction à notre compte, nous sommes toutefois conscients qu'il existe également une dimension de genre dans la violence institutionnelle.

¹⁶⁰ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 179 à 190 ; D. ROMAN, *opt. cit.*, pp. 5 à 7 ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

¹⁶¹ Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée, 2019 ; M. BORGES, *opt. cit.*, p. 853.

¹⁶² M. BORGES, *opt. cit.*, p. 853.

¹⁶³ General recommendation No. 35 on gender-based violence against women, updating general recommendation No. 19 of Committee on the Elimination of Discrimination against Women, CEDAW/C/GC/35, 26 juillet 2017.

¹⁶⁴ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 180.

¹⁶⁵ D. ROMAN, *opt. cit.*, pp. 5 à 7.

¹⁶⁶ M. BORGES, *opt. cit.*, p. 853.

¹⁶⁷ D. ROMAN, *opt. cit.*, pp. 5 à 7.

¹⁶⁸ Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 179.

¹⁶⁹ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 179.

individuels¹⁷⁰. Ces actes montrent en réalité « comment la violence à l'égard des femmes, omniprésente dans toutes les sphères de la société, est également présente lors de l'accouchement »¹⁷¹. La violence institutionnelle et la violence de genre sont également invisibilisées car elles sont banalisées dans la mesure où elles sont souvent ignorées des professionnels de la santé et parfois même intériorisées par les patientes elles-mêmes¹⁷².

2. Classification des différents actes considérés comme des violences gynécologiques et obstétricales

28. Sur la base de la classification opérée par le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (H.C.E., instance française)¹⁷³, il est possible de classer les VGO en six actes, dont le sexisme est leur point commun¹⁷⁴ :

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

Afin d'avoir une idée plus concrète de la réalité de ces actes, il est renvoyé à l'annexe 1 qui reprend divers témoignages illustrant ceux-ci.

¹⁷⁰ MAKE MOTHERS MATTER, « Make Mothers Matter Submission. For the UN rapporteur on violence against women on Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth », *opt. cit.*, p. 5.

¹⁷¹ *Ibid.* ; H.C.E., *opt. cit.*, p. 31.

¹⁷² Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, p. 7 ; PRÉMISSE, *opt. cit.*, p. 6 ; E. BOULET, *opt. cit.*, p. 38 ; D. ROMAN, *opt. cit.*, pp. 5 à 7.

¹⁷³ H.C.E., *opt. cit.*, p. 4.

¹⁷⁴ *Ibid.*, p. 31.

D. Les conséquences des violences gynécologiques et obstétricales

« Lorsqu'une femme ne vit pas suffisamment avec son corps, le corps finit par lui apparaître comme un ennemi »

Milan Kundera

29. Tant l'approche interventionniste sur la santé des femmes que le comportement déshumanisant et irrespectueux adopté par certains professionnels de la santé sont susceptibles de provoquer de nombreuses séquelles dans le chef des femmes¹⁷⁵.

30. Dans le contexte de la maternité, un accouchement au cours duquel les capacités de la femme ont été affaiblies est généralement vécu comme une expérience négative¹⁷⁶ et occasionne des séquelles qui dépassent ce que peut provoquer le processus « normal » d'un accouchement¹⁷⁷. En effet, même lorsque la jeune maman quitte l'hôpital avec un bébé en bonne santé, les conséquences causées par les VGO peuvent avoir un impact à plus ou moins long terme et à divers degrés, que ce soit sur la santé psychologique (1) et physique (2) des femmes, sur leur rapport aux soins (3) ou encore sur leur vie sociale, familiale et sexuelle (4)¹⁷⁸.

Il est à noter que le manque d'information ou l'absence de demande de consentement ainsi que le recours aux menaces ou à la contrainte augmentent l'intensité des séquelles résultant de ce type de violence¹⁷⁹.

¹⁷⁵ E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, pp. 724, 754 et 798 ; MAKE MOTHERS MATTER, « Make Mothers Matter Submission. For the UN rapporteur on violence against women on Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth », *opt. cit.*, p. 3.

¹⁷⁶ Who recommendations : Intrapartum care for a positive childbirth experience précitées, pp. 10 à 18.

¹⁷⁷ E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, p. 728.

¹⁷⁸ MAKE MOTHERS MATTER, « Make Mothers Matter Submission. For the UN rapporteur on violence against women on Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth », *opt. cit.*, p. 3 ; Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, p. 13 ; PRÉMISSE, *opt. cit.*, p. 28 ; E. KUKURA, « Birth Conflicts: Leveraging State Power to Coerce Health Care Decision-Making », *opt. cit.*, pp. 264 à 274 ; H.C.E., *opt. cit.*, pp. 41 et 44.

¹⁷⁹ E. KUKURA, « Birth Conflicts: Leveraging State Power to Coerce Health Care Decision-Making », *opt. cit.*, pp. 264 à 272 ; E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, p. 738 ; M. BORGES, *opt. cit.*, p. 851.

1. Conséquences psychologiques

31. Les conséquences psychologiques sont susceptibles d'avoir un impact important dans le chef des victimes de VGO¹⁸⁰. Se dégagent notamment le sentiment de culpabilité¹⁸¹ ou celui d'avoir été abusée¹⁸², la perte d'estime de soi et la dépression post-partum¹⁸³. Par ailleurs, entre 5 et 20% des femmes victimes de VGO souffrent d'un état de stress post-traumatique¹⁸⁴. Ce dernier est défini comme 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 »¹⁸⁵. Un état de stress post-traumatique entraîne notamment des reviviscences et une hyperactivation du système nerveux impliquant irritabilité ou excès de colère et des comportements imprudents ou autodestructeurs¹⁸⁶.

32. La gynécologie et l'obstétrique sont des domaines entourant le sexe féminin et tout un ensemble d'actes impliquent une pénétration. Lorsque ces actes, aussi médicaux soient-ils, sont pratiqués sans information ni consentement ou sous la contrainte, les femmes peuvent alors développer des séquelles psychiques comparables à celle de l'agression sexuelle¹⁸⁷.

2. Conséquences physiques

33. Les impacts sur le plan physique sont nombreux et présentent des degrés divers de gravité. Citons à titre d'exemple, les lésions périnéales entraînant douleurs quotidiennes et contraignantes qui peuvent aller jusqu'à empêcher la femme de s'asseoir ou de marcher¹⁸⁸,

¹⁸⁰ Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, p. 13 ; PRÉMISSE, *opt. cit.*, p. 4.

¹⁸¹ M. WINCKLER, *opt. cit.*, p. 96 ; CIANE, « Respect des souhaits et vécu de l'accouchement », *opt. cit.*, p. 16.

¹⁸² SYLVIE LÉVESQUE *et al.*, *opt. cit.*, p. 228.

¹⁸³ MAKE MOTHERS MATTER, « Make Mothers Matter Submission. For the UN rapporteur on violence against women on Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth », *opt. cit.*, p. 9 ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, pp. 359 à 370.

¹⁸⁴ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Manifeste pour une naissance respectée », *opt. cit.*, p. 2 ; C. MICHEL et C. SQUIRES, *opt. cit.*, p. 29.

¹⁸⁵ H.C.E., *opt. cit.*, p. 43.

¹⁸⁶ *Ibid.* ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, pp. 365 à 370.

¹⁸⁷ Ovidie, *opt. cit.* ; Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, p. 362.

¹⁸⁸ H.C.E., *opt. cit.*, p. 44.

douleurs lors des rapports sexuels¹⁸⁹, côte cassée, etc¹⁹⁰. Dans de cas plus rares, les VGO peuvent entraîner le décès du bébé et/ou de la mère, ou encore la paralysie de cette dernière¹⁹¹.

3. Détérioration du rapport aux soins

34. Les mauvais traitements dans le suivi gynécologique et obstétrical peuvent aussi avoir pour conséquence une perte de confiance envers le personnel soignant, que ce soit dans le contexte du suivi gynécologique et obstétrical ou médical en général¹⁹². Les femmes victimes d'un accouchement traumatique sont davantage susceptibles de mentir ou de ne pas oser poser leurs questions, ce qui rend difficile la détermination du bon diagnostic¹⁹³. Certaines femmes vont également éviter toute consultation médicale quelles qu'elles soient pouvant entraîner une errance médicale, ce qui peut se révéler dangereux tant pour la mère que pour l'enfant¹⁹⁴.

4. Impacts sur la vie sociale, familiale et sexuelle

35. Très souvent, les VGO engendrent également une altération de la vie du couple et de la vie sexuelle – le CIANE (Collectif interassociatif autour de la naissance) fait état d'une sexualité « dégradée voire inexistante pendant des années »¹⁹⁵. Une dégradation de la relation avec l'enfant issu de l'accouchement traumatique¹⁹⁶ est également possible, jusqu'à le rejeter complètement l'associant à l'expérience négative vécue¹⁹⁷. Inutile de préciser que les difficultés rencontrées dans l'établissement des liens affectifs avec l'enfant ont un fort impact négatif sur son développement à long terme¹⁹⁸.

¹⁸⁹ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Manifeste pour une naissance respectée », *opt. cit.*, p. 3.

¹⁹⁰ CIANE, « Expression abdominale : une pratique formellement déconseillée toujours en vigueur », *opt. cit.*, p. 9.

¹⁹¹ Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, pp. 11 à 16 ; Entretien accordé le 27 mai 2020, par Miriam Ben Jattou, présidente chez Femmes de droit – Droit des femmes (a.s.b.l.).

¹⁹² E. KUKURA, « Birth Conflicts: Leveraging State Power to Coerce Health Care Decision-Making », *opt. cit.*, p. 272.

¹⁹³ H.C.E., *opt. cit.*, p. 44.

¹⁹⁴ *Ibid.* ; J.-P. MARGUÉNAUD, « Le moment unique de l'accouchement troublé par le paternalisme médical, (obs. sous Cour eur. Dr. h., Gde Ch., arrêt Dubska et Krejzova c. République tchèque, 15 novembre 2016) », *Rev. Trim. dr. h.*, 2017, p. 644.

¹⁹⁵ H.C.E., *opt. cit.*, p. 46.

¹⁹⁶ *Ibid.*, p. 44.

¹⁹⁷ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Argumentaire du manifeste », *opt. cit.*, p. 5 ; E. KUKURA, « Birth Conflicts: Leveraging State Power to Coerce Health Care Decision-Making », *opt. cit.*, p. 268 ; S. LÉVESQUE *et al.*, *opt. cit.*, p. 228.

¹⁹⁸ E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, pp. 754 et s.

Partie 2. L'état du droit belge en matière de violences gynécologiques et obstétricales - Le sexisme dans l'application et la production du droit

La deuxième partie de ce travail a pour objet d'analyser l'état du droit belge en matière de VGO (A) ainsi que les difficultés de sa mise en œuvre dans ce contexte (B). La longueur de ce travail ne permet toutefois pas de présenter l'ensemble des possibilités qu'offre le droit belge en matière de VGO. Le droit au consentement libre et éclairé et le droit à des prestations de qualité étant considérablement méconnus des femmes, et généralement non respectés par les praticiens, c'est sur ces droits en particulier que ce travail se penchera. Les difficultés auxquelles sont confrontées les femmes en matière de preuve imposent également que l'on s'y intéresse.

A. La relation médicale au prisme du consentement

« Si quelque chose est sacré, le corps humain est sacré »

Walt Whitman

1. Les différentes approches du consentement

36. Le *droit pénal* est la pierre angulaire du raisonnement juridique en matière médicale¹⁹⁹. Tout acte médical pratiqué à l'égard d'un patient est effectivement une atteinte portée à son intégrité physique – parfois même sexuelle – et de telles atteintes sont bien évidemment prohibées par le droit pénal²⁰⁰. Ce constat a non seulement contribué à positionner le droit médical dans le champ des droits fondamentaux mais il a aussi conduit le juge pénal à

¹⁹⁹ G. GÉNICOT, *Droit médical et biomédical*, Bruxelles, Larcier, 2016, p. 72 ; Entretien accordé le 15 juillet 2020, par Nathalie Colette-Basiecz, avocate spécialisée en droit pénal.

²⁰⁰ G. GÉNICOT, *Droit médical et biomédical*, *opt. cit.*, p. 115.

dégager les conditions auxquelles la licéité d'un acte médical est subordonnée²⁰¹. En effet, si la loi belge autorise le praticien – par une cause de justification objective – à veiller à la santé et à la vie d'autrui²⁰², le cas échéant par des actes qui portent atteinte à l'intégrité physique, ce pouvoir dont jouit le praticien a ses limites²⁰³. Le législateur n'ayant pas précisé comment le praticien doit s'acquitter de sa mission de soins²⁰⁴, la doctrine et la jurisprudence avaient ainsi dégagé les conditions de la licéité de l'acte médical²⁰⁵, dont le consentement du patient a progressivement occupé une place de plus en plus centrale²⁰⁶.

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

Il est en effet unanimement admis que la relation entre un praticien professionnel et un patient est de nature contractuelle²⁰⁷. Le droit commun des contrats est donc applicable à la relation médicale²⁰⁸. Ainsi, en vertu des articles 1108 et 1109 du Code civil, la validité d'une convention est notamment subordonnée au consentement des parties²⁰⁹, lesquelles doivent, à cet effet, se fournir mutuellement une information préalable, exhaustive et claire sur les éléments du contrat²¹⁰. Cette obligation découle de l'exigence de bonne foi que les parties se doivent l'une à l'autre au stade (pré)contractuel²¹¹. Le défaut d'obtention du consentement libre et éclairé du patient peut donc être sanctionné en recourant à la théorie des vices de consentement²¹². Selon cette théorie, un consentement est vicié chaque fois qu'il existe une

²⁰¹ G. GÉNICOT, *Droit médical et biomédical*, *opt. cit.*, p. 115 ; E. HANNOSSET, « Consentement éclairé : fondement, méconnaissance, conséquences », *Droit médical*, Y.-H. Leleu (dir.), vol. 79, Bruxelles, Larcier, 2005, pp. 244 et 245.

²⁰² Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, *M.B.*, 18 juin 2015, art. 3 ; Arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.*, 14 novembre 1967, art. 2.

²⁰³ 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.

²⁰⁴ *Ibid.*, p. 45.

²⁰⁵ *Ibid.*, pp. 25 à 58.

²⁰⁶ H. NYS, *La médecine et le droit*, Diegem, Kluwer éditions juridiques, 1995, pp. 125 et 126.

²⁰⁷ M. BOURGUIGNON, « L'obligation d'information en droit médical, une notion traditionnelle confrontée aux tendances contemporaines », *R.G.D.M.*, 2013, p. 39.

²⁰⁸ 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 dommage corporel. État des lieux et perspectives*, I. Lutte (dir.), Limal, Anthémis, 2014, p. 79.

²⁰⁹ C. civ., art. 1108 et 1109.

²¹⁰ 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 », *opt. cit.*, p. 80.

²¹¹ *Ibid.*, pp. 79 et 80.

²¹² *Ibid.*, p. 80.

discordance entre la volonté réelle et la volonté exprimée²¹³. En matière de VGO, il est par exemple possible d'imaginer mettre en cause la responsabilité d'un gynécologue pour dol²¹⁴, s'il fait croire à ses patientes qu'il est nécessaire d'effectuer un toucher vaginal pour prescrire une pilule. De même, le consentement de la femme enceinte peut être vicié pour cause de violence, si le médecin a par exemple exercé des pressions psychologiques sur cette dernière afin qu'elle se soumette à l'intervention qu'il souhaitait pratiquer. Nous convenons que l'application de la théorie des vices de consentement en matière de VGO demande un certain effort intellectuel compte tenu des particularités de la relation de soins²¹⁵. Nous n'irons donc pas plus loin dans l'analyse ; retenons simplement que des actions sur la base de cette théorie sont tout à fait envisageables en matière de soins de santé, et *a fortiori*, en cas de VGO.

En matière extracontractuelle, le médecin est susceptible de voir sa responsabilité engagée, s'il est prouvé qu'il a commis une faute, provoquant un dommage en lien causal avec cette dernière²¹⁶.

38. Au travers de ces approches pénale et civile de la relation médicale, se jouent en réalité des questions plus fondamentales. C'est en effet sur la base du droit au respect de la vie privée combiné à la garantie de l'intégrité physique, que la Cour européenne des droits de l'homme a dégagé l'importante notion de l'*autonomie personnelle*, dont découle le droit au consentement libre et éclairé du patient²¹⁷. La tendance actuelle est dès lors d'envisager l'activité médicale au-delà de la seule relation contractuelle et extracontractuelle qu'elle représente, en se tournant vers un raisonnement fondé sur les *droits fondamentaux* de la personne²¹⁸.

39. En consacrant la jurisprudence en la matière, la *loi belge du 22 août 2002 relative aux droits du patient* (ci-après, L.D.P.) est venue renforcer l'autonomie corporelle du patient et

²¹³ P. Van OMMESLAGHE, *Droit des obligations*, t. 1, Bruxelles, Bruylant, 2010, p. 231.

²¹⁴ « Le dol est une cause de nullité de la convention lorsque les manœuvres pratiquées par l'une des parties sont telles, qu'il est évident que, sans ces manœuvres, l'autre partie n'aurait pas contracté » (C. civ., art. 1116).

²¹⁶ C. civ., art. 1382.

²¹⁷ Cour Eur. D.H., arrêt *Pretty c. Royaume-Uni*, 29 avril 2002 ; G. GÉNICOT, *Droit médical et biomédical*, opt. cit., p. 45.

²¹⁸ G. GÉNICOT, *Droit médical et biomédical*, opt. cit., pp. 126 à 138 ; C. CORGAS-BERNARD et P. PIERRE, « L'obligation d'information du médecin et le consentement éclairé du patient. Rapport de synthèse », *L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Europe*, Bruxelles, Bruylant, 2015, pp. 206, 207 et 218.

son droit à l'autodétermination²¹⁹. A cet effet, la L.D.P. reconnaît d'importants droits aux patients, dont la méconnaissance par le praticien est susceptible d'engager sa responsabilité pénale et/ou civile²²⁰.

Précisons qu'en raison de la convergence entre les responsabilités pénale et civile (contractuelle ou extracontractuelle) du praticien, la suite de ce travail ne fera plus systématiquement la distinction entre ces dernières. En effet, la différence entre la responsabilité contractuelle et extracontractuelle ne présente que peu d'importance en pratique en ce qu'il existe une certaine proximité entre les logiques qui les sous-tendent²²¹. De plus, l'acte posé par le praticien entraîne, la plupart du temps, une atteinte à l'intégrité physique du patient, et peut donc presque toujours être envisagé sous l'angle pénal, notamment au travers de l'infraction de coups et blessures²²². Or, qui dit atteinte à l'intégrité physique, dit également la possibilité d'agir sur le plan de la responsabilité civile extracontractuelle. *In fine*, le patient a généralement le choix d'agir soit au pénal, soit au civil, suivant ce qui est le plus intéressant pour lui, au vu des circonstances.

2. Le consentement dans la loi relative aux droits du patient

(1) Le droit au consentement libre et éclairé du patient

40. Selon l'article 7 de la L.D.P., le patient a droit de la part du praticien professionnel à toutes les informations qui le concernent et qui peuvent lui être nécessaires pour comprendre

²¹⁹ G. SCHAMPS, « L'autonomie de la femme et les interventions biomédicales sur son corps en droit belge », *Corps de la femme et biomédecine*, A. Aouij-Mrad et B. Feuillet (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2013, p. 79 ; G. GÉNICOT, « La maîtrise du début et de la fin de la vie », *Les droits de la personnalité*, J. Renchon (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2009, p. 29 ; J.-L. FAGNART et I. LUTTE, « Information du patient et responsabilité du médecin », *Actualités de droit médical*, E. Thiry (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2006, p. 57 ; D. MAYÉRUS et P. STAQUET, « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et son impact sur la relation patient-médecin », *D.C.C.R.*, n°57, 2002, p. 4.

²²⁰ G. GÉNICOT, *Droit médical et biomédical, opt. cit.*, p. 58.

²²¹ Les responsabilités contractuelle et extracontractuelle requièrent notamment toutes deux la preuve d'une faute, d'un dommage et d'un lien causal et font référence au standard de diligence pour apprécier la faute (G. GÉNICOT, *Droit médical et biomédical, opt. cit.*, p. 125). Les règles quant à l'étendue de l'indemnisation sont également similaires : « la victime a droit à la réparation intégrale du dommage en lien causal avec la faute civile ou pénale reprochée » (B. DE COCQUEAU et P. HENRY, « L'information et le consentement : Les nouvelles balises », *Evolution 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. 80 et 81).

²²² C. pén., art. 398 à 400 et 418 à 420 ; B. DE COCQUEAU et P. HENRY, « L'information et le consentement : Les nouvelles balises », *opt. cit.*, pp. 79 et 81.

son état de santé et son évolution probable²²³. Il s'agit d'un droit à l'information « général » qui conditionne l'exercice des autres droits prévus par la loi, et se distingue de l'information à fournir en vue de la manifestation du consentement éclairé du patient, consacré par l'article 8²²⁴. En effet, ce dernier porte précisément sur un traitement envisagé alors que le droit à l'information visé par l'article 7 existe individuellement de tout traitement, y compris donc s'il n'existe pas encore de traitement ou si le patient refuse celui-ci²²⁵.

L'exception thérapeutique constitue une exception (temporaire) à l'obligation d'information²²⁶. Elle ne peut toutefois être invoquée qu'à la condition d'avoir consulté un autre praticien professionnel et uniquement dans l'hypothèse où la communication de l'information au patient risque de lui causer un préjudice grave²²⁷. Par ailleurs, le patient a le droit de ne pas savoir, à condition qu'il en fasse la demande expresse et que celle-ci soit indiquée dans son dossier médical, et sauf dans le cas où ne pas fournir l'information au patient cause un préjudice grave à sa santé ou à celle d'un tiers²²⁸.

41. En son article 8, la L.D.P. a donc spécifiquement consacré le droit au consentement libre et éclairé, préalable à toute intervention médicale²²⁹. Comme expliqué ci-avant, c'est le respect de l'intégrité physique dont jouit tout individu qui avait conduit la doctrine et la jurisprudence à faire émerger le droit au consentement libre et éclairé du patient. En l'intégrant dans la L.D.P., le législateur belge est venu consacrer le droit le plus fondamental du patient, confirmant ainsi l'importance de l'autonomie corporelle de l'individu et du respect de son droit à l'autodétermination (n°39).

Le consentement doit être *libre et préalable à tout acte médical*, ce qui signifie qu'il

²²³ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002, art. 7.

²²⁴ J.-M. HAUSMAN, « Chapitre II. Droits et obligations du patient et du psychologue clinicien », *Aspects juridiques et déontologiques de l'activité de psychologue clinicien*, J.-M. Hausman et G. Schamps (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2016, pp. 94 et 95 ; D. MAYÉRUS et P. STAQUET, *opt. cit.*, p. 11.

²²⁵ J.-L. FAGNART et I. LUTTE, *opt. cit.*, p. 66 ; J.-M. Van GYSEGHEM, « Droits du patient : quelques réflexions », *R.G.A.R.*, n°6, 2006, p. 1 ; Y.-H. LELEU, « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient », *J.T.*, n° 6109, 2003, p. 652.

²²⁶ J.-M. HAUSMAN, *opt. cit.*, pp. 101 à 104 ; J.-L. FAGNART et I. LUTTE, *opt. cit.*, pp. 58 à 60 ; 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 ; Y.-H. LELEU, *opt. cit.*, p. 652 ; D. MAYÉRUS et P. STAQUET, *opt. cit.*, 2002, pp. 14 et 15.

²²⁷ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 7, §4.

²²⁸ J.-M. HAUSMAN, *opt. cit.*, pp. 104 à 107.

²²⁹ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 8.

doit être *donné sans contrainte* (physique ou moral) ni *manipulation*²³⁰ et *réitéré* à chaque nouvelle intervention. Le consentement doit également être *éclairé* afin de permettre au patient de prendre une décision en connaissance de cause²³¹. Le devoir d'information incombant au praticien conditionne donc la validité du consentement du patient, et *a fortiori*, la licéité de l'intervention médicale²³². Le paragraphe 2 de l'article 8 détaille le contenu de l'information qui doit être donnée et reprend notamment : l'objectif, la nature, le degré d'urgence, les effets secondaires et les risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les alternatives envisageables ou encore les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement²³³. Le droit à l'autodétermination implique effectivement le droit fondamental de refuser ou de retirer son consentement à une intervention médicale²³⁴. Ceci signifie, qu'une fois tous les renseignements nécessaires fournis, l'homme de l'art doit respecter la décision prise par le patient. Le cas échéant, il devra s'abstenir d'intervenir, et ce quels que soient les effets négatifs pour le patient, y compris si cela lui coûte la vie²³⁵. La libre disposition de son corps par le patient prime effectivement sur le devoir légal du praticien de lui prêter assistance²³⁶.

(2) *La responsabilité du praticien professionnel pour défaut de consentement libre et éclairé*

42. Lorsqu'un praticien pose un acte médical entraînant une atteinte à l'intégrité physique du patient en l'absence de son consentement, il commet une faute civile, et même – suivant les circonstances – une infraction pénale.

43. Ainsi, à condition de prouver la faute du praticien, le dommage subi et le lien causal entre les deux²³⁷, un patient peut demander réparation en engageant la responsabilité civile du praticien professionnel qui a méconnu l'exigence du consentement libre et éclairé lui incombant.

²³⁰ J.-M. HAUSMAN, *opt. cit.*, p. 108 ; B. DE COCQUEAU et P. HENRY, « L'information et le consentement : Les nouvelles balises », *opt. cit.*, pp. 28 et 29.

²³¹ P. HENRY et B. DE COCQUEAU, « A propos du consentement libre et éclairé du patient », *opt. cit.*, p. 167 ; Y.-H. LELEU, *opt. cit.*, p. 653.

²³² 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. 775.

²³³ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 8, §2.

²³⁴ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 8, §4.

²³⁵ J.-M. HAUSMAN, *opt. cit.*, pp. 115 et 116 ; J.-M. Van GYSEGHEM, *opt. cit.*, p. 3 ; P. HENRY et B. DE COCQUEAU, « A propos du consentement libre et éclairé du patient », *opt. cit.*, p. 173.

²³⁶ C. pén., art. 422bis ; Y.-H. LELEU, *opt. cit.*, p. 654.

²³⁷ C. jud., art. 870 ; C. civ., art. 1315.

44. De même, l'homme de l'art est susceptible d'engager sa responsabilité pénale pour coups et blessures volontaires ou involontaires²³⁸ lorsqu'il réalise son intervention sans le consentement libre et éclairé du patient²³⁹. Nous avons en effet vu que le consentement du patient est l'une des exigences fondamentales à la licéité de l'acte médical en ce qu'aucune atteinte à l'intégrité physique n'est légitime en l'absence de son consentement, sauf rares exceptions prévues par la loi (n°36)²⁴⁰. Notons toutefois que cette incrimination sera plus facilement retenue pour le cas d'un *défaut total* de consentement, que lorsque celui-ci est simplement *vicié*, c'est-à-dire le fait pour le patient d'avoir donné son consentement sans être parfaitement informé²⁴¹.

En outre, de nombreux militants qualifient de viol certaines situations de VGO, tel que les touchers vaginaux ou les introductions d'instruments obstétricaux non consentis. En Belgique, le viol est défini par la loi comme étant « 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 »²⁴². Parmi les éléments constitutifs du viol figure donc un « acte de pénétration sexuelle »²⁴³. Cette expression pose la question de savoir si l'infraction du viol implique uniquement une pénétration du ou dans le sexe, peu importe la motivation de l'auteur, ou si celui-ci doit en plus être animé par une intention sexuelle. Dans ce dernier cas, un praticien amené à effectuer des gestes médicaux impliquant une pénétration, ne pourrait pas être reconnu coupable de viol s'il n'est pas motivé par une telle intention. A cet égard, les travaux préparatoires indiquent que la formule initialement choisie utilisait les mots « pénétration à caractère sexuel » et avait l'avantage de montrer qu'on ne punissait pas les actes de pénétration dépourvus d'intention sexuelle²⁴⁴. Un arrêt de la Cour d'appel de Liège va également dans ce sens et exige la présence d'un élément sexuel, lequel s'apprécie tant en fonction des normes ayant cours en matière de comportements sexuels (critère objectif) qu'au regard de la motivation sexuelle dans le chef de l'auteur (critère subjectif)²⁴⁵. Ainsi, la Cour a décidé que

²³⁸ C. pén., art. 398 à 400 et 418 à 420.

²³⁹ C. pén., art. 398 ; E. HANNOSSET, *opt. cit.*, pp. 258 à 265 ; C. HENNAU-HUBLET, *opt. cit.*, pp. 37 à 40.

²⁴⁰ En ce qui concerne les exceptions au consentement libre et éclairé du patient, voy., J.-M. HAUSMAN, *opt. cit.*, pp. 112 et 115.

²⁴¹ B. DE COCQUEAU et P. HENRY, « L'information et le consentement : Les nouvelles balises », *opt. cit.*, pp. 79 et 80 ; J.-L. FAGNART et I. LUTTE, *opt. cit.*, p. 89 ; C. HENNAU-HUBLET, *opt. cit.*, pp. 37 à 40.

²⁴² C. pén., art. 375.

²⁴³ A. DE NAUW et F. KUTY, *Manuel de droit pénal spécial*, Waterloo, Wolters Kluwer, 2018, p. 241.

²⁴⁴ Projet de loi modifiant certaines dispositions relatives au crime de viol, discussion des articles, *Doc., Sén.*, 1988-1989, n°675-2, p. 2.

²⁴⁵ Liège, 9 avril 1992, *J.L.M.B.*, 1993, 8 ; *R.D.P.*, 1993, 114, cité par A. DE NAUW et F. KUTY, *Manuel de droit pénal spécial*, *opt. cit.*, p. 241.

l'acte de pénétration anale non consentie par la victime mais dépourvue d'intention sexuelle ne peut être qualifié de viol²⁴⁶. De ce qui précède, les gestes « gynécologiques et obstétricaux » effectués par un praticien ne peuvent donc être constitutifs de viol sans une motivation sexuelle dans le chef de ce dernier, quand bien même la femme n'aurait pas donné son consentement, et même s'il est indéniable que certains cas de VGO peuvent être vécus comme un viol par cette dernière.

La Cour a toutefois indiqué qu'un tel acte constituait un attentat à la pudeur avec violences ou menaces, tel que défini à l'article 373 du Code pénal²⁴⁷. En effet, c'est essentiellement la dimension « sexuelle » des circonstances en cause qui différencie cette infraction de celle du viol²⁴⁸. Il est entendu que « le viol ne diffère de l'attentat à la pudeur à l'aide de violences ou de menaces que par son but ; la jouissance sexuelle de l'auteur ; par son résultat : la consommation de l'acte sexuel, et par le degré d'immoralité qu'il suppose »²⁴⁹. Du reste, le viol n'est qu'un attentat à la pudeur doté d'une gravité particulière²⁵⁰. Le juge peut donc être amené à requalifier les faits de viols en attentat à la pudeur commis avec violences ou menaces²⁵¹. Notons que la notion de pudeur fait référence à l'atteinte portée à l'intégrité sexuelle d'une personne « telle qu'elle est perçue par la conscience collective »²⁵². Or, la problématique des VGO étant peu reconnue à l'heure actuelle, de nombreux individus considèrent les actes du médecin comme de simples gestes médicaux, et non pas comme des atteintes à l'intégrité sexuelle des femmes, quand bien même elles n'auraient pas donné leur consentement. Cette exigence de « conscience collective » peut donc constituer un obstacle pour la victime qui souhaite accuser le praticien d'attentat à la pudeur.

45. D'autres infractions pénales sont susceptibles d'être appliquées aux situations de VGO et mériteraient une analyse plus approfondie²⁵³. Comme annoncé, nous avons toutefois fait le choix de limiter ce travail à la notion du consentement libre et éclairé ainsi qu'à celle des prestations de qualité, et avons donc uniquement envisagé les infractions pertinentes à cet égard.

²⁴⁶ A. DE NAUW et F. KUTY, *opt. cit.*, p. 241.

²⁴⁷ N. BLAISE, « L'attentat à la pudeur ou la protection de l'intégrité sexuelle telle qu'elle est communément admise », *J.D.J.*, 2009, p. 23.

²⁴⁸ *Ibid.*

²⁴⁹ Traduction libre de Cass. (2^{ème} ch.), 13 mai 1942, *Pas.*, 1942, p. 125 ; N. BLAISE, *opt. cit.*, p. 23.

²⁵⁰ N. BLAISE, *opt. cit.*, p. 23.

²⁵¹ *Ibid.*

²⁵² A. DE NAUW et F. KUTY, *opt. cit.*, p. 231.

²⁵³ L'ONU a par exemple émis la possibilité d'assimiler l'épisiotomie à un acte de torture ou à un traitement inhumain et dégradant (Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, p. 11).

Notons qu'il est également possible de concevoir l'application de certaines circonstances aggravantes tenant tant à la situation de la victime qui se trouve en situation de vulnérabilité, par exemple en état de grossesse, qu'à la qualité de l'auteur, en l'occurrence la figure du médecin²⁵⁴.

3. Le consentement du patient et la situation d'urgence

46. L'article 8, §5 de L.D.P. prévoit une des exceptions à l'exigence préalable du consentement : « lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable par le patient [...] toute intervention nécessaire est pratiquée immédiatement par le praticien professionnel dans l'intérêt du patient »²⁵⁵. En cas d'urgence, la loi autorise donc le praticien à poser un acte médical sans le consentement du patient, à condition de recueillir son consentement s'il en redevient capable²⁵⁶. S'il existe incontestablement des VGO commises dans des situations où l'urgence commande d'agir et où l'intervention du praticien permet de sauver la vie de la parturiente et de l'enfant, le contexte dans lequel s'inscrit la plupart de ces violences ne permet généralement pas d'invoquer cette exception. La grande majorité des VGO ne se produit effectivement pas dans une situation d'urgence durant laquelle le praticien serait dans l'impossibilité de recueillir le consentement de la femme enceinte. Bon nombre de VGO pourrait en réalité être largement évité.

Il est important de souligner que ce n'est qu'en cas *d'incertitude quant à l'existence d'une volonté exprimée au préalable par le patient* que le praticien peut agir d'urgence dans l'intérêt de ce dernier²⁵⁷. Un praticien ne peut donc se prévaloir de l'exception prévue par l'article 8, §5 lorsqu'une femme enceinte refuse une intervention médicale, quand bien même il y aurait urgence, puisqu'il n'y a pas d'incertitude quant à l'existence de sa volonté : elle s'est exprimée dans le sens d'un refus²⁵⁸.

47. En principe, le praticien ne peut pas non plus se prévaloir de la notion d'état de nécessité pour soigner le patient qui refuse son intervention. En effet, l'état de nécessité

²⁵⁴ N. COLETTE-BASECQZ et N. BLAISE, *Manuel de droit pénal général*, 3^e éd., Limal, Anthémis, 2016, pp. 505 et 506 ; Entretien accordé le 15 juillet 2020, par Nathalie Colette-Basecqz, avocate spécialisée en droit pénal.

²⁵⁵ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 8, §5.

²⁵⁶ J.-M. HAUSMAN, *opt. cit.*, p. 114.

²⁵⁷ J.-M. HAUSMAN, *opt. cit.*, p. 113 ; J.-L. FAGNART et I. LUTTE, *opt. cit.*, pp. 61 et 62 ; J.-M. Van GYSEGHEM, *opt. cit.*, p. 3.

²⁵⁸ J.-M. HAUSMAN, *opt. cit.*, p. 113.

implique notamment un conflit de valeurs que l'agent, confronté à un péril imminent et grave, est appelé à résoudre²⁵⁹. Or, il n'y a pas conflit de valeurs, et *a fortiori* pas d'état de nécessité, lorsque « la sauvegarde de l'un des intérêts en présence est imposée par la loi »²⁶⁰. En d'autres termes, « le péril dont l'agent cherche à éviter la survenance doit être dépourvu de base légale, en ce sens qu'il ne doit pas être légalement tenu de le supporter »²⁶¹. Or, le praticien est légalement tenu de respecter la volonté du patient, fut-ce au détriment de la vie de celui-ci ; le respect de sa volonté primant sur le devoir légal du praticien de lui prêter assistance²⁶². En principe, le praticien ne peut donc pas invoquer l'état de nécessité pour contourner le droit de refus de soins consacré par la loi.

48. Au motif qu'intervient un tiers – le bébé – en matière de grossesse et d'accouchement, certains sont toutefois tentés d'invoquer l'état de nécessité pour contourner le refus de la mère lorsqu'il en va de l'intérêt de celui-ci²⁶³. Selon cette opinion, il existerait un conflit de valeurs entre les intérêts du bébé et ceux de la mère, justifiant ainsi le recours à la notion d'état de nécessité. Cependant, la plupart des VGO ne remplit généralement pas les conditions, dégagées par la Cour de cassation belge²⁶⁴, pour se prévaloir de cette notion.

La première condition de l'état de nécessité requiert que la valeur du bien sacrifié soit inférieure, ou à tout le moins équivalente, à celle du bien que l'on prétend sauvegarder. Cette condition ouvre notamment le délicat débat sur l'intérêt du fœtus au regard du respect du consentement et de l'intégrité physique de la mère. Nous reviendrons plus loin sur cette question éthique complexe (n°50) mais il convient d'ores et déjà de préciser que l'importance à accorder au respect de l'autonomie et à l'intégrité physique de la femme enceinte, est une opinion qui est aujourd'hui largement partagée²⁶⁵. De plus, peu de cas de VGO pourraient se justifier en arguant que l'intégrité physique de la parturiente est une valeur qui doit être

²⁵⁹ F. KUTY, « L'état de nécessité », *Principes généraux du droit pénal belge*, t. II, Bruxelles, Larcier, 2010, pp. 464 à 480.

²⁶⁰ *Ibid.*, pp. 471 et 472.

²⁶¹ F. KUTY, *opt. cit.*, pp. 471 et 472.

²⁶² C. pén., art. 375 ; Y.-H. LELEU, *opt. cit.*, p. 654.

²⁶³ COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE DE BELGIQUE, « Avis n°53 du 14 mai 2012 relatif au refus de soins médicaux par une femme enceinte ayant une incidence du le fœtus », disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-53-refus-de-soins-medicaux-par-une-femme-enceinte>, pp. 25 et 26.

²⁶⁴ Cass., 24 janvier 2007, *Pas.*, 2007, 167, *J.T.*, 2007, 353, *J.L.M.B.*, 2007, 281, *R.D.P.*, 2007, 385, Bruxelles, Larcier, 2016 ; 13 novembre 2001, *Pas.*, n° 613, concl. De Swaef ; 28 avril 1999, *Bull.*, 1999, 598, cité par G. GÉNICOT, *Droit médical et biomédical*, *opt. cit.*, p. 77.

²⁶⁵ COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE DE BELGIQUE, *opt. cit.*, pp. 1 à 39 ; Entretien accordé le 28 mai 2020, par Gilles Génicot, avocat en droit de la responsabilité médicale.

sacrifiée, au motif qu'elle serait inférieure à celle du fœtus. En effet, la plupart du temps ce dernier n'est pas en danger et, comme expliqué dans la première partie, c'est davantage la routine médicale qui impose des interventions à la patiente et non pas l'intérêt du fœtus en tant que tel. De ce point de vue, celui-ci pourrait difficilement être considéré comme supérieur au respect de l'intégrité physique de la mère.

La deuxième condition prévoit que le droit ou l'intérêt à sauvegarder doit être en péril imminent et grave. Cette condition est moins sujette à discussion car, comme nous l'avons souligné, la plupart des cas de VGO ne s'inscrivent pas dans une situation d'urgence. Pour ne citer qu'un exemple parmi tant d'autres, les épisiotomies non consenties relèvent généralement plus de l'automatisme des gestes médicaux que d'une réelle situation d'urgence dans laquelle il est nécessaire de sortir le bébé au plus vite (n°12).

La troisième condition requiert qu'il soit impossible d'éviter le mal autrement que par l'infraction. En matière de VGO cette condition sera difficilement rencontrée en ce qu'il existe de nombreuses alternatives à ce qui est systématiquement réalisé en gynécologie et obstétrique. Il est par exemple tout à fait possible d'éviter de causer du tort à la parturiente en lui laissant adopter la position qu'elle juge la plus agréable pour accoucher, au lieu de l'obliger à être allongée sur le dos et de la maintenir, parfois de force, dans cette position (n°67).²⁶⁶

Enfin, l'agent ne doit pas avoir volontairement créé le péril dont il se prévaut. Or, comme vu précédemment au sujet de la cascade d'interventions, c'est souvent en raison des actes médicaux inutiles posés par les professionnels de la santé qu'est engendré un tel péril (n°14). Le praticien ne pourrait donc pas se dégager de sa responsabilité en prétendant avoir été confronté à une situation d'urgence, s'il est prouvé qu'il a lui-même créé cette situation.

49. En résumé, en cas d'urgence, la loi autorise le praticien à soigner le patient sans son consentement. Cette exception suppose toutefois qu'il y ait incertitude quant à l'existence d'une volonté exprimée au préalable par le patient. En cas de refus de celui-ci, le praticien ne peut donc se prévaloir de cette exception. Il ne peut également pas invoquer l'état de nécessité dans la mesure où il est légalement tenu de respecter la volonté du patient. Si certains sont tentés de recourir à l'état de nécessité en raison des intérêts du bébé en présence, les conditions pour s'en

²⁶⁶ CIANE, « Respect des souhaits et vécu de l'accouchement », *opt. cit.*, p. 7.

prévaloir ne seront que rarement remplies. Nous verrons ci-dessous, qu'au nom de considérations éthiques, certains légitiment tout de même le non-respect de la volonté de la femme enceinte lorsqu'il en va de l'intérêt du bébé.

4. L'intérêt du fœtus au regard du respect de l'intégrité physique de la mère

50. Lorsque la volonté de la mère ne correspond pas à l'avis du corps médical, alors que l'intérêt du fœtus²⁶⁷ est en jeu, se pose la délicate question du respect de l'autonomie corporelle de la femme et de son consentement. A cet égard, le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique a rendu un avis intéressant relatif au refus de soins médicaux par une femme enceinte ayant une incidence sur le fœtus²⁶⁸.

51. Si tous les membres du Comité insistent sur l'importance de donner à la femme enceinte une information complète quant aux conséquences de son refus, pour sa santé et celle de son fœtus, ils divergent sur l'attitude à adopter lorsque la femme enceinte persiste dans son refus²⁶⁹. A cet égard, deux hypothèses sont envisageables : soit le praticien respecte la volonté de la patiente, fût-ce à l'encontre de l'intérêt du fœtus, soit il intervient sur le corps de la femme, malgré le refus de cette dernière. Les paragraphes qui suivent analysent la responsabilité du praticien dans chacune de ces hypothèses.

52. Le praticien qui *respecte la volonté* de la mère au détriment du fœtus, est-il susceptible de voir sa responsabilité engagée vis-à-vis de ce dernier ? A cet égard et en vertu du principe de l'autonomie du droit pénal, il convient de distinguer la notion de personne en droit civil de celle prévalant en droit pénal.

Au sens du droit civil, l'enfant acquiert la personnalité juridique à partir du moment où

²⁶⁷ L'article 2, 5° de la loi du 19 décembre 2018 définit le fœtus comme « l'ensemble fonctionnel de cellules d'un âge supérieur à huit semaines de développement et susceptibles, en se développant, de donner naissance à une personne humaine » (Loi du 19 décembre 2008 relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique, *M.B.*, 30 décembre 2008, art. 2, 5°).

²⁶⁸ COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE DE BELGIQUE, *opt. cit.* pp. 1 à 39.

²⁶⁹ G. SCHAMPS, *opt. cit.*, pp. 52 à 54 ; COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE DE BELGIQUE, *opt. cit.*, pp. 36 et 37.

il est né vivant et viable – avant cela, il ne peut en principe pas être créancier de droits²⁷⁰. L'article 15, §2 de la L.D.P. ne peut donc pas être appliqué par analogie au fœtus. Cet article prévoit, au nom de l'intérêt supérieur de l'enfant, la possibilité pour les praticiens professionnels de déroger à la décision des parents s'ils estiment que cette décision n'est pas conforme à l'intérêt de l'enfant^{271/272}. Cette notion d'intérêt supérieur par laquelle le droit protège la personne de l'enfant n'est pas applicable au fœtus, précisément parce qu'il n'est pas (encore) un enfant²⁷³.

Si le droit civil ne reconnaît le statut de personne qu'à un enfant né *vivant et viable*, il n'en va de même en droit pénal, qui protège l'enfant en train de naître²⁷⁴. Ainsi, le praticien peut se rendre coupable d'*infanticide volontaire*²⁷⁵ qui réprime le meurtre sur un enfant au moment de sa naissance ou immédiatement après, à condition que celui-ci soit *en vie* au moment où cette infraction est commise, qu'il soit *viable ou non*. Dans la mesure où cette infraction requiert que son auteur ait eu l'intention de donner la mort au fœtus et qu'un praticien n'est animé par une telle intention que dans des cas relativement exceptionnels, l'on peut affirmer que cette infraction ne sera que rarement retenue en matière de VGO.

Notons qu'un arrêt relativement ancien rendu par la Cour de cassation belge en 1987 a étendu ce concept pénal plus large de personne à l'infraction d'*homicide involontaire*²⁷⁶. Selon cet arrêt, un praticien pourrait donc se rendre coupable d'homicide involontaire vis-à-vis d'un enfant en train de naître. Plusieurs commentateurs estiment que cette solution dégagée par la Cour peut également être étendue à l'infraction de *non-assistance à personne en danger*²⁷⁷.

²⁷⁰ N. COLETTE-BASECQZ et N. BLAISE, « Chapitre III. L'avortement », vol. 3 : *Les infractions contre l'ordre des familles, la moralité publique et les mineurs Bruxelles*, H.-D. Bosly et C. De Valkeneer (dir.), Bruxelles, Larcier, 2011, pp. 48 à 51.

²⁷¹ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 15 §2.

²⁷² Pour reprendre un cas d'école, les médecins peuvent par exemple passer outre la décision de parents, témoins de Jéhovah, qui refuseraient qu'une transfusion sanguine soit réalisée à l'égard de leur enfant. Ce pouvoir accordé aux médecins ne peut toutefois s'exercer qu'en cas d'une décision des parents *manifestement* contraire aux intérêts primordiaux de l'enfant, et non pas lorsque leur décision est *inoportune*, c'est-à-dire lorsque le médecin est d'avis qu'il conviendrait de procéder autrement (G. GÉNICOT, *Droit médical et biomédical*, *opt. cit.*, p. 241 ; COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE DE BELGIQUE, *opt. cit.*, pp. 10 et 11 ; Entretien accordé le 28 mai 2020, par Gilles Génicot, avocat en droit de la responsabilité médicale).

²⁷³ COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE DE BELGIQUE, *opt. cit.*, p. 36 ; Entretien accordé le 27 mai 2020, par Miriam Ben Jattou, présidente chez Femmes de droit – Droit des femmes (a.s.b.l.).

²⁷⁴ N. COLETTE-BASECQZ et N. BLAISE, « Chapitre III. L'avortement », *opt. cit.*, pp. 48 à 51.

²⁷⁵ C. pén., art. 396.

²⁷⁶ N. COLETTE-BASECQZ et N. BLAISE, « Chapitre III. L'avortement », *opt. cit.*, p. 51.

²⁷⁷ C. pén., art. 422bis ; F. KEFFER, « La naissance d'un enfant après l'échec d'un avortement est-elle constitutive d'un préjudice ? », *J.T.*, 1990, p. 333, cité par A. DE NAUW et F. KUTY, *Manuel de droit pénal spécial*, Waterloo, Wolters Kluwer, 2018, p. 199.

Autrement dit, certains sont d'avis que le praticien peut se rendre coupable du chef de non-assistance à l'égard d'un enfant à naître exposé à un péril grave²⁷⁸. D'autres refusent toutefois une telle analogie en vertu de l'interprétation stricte de la loi pénale²⁷⁹. Nous rejoignons cette opinion dans la mesure où, reconnaître un devoir d'assistance à l'égard de l'enfant à naître, aboutirait à de nombreuses VGO²⁸⁰. De ce point de vue, le praticien qui *respecte la volonté* de la femme enceinte, fut-ce à l'encontre de l'intérêt du fœtus, n'est en principe pas susceptible de voir sa responsabilité engagée vis-à-vis de celui-ci.

53. Quand est-il de la responsabilité du praticien lorsqu'il intervient dans l'intérêt du fœtus mais *contre la volonté* clairement exprimée de la mère, violant ainsi le droit au consentement libre et éclairé que la loi lui reconnaît ?

Certains membres du Comité préconisent le respect absolu de la volonté de la mère, au motif que rien dans la L.D.P. ne permet véritablement au praticien professionnel de déroger au consentement expressément formulé par la femme²⁸¹. D'un point de vue éthique, ces membres estiment qu'il est absolument fondamental de respecter le refus de la femme enceinte. S'ils admettent que le fœtus est une entité distincte de sa mère, ils considèrent que cette entité n'en fait pas un patient distinct, car pour atteindre le fœtus, il faut nécessairement passer par le corps de la femme et lui faire violence – or la femme est maîtresse de son corps²⁸².

D'autres membres estiment qu'à défaut de reconnaître un statut *juridique* au fœtus, il convient néanmoins de lui reconnaître d'un point de vue éthique un statut *moral*, qui permettrait aux praticiens de soigner le fœtus indépendamment de la volonté de la mère²⁸³. Il convient de

²⁷⁸ Notons que l'un des éléments constitutifs de l'infraction de non-assistance à personne en danger est l'existence d'un péril grave, compris comme le danger grave pour la santé physique ou psychique de la personne humaine (A. DE NAUW et F. KUTY, *opt. cit.*, p. 435). Cette condition ne sera généralement pas remplie dans la majorité des cas de VGO : comme nous avons eu l'occasion de le souligner, la plupart des VGO sont commises dans des situations où il n'existe pas de danger grave pour le bébé.

²⁷⁹ Entretien accordé le 15 juillet 2020, par Nathalie Colette-Basecqz, avocate spécialisée en droit pénal ; Entretien accordé le 28 mai 2020, par Gilles Génicot, avocat en droit de la responsabilité médicale.

²⁸⁰ Si dans certaines circonstances, il apparaît opportun de pouvoir retenir l'infraction de non-assistance à personne en danger à l'égard d'un enfant en train de naître – notamment lorsque la femme en train d'accoucher appelle en vain l'assistance du praticien, tel que dans les faits ayant donné lieu à l'arrêt de cassation précité de 1987 – nous sommes d'avis que cette solution pose problème dans l'hypothèse où la mère refuserait une intervention médicale. En effet, par crainte de se rendre coupable de non-assistance à personne en danger à l'égard du fœtus, le praticien préférera peut-être agir dans l'intérêt du fœtus plutôt que de respecter la volonté de la mère, violant ainsi son intégrité physique et son droit à l'autonomie corporelle. Rejoignant une certaine doctrine, nous estimons préférable de retenir la responsabilité du praticien vis-à-vis de la parturiente, qui aurait, sans succès, sollicité l'intervention de celui-ci.

²⁸¹ COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE DE BELGIQUE, *opt. cit.*, p. 35.

²⁸² *Ibid.*

²⁸³ *Ibid.*, pp. 33 à 35.

souligner que même si ces membres sont d'avis qu'il doit être possible de déroger au consentement de la femme enceinte, ils insistent toutefois sur la nécessité de recourir au principe de proportionnalité pour évaluer si « le refus de soins est "plus ou moins acceptable" selon que les effets négatifs sont "plus ou moins importants" » pour le fœtus²⁸⁴. Bien que nous ne souscrivions pas aux divers arguments avancés par ces membres, le recours au principe de proportionnalité a le mérite de démontrer l'importance que revêt le respect de l'autonomie corporelle et du consentement de la femme enceinte, même aux yeux de ceux qui estiment qu'il doit être possible d'y déroger.

54. Il convient enfin de souligner que les situations où une femme enceinte refuse catégoriquement toute intervention médicale sont relativement exceptionnelles²⁸⁵. Dans la majorité des cas, les femmes veulent ce qu'il y a de mieux pour leur bébé et sont prêtes à accepter les soins proposés, mêmes les plus invasifs²⁸⁶.

B. Le droit du patient à des prestations de qualité

55. L'article 5 de la L.D.P. prévoit le droit du patient à des prestations de qualité²⁸⁷, c'est-à-dire des « soins attentifs et consciencieux conformes aux données actuelles et acquises de la science médicale »²⁸⁸. Les données acquises de la science médicale sont « celles qui ont dépassé le stade de l'expérimentation scientifique pour entrer dans la pratique courante »²⁸⁹. Tout praticien professionnel est donc tenu de se tenir au courant des progrès de la médecine et d'adopter un comportement normalement diligent, avisé et prudent²⁹⁰. Notons que le devoir de fournir des prestations de qualité correspond, en principe, à une obligation de moyen et de non de résultat²⁹¹.

²⁸⁴ *Ibid.*, p. 35.

²⁸⁵ COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE DE BELGIQUE, *opt. cit.*, p. 36 ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

²⁸⁶ COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE DE BELGIQUE, *opt. cit.*, p. 36 ; Entretien accordé le 29 mai 2020, par Caroline Daelemans, gynécologue-obstétricienne ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

²⁸⁷ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 5.

²⁸⁸ D. MAYÉRUS et P. STAQUET, *opt. cit.*, p. 9.

²⁸⁹ Cass. fr., 14 février 1950, *J.C.P.*, 1950, II, p. 5423, cité par D. MAYÉRUS et P. STAQUET, *opt. cit.*, p. 9.

²⁹⁰ J.-M. HAUSMAN, *opt. cit.*, pp. 118 à 120 ; D. MAYÉRUS et P. STAQUET, *opt. cit.*, p. 9.

²⁹¹ J.-M. HAUSMAN, *opt. cit.*, p. 119.

Ce droit dont jouit le patient n'est pas absolu²⁹². Les prestations de qualité doivent répondre aux besoins du patient et sont limitées aux compétences du praticien professionnel²⁹³.

56. Au vu de ce qui a été exposé dans la première partie au sujet des lacunes dont font preuve la gynécologie et l'obstétrique au regard de la littérature scientifique en la matière, de nombreuses VGO peuvent être sanctionnées au motif que le praticien ne prodigue pas des soins conformes aux données actuelles et acquises de la science médicale²⁹⁴.

Notons que le recours aux experts judiciaires peut potentiellement venir limiter la reconnaissance de la responsabilité du praticien sur la base de ce motif. Nous aurons l'occasion d'y revenir plus loin (n°76).

57. Il ressort de cette analyse de l'état du droit belge que celui-ci est techniquement bien outillé pour lutter contre les VGO, alors même que toutes les solutions juridiques n'ont pu être explorées. Le droit belge reconnaît fermement le principe supérieur de l'autonomie corporelle du patient et du droit à la protection de son intégrité physique. Le droit au consentement libre et éclairé vient garantir le respect de ces droits fondamentaux et occupe donc une place particulièrement importante dans la relation qui unit le patient à son médecin. Le praticien qui failli à cette obligation est susceptible d'engager tant sa responsabilité civile (contractuelle ou extracontractuelle), que sa responsabilité pénale. Concernant cette dernière, nous avons vu qu'à défaut d'une intention sexuelle de la part du praticien, celui-ci ne se rend pas coupable de viol lorsqu'il pose des actes médicaux impliquant une pénétration, même sans le consentement de la patiente. Mais sans un tel consentement, il est toutefois coupable d'attentat à la pudeur commis avec violences et menaces en vertu de l'article 373 du Code pénal.

En outre, l'exception au consentement préalable du patient en cas d'urgence, prévue à l'article 8 §5 de la L.D.P., n'est que rarement applicable en matière de VGO en ce que celles-ci se produisent généralement en dehors de toute urgence. De même, la notion d'état de nécessité permet de justifier qu'un petit nombre de VGO. Les conditions nécessaires pour qu'un praticien puisse se prévaloir de cette exception ne sont effectivement pas rencontrées dans la

²⁹² *Ibid.*, pp. 119 et 120.

²⁹³ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précitée, art. 5 ; J.-M. HAUSMAN, *opt. cit.*, pp. 119 et 120.

²⁹⁴ G. GÉNICOT, *Droit médical et biomédical*, *opt. cit.*, p. 115 ; D. MAYÉRUS et P. STAQUET, *opt. cit.*, p. 9.

majorité des contextes dans lesquels de telles violences sont perpétrées. De même, malgré leurs avis divergents, les membres du Comité consultatif de Bioéthique insistent sur l'importance de l'autonomie corporelle de la femme enceinte, et par là, sur l'importance du respect de son droit au consentement libre et éclairé. De plus, les cas de femmes qui refusent catégoriquement un traitement alors que leur bébé est en grave danger étant relativement rares, ce n'est que dans peu de cas que les considérations éthiques avancées par certains membres pourraient venir « justifier » les VGO.

Nous avons également vu que le droit du patient à des prestations de qualité pouvait largement être invoqué en matière de VGO, étant donné que la plupart des praticiens ne se conforme pas aux données actuelles et acquises de la science médicale.

Le droit belge est donc apte à protéger les femmes des VGO. D'aucun sait toutefois qu'il existe souvent un certain décalage entre le droit et la pratique. On a vu que les stéréotypes de genre, véhiculés depuis des siècles, amenaient souvent les praticiens à contrôler le corps des femmes en imposant leurs propres conceptions de la féminité et de la maternité. Comme nous l'exposons ci-dessous, il est en de même dans le monde du droit, considérablement influencé par la communauté médicale ainsi que par les mêmes stéréotypes de genre.

C. Le contrôle des femmes sur leur propre corps, un droit fragile

« Défendre ses droits, c'est défendre sa crédibilité »

Mofaddel Abderrahim

1. La difficulté pour les victimes de violences gynécologiques et obstétricales de faire valoir leurs droits

58. Selon les militants en matière de VGO, aucune jurisprudence belge concernant ce type de violence n'a été publiée à ce jour, notamment parce les femmes n'osent pas parler de leur traumatisme ou parce qu'elles manquent de connaissances, non seulement en matière

médicale mais aussi au niveau des droits que la loi leur reconnaît²⁹⁵. Un examen détaillé d'une jurisprudence belge relative aux VGO s'avère donc irréalisable. Toutefois, l'analyse de l'expérience des tribunaux américains en la matière se révèle éclairante (a), dans la mesure où elle permet d'affirmer que les mêmes difficultés se poseraient devant les instances belges (b).

Notons que cette partie du travail se concentre davantage sur les conflits liés à la grossesse et à l'accouchement, étant donné que ce sont majoritairement de tels conflits qui ont été portés à la connaissance des tribunaux américains. Certains enseignements tirés de cette analyse sont toutefois valables pour le suivi « purement » gynécologique.

a) De l'expérience des tribunaux américains

59. Trois principaux problèmes ressortent de l'analyse des décisions rendues aux Etats-Unis en matière de VGO et placent les victimes en difficulté lorsqu'elles souhaitent traduire l'auteur de telles violences devant la justice.

(1) La question du consentement éclairé dans le contexte de l'accouchement

60. En droit américain, lorsqu'un patient estime que son droit au consentement éclairé n'a pas été respecté par le praticien professionnel, il doit prouver qu'une personne raisonnable placée dans les mêmes circonstances aurait pris une autre décision si toutes les informations lui avaient été données²⁹⁶. Cette exigence conduit à des solutions arbitraires en ce qu'elle amène le juge à présumer, de manière presque divinatoire, ce que le patient aurait décidé s'il avait été correctement informé²⁹⁷. Dans le contexte des VGO, de telles solutions arbitraires sont courantes car, souvent inconsciemment, la plupart des juges « subscribe to the idea of the woman as a sacrificial lamb and a vessel to bring a new child into the world »²⁹⁸. Autrement dit, ils partent du principe que toutes les mères sont supposées prendre des décisions dans

²⁹⁵ E. KUKURA, « Birth Conflicts: Leveraging State Power to Coerce Health Care Decision-Making », *opt. cit.*, p. 274 ; Entretien accordé le 27 mai 2020, par Miriam Ben Jattou, présidente chez Femmes de droit – Droit des femmes (a.s.b.l.).

²⁹⁶ M. BORGES, *opt. cit.*, p. 839.

²⁹⁷ *Ibid.*, pp. 839 à 848 et 853 à 858 ; J.-L. FAGNART et I. LUTTE, *opt. cit.*, pp. 92 et 97 ; R.-O. DALCQ, « Responsabilité professionnelle », note sous Liège, 23 avril 1980, *R.G.A.R.*, 1981, n° 10 351.

²⁹⁸ M. BORGES, *opt. cit.*, p. 839.

l'intérêt exclusif de leur bébé, sans considération de leurs propres intérêts²⁹⁹. Beaucoup de juges sont emprunts de cette image traditionnelle, celle de la femme forcément mère sacrifiée et à l'instinct maternel démesuré³⁰⁰. Une telle vision conduit donc les juges à présumer que toute « mère raisonnable » aurait accepté l'intervention, quand bien même elle aurait été correctement informée, et privent ainsi les femmes de la possibilité de faire valoir leur droit au consentement éclairé³⁰¹.

61. De même, les informations que les juges américains estiment nécessaires de divulguer pour respecter l'exigence du consentement éclairé posent également problème³⁰². Dans l'affaire *Sinclair c. Block* par exemple, la Cour a décidé que l'obstétricien n'avait pas à informer la patiente des risques liés à l'utilisation du forceps, dans la mesure où un consentement général suffisait pour le processus « normal » de l'accouchement³⁰³. Cette décision prouve que l'accouchement a été excessivement pathologisé, puisqu'en assimilant l'accouchement physiologique à l'accouchement assisté par des forceps, il est démontré que les juges américains « are unable to conceive of birth as a natural, nonpathological bodily function given the widespread use of delivery-assisting devices »³⁰⁴.

(2) Difficultés au regard de la preuve

62. Lorsqu'une femme est victime de VGO, la preuve de la faute, du dommage et du lien causal qui incombe à tout patient pour engager la responsabilité civile du praticien professionnel soins est encore plus difficile à rapporter.

63. Afin de déterminer si le médecin a commis une *faute* en méconnaissant un devoir lui incombant, le tribunal américain compare sa conduite au regard de la norme générale de diligence, qui se réfère au « degree of skill and learning ordinarily possessed and exercised, under similar circumstances, by the members of his profession in good standing »³⁰⁵. Étant donné que les juges se réfèrent à l'expertise des pairs du médecin dont la responsabilité est en

²⁹⁹ *Ibid.*

³⁰⁰ E. BOULET, *opt. cit.*, p. 34 ; L. GUYARD, « Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir », *opt. cit.*, p. 55.

³⁰¹ M. BORGES, *opt. cit.*, pp. 839 à 848 et 853 à 858.

³⁰² *Ibid.*, p. 840.

³⁰³ *Ibid.*

³⁰⁴ *Ibid.*

³⁰⁵ E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, p. 783.

cause, alors même qu'ils ne pratiquent pas non plus une médecine conforme à la littérature scientifique, il sera difficile pour les femmes d'établir que les gestes médicaux à l'origine des VGO constituent un manquement aux devoirs du médecin tant que la communauté médicale ne se conformera pas aux données actuelles de la science médicale³⁰⁶.

64. Il est tout aussi difficile pour les femmes victimes de VGO d'apporter la preuve de leur *dommage*. D'une part, la bonne santé du bébé est souvent invoquée pour refuser toute revendication des femmes, d'autant plus lorsque celles-ci souffrent exclusivement d'un préjudice psychologique³⁰⁷. D'autre part, les juges sont incapables de comprendre la différence entre l'impact physique normal d'un accouchement et les dommages causés par des traitements non consentis ou médicalement inutiles³⁰⁸. En effet, « to the extent that judges and jurors have a general awareness that injury during childbirth is possible – and consider it even inevitable – it may be hard to grasp the difference between normal injuries and preventable injuries that arise from abuse or coercion to accept unwanted treatment »³⁰⁹. Autrement dit, les interventions médicales pendant l'accouchement sont à ce point courantes, que les dommages qui pourraient en résulter sont considérés comme normaux et banals, alors qu'ils pourraient être largement évités³¹⁰. Par exemple, dans l'affaire *Sceusa v. Mastor*, la Cour a conclu que « a cesarean section does not constitute a physical injury but is a surgical procedure which is an acceptable method of delivery »³¹¹ après avoir entendu les témoignages selon lesquels « a cesarean section is potentially a part of every childbirth process »³¹².

65. Enfin, il est particulièrement difficile pour une femme victime de VGO de prouver le *lien de causalité* entre l'acte posé par le médecin et le dommage subi³¹³. En effet, la preuve que l'intervention médicale soit la cause immédiate du préjudice est difficile à apporter dans le domaine des soins maternels en raison de la cascade d'interventions (n°14), phénomène méconnu des juges³¹⁴. Il est par exemple difficile de les convaincre que les blessures périnéales ont en réalité été causées par une épisiotomie qui aurait pu être évitée, dans la mesure où c'est la position couchée et imposée à la parturiente qui a empêché la bonne progression du bébé et

³⁰⁶ *Ibid.*

³⁰⁷ *Ibid.*, p. 785.

³⁰⁸ *Ibid.*, p. 788.

³⁰⁹ *Ibid.*

³¹⁰ *Ibid.*, p. 789.

³¹¹ *Ibid.*

³¹² *Ibid.*

³¹³ *Ibid.*, pp. 785 à 788.

³¹⁴ *Ibid.*, p. 784.

qui a rendu nécessaire l'épisiotomie pour extraire celui-ci plus rapidement.

(3) L'absence de reconnaissance par les tribunaux d'un droit de refuser un acte médical

66. Tout comme en droit belge, la majorité des États américains sont dotés d'une loi reconnaissant au patient le droit de refuser tout acte médical³¹⁵. En principe, les femmes contraintes de se soumettre à des actes médicaux lors de l'accouchement pourraient donc obtenir réparation pour faute médicale ou pour coups et blessures volontaires³¹⁶

67. Cependant, lorsque l'intérêt de l'État à protéger la vie du fœtus est en jeu, la plupart des juges estiment que le droit d'une femme à s'opposer à un traitement n'est pas absolu. Ils reconnaissent alors le droit pour un médecin de réaliser une intervention médicale sans le consentement de la patiente³¹⁷. Fort de ce constat il n'est pas rare que le personnel soignant américain contraigne la femme enceinte qui refuserait un traitement, en la menaçant de faire intervenir les autorités de protection de l'enfance³¹⁸. Cette manière de procéder s'avère être un outil particulièrement efficace pour obtenir le consentement d'une patiente à un traitement préféré par les professionnels de la santé³¹⁹.

Les exemples ne manquent pas. En 1996, Laura Pemberton avait été attachée à une civière en plein travail par le shérif et le procureur pour qu'elle assiste à une audience à l'hôpital. Au cours de celle-ci, le juge a ordonné une césarienne forcée, même si L. Pemberton pouvait sentir le fœtus progresser dans son vagin sans complication³²⁰. Par la suite, le tribunal a rejeté les accusations de négligence, de séquestration et de violation de ses droits constitutionnels. En 2004, le juge a autorisé les médecins à contraindre Amber Marlowe, dont le bébé était jugé trop gros, à subir une césarienne si elle se présentait dans l'hôpital en cause. Elle a pourtant accouché d'un bébé en parfaite santé et par voie vaginale dans une autre institution³²¹. En 2014, Jennifer Goodall avait refusé de subir une césarienne, préférant un accouchement vaginal après avoir

³¹⁵ E. KUKURA, « Birth Conflicts: Leveraging State Power to Coerce Health Care Decision-Making », *opt. cit.*, pp. 279 à 281 ; M. BORGES, *opt. cit.*, p. 836.

³¹⁶ M. BORGES, *opt. cit.*, p. 836.

³¹⁷ *Ibid.*, p. 841.

³¹⁸ E. KUKURA, « Birth Conflicts: Leveraging State Power to Coerce Health Care Decision-Making », *opt. cit.*, p. 254.

³¹⁹ *Ibid.*

³²⁰ E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, p. 740.

³²¹ *Ibid.*

étudié les risques et avantages propres à chacune de ces interventions. N'étant pas d'accord avec le choix posé par J. Goodall, l'hôpital a demandé une ordonnance judiciaire pour réaliser une césarienne³²². J. Goodall a alors tenté en vain d'obtenir une ordonnance de restriction temporaire auprès du tribunal pour interdire à l'hôpital de donner suite à ses menaces. Cependant, les juges ont refusé d'accorder une telle ordonnance en considérant que J. Goodall n'avait pas le droit de contraindre le personnel hospitalier à pratiquer l'intervention qu'elle préférerait³²³. Le tribunal a même considéré que la charge qu'éprouvait le médecin à pratiquer un accouchement vaginal au lieu d'une césarienne était plus lourde que la charge ressentie par une femme après avoir subi une césarienne non désirée³²⁴.

68. En conclusion, l'examen de la jurisprudence américaine démontre qu'en matière de soins de maternité, le droit au consentement libre et éclairé ainsi que le droit au refus de soins sont vidés de leur sens car la majorité des juges américains ne reconnaît pas la réalité des VGO. D'une part, la pathologisation de l'accouchement et la banalisation des gestes médicaux rendent difficile la preuve de la faute, du dommage et du lien causal. D'autre part, tant la médecine que la justice sont généralement construites et conditionnées sur « the myth of the perfect mother, who gladly sacrifices herself for her child »³²⁵ et imposent alors aux femmes cette vision traditionnelle de la maternité, ancrée depuis des siècles dans les mœurs³²⁶. Beaucoup de praticiens professionnels et de juges éprouvent dès lors des difficultés à accepter qu'une femme donne priorité à sa propre santé plutôt qu'à celle du fœtus³²⁷. Et même lorsque la femme souhaite agir dans l'intérêt de son bébé en insistant sur une méthode d'accouchement – comme c'est presque toujours le cas – les tribunaux donnent priorité aux décisions du médecin, la volonté de la femme étant invisibilisée au profit du savoir médical³²⁸. De même, influencés par les stéréotypes sexistes selon lesquels la femme est en état de fragilité et incapable de prendre des décisions raisonnées lorsqu'elle accouche, de nombreux juges ont tendance à légitimer

³²² E. KUKURA, « Birth Conflicts: Leveraging State Power to Coerce Health Care Decision-Making », *opt. cit.*, p. 255.

³²³ *Ibid.*

³²⁴ *Ibid.*, p. 257.

³²⁵ M. BORGES, *opt. cit.*, p. 854.

³²⁶ *Ibid.*, pp. 853 et 854.

³²⁷ *Ibid.*, p. 853.

³²⁸ *Ibid.*, p. 854 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 27 à 30 ; A. JAUNAIT, « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation patient-médecin », *opt. cit.*, p. 66.

l'autorité qu'exercent les professionnels de la santé à l'égard des femmes³²⁹. Ces conceptions traditionnelles de la maternité ont pour graves conséquences d'engendrer des VGO en ce qu'elles amènent le corps médical et les juges à négliger les besoins et les souhaits de la femme dans le cadre du suivi de sa grossesse et de son accouchement³³⁰.

b) Devant les juridictions belges

69. Comme mentionné précédemment, il n'existe actuellement pas d'exemple de jurisprudences belges relatives aux VGO. Nous émettons cependant l'hypothèse que les décisions belges ne seraient guère différentes de celles des juges américains, eu égard aux paramètres analysés ci-dessous.

(1) Le droit au consentement éclairé, une coquille vide

70. De manière générale, la preuve du défaut du consentement éclairé du patient est particulièrement difficile à rapporter et mérite donc que l'on s'y attarde tout particulièrement. Pour une question de clarté, nous avons donc fait le choix de traiter séparément la preuve du défaut du consentement éclairé, indépendamment du contexte des VGO. Nous verrons ensuite en quoi cette preuve est d'autant plus difficile à rapporter en matière de VGO.

71. En matière de responsabilité civile, le droit belge prévoit qu'il revient au patient d'apporter la preuve de la faute, du dommage et du lien de causalité s'il veut obtenir une indemnisation pour le dommage qu'il a subi en raison d'une faute de son médecin³³¹. La preuve de ces trois éléments n'est pas aisée, d'autant plus lorsque la faute consiste en la violation du devoir d'information – et *a fortiori* de l'exigence du consentement éclairé – incombant au praticien professionnel en vertu des articles 7, §1 et 8, §2 de la L.D.P. (n°40-41)³³². En effet, même lorsqu'une faute est établie en raison du manquement au devoir d'information, le patient doit encore démontrer le lien de causalité entre le défaut d'information et le dommage qu'il a subi³³³.

³²⁹ M. BORGES, *opt. cit.*, p. 839 à 848 et 853 à 858.

³³⁰ M. BORGES, *opt. cit.*, p. 854.

³³¹ C. jud., art. 870 ; C. civ., art. 1315.

³³² T. VANSWEEVELT et F. DEWALLENS, *Handboek Gezondheidsrecht*, vol. 2 : *Rechten van patiënten: van embryo tot lijk*, Antwerpen, Intersentia, 2014, pp. 412 à 428 ; G. GÉNICOT, « Le manquement du médecin à son devoir d'information cause un préjudice autonome », *J.T.*, 2011, p. 111.

³³³ J.-L. FAGNART et I. LUTTE, *opt. cit.*, pp. 91 à 97

72. En Belgique, on considère généralement que le dommage subi par le patient en raison d'une mauvaise information consiste dans le *dommage physique* résultant d'une complication de l'intervention médicale, de la matérialisation du risque dissimulé ou des effets secondaires d'un médicament³³⁴. Le patient doit donc prouver le lien de cause à effet entre le manquement au devoir d'information et le préjudice physique subi³³⁵. En vertu de la théorie de l'équivalence des conditions, cela revient à prouver que, si le patient avait été correctement informé, il n'aurait pas consenti à l'intervention^{336/337}. Autrement dit, le lien de causalité est établi si, sans la faute du médecin – le manquement à son devoir d'information – le patient aurait refusé l'intervention et n'aurait dès lors pas subi de préjudice physique. Afin de déterminer ce que le patient aurait décidé dûment informé, la jurisprudence majoritaire recourt généralement – non sans critique de nombreux auteurs – au critère du patient raisonnable placé dans les mêmes circonstances³³⁸. Ainsi, comme en droit américain (n°60), le patient doit prouver que toute personne raisonnable aurait refusé l'intervention si elle avait été correctement informée³³⁹.

Toutefois, le patient n'apportera que très rarement la preuve d'un lien causal entre le défaut d'information et le dommage *physique* subi, car il est très difficile de prouver avec certitude qu'il aurait refusé l'intervention s'il avait été mieux informé³⁴⁰. En réalité, de nombreux auteurs condamnent depuis longtemps ce raisonnement artificiel, notamment parce qu'il conduit *in fine* les juges à se substituer au patient en présumant ce que ce dernier aurait décidé si son consentement avait été éclairé^{341/342}. Comme nous l'avons déjà mentionné, une

³³⁴ T. VANSWEEVELT et F. DEWALLENS, *opt. cit.*, p. 418 ; J.-L. FAGNART et I. LUTTE, *opt. cit.*, p. 92.

³³⁵ J.-L. FAGNART et I. LUTTE, *opt. cit.*, pp. 91 à 97 ; H. NYS, *opt. cit.*, p. 123.

³³⁶ Il y a un lien de causalité si la faute est la condition sine qua non du dommage, c'est-à-dire s'il est prouvé que, sans la faute, le dommage ne se serait pas produit tel qu'il se présente *in concreto* (E. MONTERO, *Droit des obligations I*, t. II (1), syllabus, Université de Namur, 2015-2016, p. 35).

³³⁷ T. VANSWEEVELT et F. DEWALLENS, *opt. cit.*, pp. 418 à 428 ; B. DE COCQUEAU et P. HENRY, « L'information et le consentement : Les nouvelles balises », *opt. cit.*, pp. 80 à 82.

³³⁸ G. GÉNICOT, *Droit médical et biomédical*, *opt. cit.*, pp. 223 à 226 ; T. VANSWEEVELT et F. DEWALLENS, *opt. cit.*, pp. 418 à 428 ; B. DE COCQUEAU et P. HENRY, « L'information et le consentement : Les nouvelles balises », *opt. cit.*, p. 82 ; J.-L. FAGNART et I. LUTTE, *opt. cit.*, pp. 93 à 97.

³³⁹ Anvers (1^{ère} ch.), 21 février 1997, *R.W.*, 1997-1998, p. 1078, note H. Nys ; 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 », *opt. cit.*, p. 91.

³⁴⁰ T. VANSWEEVELT et F. DEWALLENS, *opt. cit.*, pp. 426 à 428 ; J.-L. FAGNART et I. LUTTE, *opt. cit.*, pp. 91 à 97 ; E. HANNOSSET, *opt. cit.*, pp. 247 à 258 ; I. DURANT, « A propos de ce lien qui doit unir la faute au dommage », *Droit de la responsabilité. Morceaux choisis*, P. Henry et B. Dubuisson (dir.), vol. 68, Bruxelles, Larcier, 2004, pp. 23 à 25.

³⁴¹ G. GÉNICOT, *Droit médical et biomédical*, *opt. cit.*, p. 224 ; J.-L. FAGNART et I. LUTTE, *opt. cit.*, pp. 92 à 97.

³⁴² Le recours à la théorie d'une perte d'une chance fut critiqué pour les mêmes raisons (voy. à cet égard, R.-O., DALCQ, « Évolution du droit en matière d'information et de consentement des patients », *Liber amicorum Jozef*

telle présomption conduit inévitablement à des solutions arbitraires³⁴³, et davantage encore en matière de VGO. En effet, comme l'a démontré l'analyse de la jurisprudence américaine, les solutions arbitraires sont courantes en matière de VGO, notamment en raison des idées que les juges se font de la maternité et de leur conviction au sujet du « sacrifice maternel » que toute femme est supposée prête à assumer dans l'intérêt exclusif de son bébé (n°60). Nous verrons que l'on peut craindre des juges belges qu'ils aient également une telle compréhension de la maternité et rendent dès lors aussi des décisions véhiculant de telles injonctions de genre (n° 79).

Notons que ce raisonnement ne vaut que lorsque le consentement a été *vicié* par un manque d'information³⁴⁴. En cas de *défaut total* de consentement – c'est-à-dire lorsque le patient n'a pas consenti à l'intervention médicale ou lorsqu'il a expressément refusé de s'y soumettre – les dommages causés par l'acte médical non consenti sont nécessairement la conséquence de la faute que constitue le défaut de consentement³⁴⁵. Autrement dit, le juge ne va pas se demander si l'intervention aurait eu lieu ou non puisqu'il est établi que le patient n'a pas consenti³⁴⁶. Encore faut-il que ce dernier puisse apporter la preuve de son défaut de consentement et du dommage subi, ce qui n'est pas chose aisée, particulièrement en matière de VGO, comme nous le démontrons plus loin (n°75 et s.).

73. En outre, les juges belges sont réticents à admettre que la violation du droit à l'information puisse entraîner dans le chef du patient un préjudice propre et autonome, à tout le moins *moral*³⁴⁷. En d'autres termes, ils n'admettent pas que le défaut d'information cause en soi un dommage ; celui de ne pas avoir été informé. Comme nous le verrons (n°91 et s.), une telle hypothèse élimine toute difficulté concernant la preuve du lien de causalité : le dommage résultant du défaut d'information étant *le défaut d'information lui-même* – et non plus le *dommage physique* résultant de l'intervention médicale – il ne fait nul doute que le dommage aurait pu être évité si le patient avait été correctement informé³⁴⁸. Cependant, en l'état actuel de

Van den Heuvel, Kluwer, 1999, pp. 421 et 422, n°14, cité par G. GÉNICOT, *Droit médical et biomédical*, *opt. cit.*, p. 224).

³⁴³ J.-L. FAGNART et I. LUTTE, *opt. cit.*, pp. 92 à 97 ; R.-O. DALCQ, « Responsabilité professionnelle », note sous Liège, 23 avril 1980, *R.G.A.R.*, 1981, n° 10 351.

³⁴⁴ B. DE COCQUEAU et P. HENRY, « L'information et le consentement : Les nouvelles balises », *opt. cit.*, pp. 81 et 82.

³⁴⁵ *Ibid.* ; E. HANNOSSET, *opt. cit.*, pp. 247 à 250 et 263 à 265.

³⁴⁶ Entretien accordé le 28 mai 2020, par Gilles Génicot, avocat en droit de la responsabilité médicale.

³⁴⁷ G. GÉNICOT, « Le manquement du médecin à son devoir d'information cause un préjudice autonome » *opt. cit.*, p. 111 ; J.-L. FAGNART et I. LUTTE, « Information du patient et responsabilité du médecin », *opt. cit.*, pp. 92 à 97.

³⁴⁸ T. VANSWEEVELT et F. DEWALLENS, *opt. cit.*, pp. 426 à 428 ; J.-L. FAGNART et I. LUTTE, *opt. cit.*, p. 91.

la jurisprudence belge, le défaut d'obtention du consentement éclairé « paraît *in concreto* n'appeler aucune sanction spécifique si aucune autre faute n'est imputable au médecin et si aucun *dommage physique* n'est présent »³⁴⁹.

74. En pratique, le droit au consentement éclairé du patient semble donc être une coquille vide dans la mesure où il est fréquent que ce droit fasse défaut, sans que cette constatation entraîne pour autant la responsabilité du praticien professionnel³⁵⁰. Nous verrons que le raisonnement jurisprudentiel exposé ci-dessus pose davantage de problèmes pour les femmes victimes de VGO (n°78).

(2) Difficultés au regard de la preuve

75. Tel que déjà mentionné, pour engager la responsabilité civile du praticien, il revient au patient d'apporter la preuve de la faute commise par le praticien, du dommage subi et du lien de causalité entre cette faute et ce dommage³⁵¹.

76. Tout comme en droit américain, la *faute* du praticien sera évaluée à l'aune du critère du médecin normalement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances³⁵². A cet égard, les juges font généralement appel à des experts judiciaires³⁵³. Dans le contexte des VGO, on peut aisément imaginer que le même problème que celui soulevé dans le système américain se posera devant les juridictions belges : les experts judiciaires sont des médecins dont la pratique n'est pas plus à jour que celle de leur confrère dont la responsabilité est en cause (n°63). Les femmes victimes de VGO éprouveront alors 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 médicale³⁵⁴. Ce problème a d'ailleurs déjà été observé en France où les experts sont souvent des praticiens en fin de carrière, qui arborent une vision archaïque de l'accouchement et qui ne remettent que très rarement en cause la pratique de leurs confrères,

³⁴⁹ G. GÉNICOT, « Le manquement du médecin à son devoir d'information cause un préjudice autonome », *opt. cit.*, p. 111.

³⁵⁰ T. VANSWEEVELT et F. DEWALLENS, *opt. cit.*, pp. 426 à 428 ; G. GÉNICOT, « Le manquement du médecin à son devoir d'information cause un préjudice autonome », *opt. cit.*, p. 111.

³⁵¹ C. jud., art. 870 ; C. civ., art. 1315.

³⁵² B. DUBUISSON *et al.*, *opt. cit.*, p. 798.

³⁵³ Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

³⁵⁴ M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, pp. 469 et 470.

puisque c'est également celle qu'ils ont exercée pendant des années³⁵⁵.

De plus, compte tenu de la pathologisation de l'accouchement et de la banalisation des actes médicaux posés durant celui-ci, les juges belges sont susceptibles de considérer que le défaut de consentement éclairé n'est pas constitutif d'une faute dans le chef du praticien, au motif que tel ou tel acte fait partie du processus « *normal* » de tout accouchement. Il est en effet admis que le patient donne un consentement tacite aux actes accomplis *habituellement* par tout praticien et qui sont la *suite prévisible* de la consultation/intervention³⁵⁶. Il ne serait donc pas surprenant que les juges belges rendent des décisions du même ordre que dans l'affaire américaine *Sinclair c. Block*, évoquée ci-avant, où la juridiction américaine a décidé que le médecin n'avait pas à informer la patiente des risques liés à l'utilisation du forceps, ceux-ci faisant partie du processus « *normal* » de l'accouchement (n°61).

En outre, les juges peuvent partager la même opinion que celle exprimée par certains membres du Comité de Bioéthique (n°53), en ne retenant aucune faute dans le chef du praticien qui aurait agi *dans l'intérêt du fœtus*, même dans les cas où il est intervenu contre la volonté de la patiente. La nouvelle proposition de loi dont il est question plus loin (n°80) montre à cet égard l'existence d'un courant fort, estimant que l'intérêt du bébé doit primer sur les droits de la mère. Ainsi, les juges pourraient – sur la base de considérations éthiques – accorder à l'équipe médicale une marge de liberté d'action face à un refus de soin qu'elle jugerait déraisonnable³⁵⁷. A cet égard, les juges sont susceptibles de trouver les arguments des experts plus convaincants, ceux-ci étant formés sur le plan médical³⁵⁸.

77. Les femmes victimes de VGO éprouveront également des difficultés à prouver leur *dommage* dans la mesure où, comme leurs homologues américains (n°64), les juges belges seront certainement incapables – en raison de la pathologisation et la surmédicamentation actuelles de l'accouchement – de faire la différence entre l'impact physique de celui-ci et les dommages causés par des traitements non consentis ou médicalement inutiles³⁵⁹. De même, ils invoqueront sans doute également la bonne santé du bébé pour refuser de reconnaître un

³⁵⁵ Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

³⁵⁶ C. HENNAU-HUBLET, *opt. cit.*, pp. 33 et 34.

³⁵⁷ COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE DE BELGIQUE, *opt. cit.*, p. 34.

³⁵⁸ M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, p. 463 ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

³⁵⁹ M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, pp. 469 et 470.

dommage à la femme victime de VGO, comme nous tentons de le démontrer à la section suivante (n°79).

78. Enfin, le phénomène de la cascade d'interventions précédemment décrit rend malaisé la preuve du *lien causal* entre la faute du médecin et le dommage subi. L'analyse de l'expérience des tribunaux américains confirme ce point (n°65). De même, nous avons vu qu'aux yeux des juges belges, le défaut d'information n'entraîne pas en soi un dommage moral autonome (n°73). La femme est alors obligée d'établir un lien de causalité entre l'éventuel défaut d'information et le préjudice physique qu'elle a subi. Un tel raisonnement pose problème en matière de VGO en ce que celles-ci provoquent parfois uniquement un préjudice psychologique. Et même lorsqu'il existe une lésion physique, la preuve du lien causal entre le défaut d'information et ce dommage physique ne sera que rarement rapporté par le patient, comme expliqué précédemment (n°72). Ceci est d'autant plus vrai en matière d'accouchement, étant donné le phénomène de la cascade d'interventions susmentionné (n°65).

(3) L'influence des stéréotypes de genre sur les juges belges

79. Nous avons vu que les stéréotypes de genre ont un impact important dans l'esprit des juges américains qui rendent dès lors des décisions correspondant notamment aux conceptions qu'ils se font de la maternité (n°60). Bien que les deux décisions belges exposées ci-dessous ne concernent pas en tant que tels des cas de VGO, leur analyse réalisée par l'a.s.b.l. Fem&L.A.W. démontre que les juges belges sont également influencés par des injonctions de genre³⁶⁰.

Dans une première affaire, le tribunal civil de Liège a reconnu un droit à réparation pour la *paternité non souhaitée* d'un homme qui s'était adonné à des relations sexuelles tarifées sans se protéger. Le tribunal a décidé que « le fait de devoir subir des pressions et de devoir assumer une paternité dans le cadre de relations sexuelles avec une femme qui en fait une profession constitue un dommage »³⁶¹. Dans une seconde affaire, le tribunal a au contraire considéré que la *maternité non souhaitée* ne peut justifier une indemnisation pour la femme en cause, ayant donné naissance à un enfant suite à l'erreur commise par les médecins dans le processus

³⁶⁰ D. BERNARD et O. SIMONE, « La pertinence des approches féministes du droit : une démonstration par l'exemple », *J.T.*, 2018, pp. 646 à 648 ; C. CARDI, *opt. cit.*, pp. 27 à 37.

³⁶¹ Civ. Liège (3^e ch.), 9 avril 2010, *R.T.D.F.*, n°1, 2011.

d'avortement. La Cour d'appel de Liège, suivie par la Cour de cassation, décida que « même après une tentative d'interruption volontaire de grossesse, la naissance d'un enfant normal et en bonne santé dont il n'est en outre pas contesté qu'il est issu de relations consenties n'entraîne pas comme tel un dommage faisant naître un droit à réparation pour la mère »³⁶². Par ces deux décisions, les juges participent à la reproduction des injonctions de genre en faisant subsister une image traditionnelle de la femme, celle de la femme forcément mère, naturellement dévouée et sacrifiée³⁶³.

Nous nous permettons donc d'affirmer que, dans le cas où nos juges seraient amenés à connaître d'affaires relatives à des VGO, il est fort probable que certains d'entre eux prononcent des décisions du même acabit que celles de leurs homologues américains. Cela est d'autant plus vrai que l'argument de la bonne santé du bébé – utilisé par les juges américains pour refuser de reconnaître un dommage à une femme victime de VGO (n°64) – est également invoqué ici pour refuser qu'une maternité non souhaitée puisse être préjudiciable à une femme. En résumé, bien qu'il ne faille pas en faire une généralité, il est fort probable que les visions traditionnelles de la maternité amènent les juges belges à débouter les femmes victimes de VGO, à l'instar des tribunaux américains.

2. Une récente proposition de loi : l'instauration d'une protection juridique prénatale

80. Une nouvelle proposition de loi a été déposée en février 2020 au Parlement fédéral belge par les parlementaires Valerie Van Peel (N-VA) et John Crombez (SP.a)³⁶⁴. Cette proposition de loi prévoit de modifier le Code civil en vue d'instaurer une protection juridique prénatale et énonce à cet effet que « l'enfant dont une femme est enceinte est présumé déjà né chaque fois que son intérêt l'exige ». L'objectif poursuivi par les auteurs consiste à pouvoir prendre certaines mesures de protection pour l'enfant à naître. Quelques exemples sont donnés : l'hospitalisation forcée des femmes enceintes dépendantes à l'alcool ou à la drogue, ou encore le pouvoir du juge de prononcer le placement d'un bébé directement après la naissance si des

³⁶² Liège, 22 janvier 2009, *J.L.M.B.*, 2009, p. 1161, note G. Génicot, pp. 1165 à 1182.

³⁶³ C. CARDI, *opt. cit.*, p. 35.

³⁶⁴ Proposition de loi modifiant le Code civil en vue d'instaurer une protection juridique prénatale, *Doc.*, Ch., 2019-2020, n°1029/001.

enfants de la même fratrie ont déjà subi des abus sexuels ou de mauvais traitements physiques³⁶⁵. Cette proposition de loi en a fait réagir plus d'un, tant en raison des objectifs utopiques qu'elle poursuit³⁶⁶, qu'en raison de l'atteinte aux droits fondamentaux des femmes – tels que les droits à la liberté ou à la protection de l'intégrité physique – que ce texte rend possible³⁶⁷.

81. Les mesures proposées sont particulièrement inquiétantes lorsque l'on songe aux dérives et atrocités perpétrées sur le continent américain en raison de l'intérêt de l'État à protéger la vie du fœtus. Par exemple, en 2006 au New Jersey, une femme fut soumise à un interrogatoire portant sur son état mental afin de déterminer si elle était capable de refuser une césarienne. Jugée capable par un psychiatre, elle put accoucher par voie basse d'un bébé en bonne santé. Pourtant, l'hôpital l'a tout de même dénoncée à l'agence de protection de l'enfant au motif que son refus de consentir à cette intervention consistait en une négligence ou un abus de l'enfant. L'agence a placé le nouveau-né en famille d'accueil et le juge a par la suite ordonné l'extinction des droits parentaux³⁶⁸. Cette histoire n'est pas un cas isolé ; au moins 380 cas similaires ont été signalés aux Etats-Unis depuis 2005³⁶⁹. Nous avons d'ailleurs déjà exposé d'autres exemples plus haut, auxquels nous renvoyons (n. 67°). De plus, une telle situation n'existe pas qu'aux Etats-Unis. Au Royaume-Uni par exemple, le Children Act adopté en 1989 a permis de pratiquer des césariennes forcées pour confier directement le bébé aux services sociaux en cas d'une simple suspicion de maltraitance³⁷⁰.

82. En déclarant de façon générale que « l'enfant dont une femme est enceinte est

³⁶⁵ Proposition de loi modifiant le Code civil en vue d'instaurer une protection juridique prénatale, développements, *Doc.*, Ch., 2109-2020, n°1029/001, pp. 6 et 7.

³⁶⁶ Il est en effet difficile d'imaginer qu'une femme dépendante à l'alcool ou à la drogue osera demander de l'aide si elle sait qu'elle pourrait être hospitalisée de force pour voir son bébé lui être retiré et placé. Il en est de même pour les femmes victimes de violences conjugales qui préfèrent cacher et subir la violence dont elle est victime plutôt qu'on lui retire son enfant. Dans une telle situation, il est indéniable que ni la mère ni l'enfant n'est en sécurité (CENTRE D'ACTION LAÏQUE, « Le Centre d'Action Laïque refuse une nouvelle tentative de mettre les femmes sous tutelle », disponible sur <https://www.laicite.be/centre-daction-laique-refuse-nouvelle-tentative-de-mettre-femmes-tutelle/>, 12 juin 2020).

³⁶⁷ CENTRE D'ACTION LAÏQUE, *opt. cit.* ; M.-H. LAHAYE, « La protection de « l'enfant à naître » : une mise sous tutelle des femmes enceintes », disponible sur https://www.rtb.be/info/dossier/les-grenades/detail_la-protection-de-l-enfant-a-naître-une-mise-sous-tutelle-des-femmes-enceintes-une-chronique-de-marie-helene-lahaye?id=10516772, 6 juin 2020 ; M. GHYSELINGS, « La Belgique avance une nouvelle proposition de loi inquiétante pour les droits des femmes », disponible sur <https://www.moustique.be/26255/la-belgique-avance-une-nouvelle-proposition-de-loi-inquietante-pour-les-droits-des-femmes>, 2020.

³⁶⁸ E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt.cit.*, pp. 747 et 748.

³⁶⁹ M.-H. LAHAYE, « La protection de « l'enfant à naître » : une mise sous tutelle des femmes enceintes », *opt. cit.*, p. 5

³⁷⁰ *Ibid.*

présupposé déjà né chaque fois que son intérêt l'exige », nous pensons que la Belgique pourrait arriver aux mêmes abominations qu'en Amérique ou au Royaume-Uni. Les arguments que certains membres avaient avancés dans l'avis susmentionné du Comité consultatif de Bioéthique laissent d'ailleurs présager de tels scénarii (n°53). Ceux-ci avaient effectivement déclaré qu'il était « incohérent et éthiquement inacceptable qu'une femme désirant un enfant ne mette pas tout en œuvre pour préserver sa santé, voire sa survie »³⁷¹. Tout en admettant que, *légalement* le médecin ne peut contraindre par la force la femme enceinte, ces membres estiment que, « d'un point *éthique*, il peut être souhaitable, voire indispensable d'intervenir, le cas échéant contre la volonté de la femme, si cela est nécessaire afin de préserver la santé, voire la vie du fœtus »³⁷². Et ils donnent pour exemple, la césarienne forcée... L'adoption de la proposition de loi ne ferait alors que donner un fondement légal – et non plus seulement éthique – à leur raisonnement. Autant dire que le respect de l'autonomie corporelle de la femme enceinte et la protection de son intégrité physique ne seront « *légalement* » plus garantis, dans la mesure où le praticien pourra simplement invoquer l'intérêt du fœtus pour justifier son intervention réalisée sans consentement.

83. En résumé, même si cette proposition de loi ne concerne pas directement les VGO, elle est encore la preuve que le contrôle des femmes sur leur propre corps est un droit fragile, à l'heure où la loi affirme pourtant avec force l'autonomie corporelle de l'individu et le respect de son intégrité physique. Il existe indéniablement un courant qui souhaite apporter des limitations aux droits fondamentaux de la femme³⁷³. Pour reprendre les propos de Marie-Hélène Lahaye, figure emblématique dans le combat contre les VGO, le fœtus est évidemment important, mais il n'est pas plus important qu'une femme³⁷⁴. Elle affirme que protéger les enfants se fait d'abord en soutenant et en accompagnant les femmes, et non pas en les privant de leurs droits fondamentaux³⁷⁵.

³⁷¹ COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE DE BELGIQUE, *opt. cit.*, p. 38.

³⁷² *Ibid.*

³⁷³ Entretien accordé le 15 juillet 2020, par Nathalie Colette-Bassecqz, avocate spécialisée en droit pénal.

³⁷⁴ IZI NEWS, « Le fœtus plus important que la maman ? », disponible sur <https://www.facebook.com/TarmacRTBF/videos/647216296199863>, 11 juin 2020.

³⁷⁵ M.-H. LAHAYE, « La protection de « l'enfant à naître » : une mise sous tutelle des femmes enceintes », *opt. cit.*, p. 9.

Partie 3. Pistes de réflexion et enjeux juridiques

Après avoir étudié l'origine et le contexte des VGO (partie 1) et la réponse que le droit belge pouvait apporter à cette forme de violence, ainsi que les difficultés de sa mise en œuvre (partie 2), la dernière partie de ce travail a pour objet de proposer quelques pistes de réflexion juridiques susceptibles de contribuer à éradiquer ce type de violence.

Il est évident qu'aucune solution exposée ci-dessous n'est parfaite en soi. Nous sommes toutefois intimement convaincus que c'est par la convergence de plusieurs moyens d'action, que ce soit sur le plan juridique ou autre, que le combat contre les VGO pourra être efficacement mené.

Ce travail n'a également pas la prétention de revenir sur toutes les recommandations formulées par les divers organismes et associations actives en la matière³⁷⁶. Il s'agit plutôt d'apporter une réflexion juridique à cette problématique des VGO.

³⁷⁶ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Charte mai 2020 », disponible sur <http://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2020/05/charte-PCNR2020.pdf>, mai 2020 ; Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, pp. 23 à 27 ; MAKE MOTHERS MATTER, « Additional Submission of Make Mothers Matter (MMM). Example of best practice to prevent obstetric violence – Maternity preparation workshops "Por venir" organized by CEPRODIH in Uruguay », disponible sur www.ohchr.org, 23 mai 2019 ; MAKE MOTHERS MATTER, « Make Mothers Matter Submission. For the UN rapporteur on violence against women on Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth », *opt. cit.*, pp. 1 à 17 ; PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Manifeste pour une naissance respectée », *opt. cit.*, pp. 1 à 2 ; PRÉMISSE, *opt. cit.*, pp. 1 à 36 ; CIANE, « Épisiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes », *opt. cit.*, pp. 1 à 25 ; etc.

A. Définition des violences gynécologiques et obstétricales

*« Les mots, "ces passants mystérieux de l'âme",
sont de grands magiciens et de redoutables
entraîneurs de foules ».*

Raymond Poincaré

1. Absence de consensus et légitimité du terme « violence »

84. La lutte contre les VGO passe avant tout par une profonde sensibilisation du corps médical, du monde de la justice, des femmes elles-mêmes, mais aussi du public en général. Bien entendu, une sensibilisation efficace exige, entre autres, une définition claire et complète de la problématique en cause. Il n'existe cependant aucun consensus à ce jour quant à une définition générale reprenant les divers actes de maltraitance infligés aux femmes durant leur suivi gynécologique et obstétrical³⁷⁷. En l'absence d'une telle définition, la reconnaissance des VGO est forcément rendue plus difficile et empêche les femmes de se faire entendre³⁷⁸.

85. Cette absence de consensus est notamment due aux nombreux débats qui entourent l'utilisation du terme « violence » pour décrire les mauvais traitements gynécologiques et obstétricaux³⁷⁹. Si l'emploi de ce terme a provoqué chez certains une remise en question de leurs pratiques, d'autres ont préféré nier l'existence des VGO³⁸⁰. Selon ces derniers, si incidents il y a, il serait exagéré de les qualifier comme des actes de violence³⁸¹.

Par ailleurs, certains recommandent la prudence quant à l'utilisation du terme

³⁷⁷ Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, pp. 6 et 7 ; MAKE MOTHERS MATTER, « Make Mothers Matter Submission. For the UN rapporteur on violence against women on Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth », *opt. cit.*, p. 3.

³⁷⁸ E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, p. 758.

³⁷⁹ C. MICHEL et C. SQUIRES, *opt. cit.*, pp. 25 et 26.

³⁸⁰ MAKE MOTHERS MATTER, « Make Mothers Matter Submission. For the UN rapporteur on violence against women on Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth », *opt. cit.*, p. 2 ; C. MICHEL et C. SQUIRES, *opt. cit.*, p. 25.

³⁸¹ Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée ; M.-H. LAHAYE, « Un premier documentaire sur les violences obstétricales sur Arte – Interview d'Ovidie », disponible sur <http://marieaccouchela.net/index.php/2019/07/02/un-premier-documentaire-sur-les-violences-obstetricales-sur-arte-interview-dovidie/>, 2 juillet 2019 ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, pp. 406 à 426.

« violence » eu égard aux conséquences négatives qui surviendraient involontairement³⁸². Plusieurs estiment que cette référence à la violence introduit inutilement une forme de conflit entre la femme et le corps médical³⁸³. La conséquence en serait une dégradation significative de la confiance qui doit impérativement exister au sein de la relation médicale. D'autres considèrent également que le langage de la violence ne serait pas juste pour les professionnels de la santé bien intentionnés qui exercent leur profession du mieux qu'ils peuvent, étant soumis à l'organisation mise en place par l'hôpital³⁸⁴.

Bien que ces inquiétudes soient compréhensibles, nous estimons qu'elles ne peuvent remettre en question l'utilisation du terme « violence ». Il est en effet permis d'affirmer que la relation entre la femme et le corps médical s'est déjà sensiblement dégradée, notamment en raison des mouvements récents sur les réseaux sociaux qui ont levé le tabou entourant jadis le phénomène des VGO. Refuser aux femmes l'utilisation du terme « violence » ne ferait qu'accroître l'indignation de celles-ci et serait contre-productif à toute amélioration de la situation. Nous convenons toutefois que l'utilisation de cette expression doit impérativement s'accompagner d'une information claire et précise des femmes au sujet du rôle de la médecine. Il ne faudrait effectivement pas qu'une femme se mette en danger en refusant catégoriquement toute intervention médicale alors que son état, ou celui de son bébé, l'exige³⁸⁵. En outre, une violence perpétrée en raison du comportement d'un médecin ou en raison de la logistique d'un hôpital, reste de la violence. S'il vrai que certains praticiens professionnels sont contraints de travailler dans des conditions qui ne sont pas optimales, la femme reste la principale victime de cette situation. L'expression « violences gynécologiques et obstétricales » a le mérite de lancer l'alerte et d'inciter les praticiens à se responsabiliser et à combattre eux aussi ce type de violence³⁸⁶.

Au surplus, les VGO s'inscrivent incontestablement dans le « continuum de violences » fait aux femmes³⁸⁷. Celui-ci englobe tant les violences légères (ex. insultes, stigmatisations)

³⁸² E. KUKURA, « Obstetric Violence », *opt. cit.*, p. 764.

³⁸³ *Ibid.*

³⁸⁴ *Ibid.*, p. 765.

³⁸⁵ Entretien accordé le 29 mai 2020, par Caroline Daelemans, gynécologue-obstétricienne.

³⁸⁶ M.-H. LAHAYE, « Victoire ! Les violences obstétricales sont pour la première fois évoquées au niveau politique », disponible sur <http://marieaccouchela.net/index.php/2017/07/25/victoire-les-violences-obstetricales-sont-pour-la-premiere-fois-evoquees-au-niveau-politique/>, 25 juillet 2017.

³⁸⁷ Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée ; Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, p. 6 et pp. 18 à 22 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 167 à 171.

que ses formes les plus extrêmes (ex. abus sexuels, féminicides) et rend possible le contrôle sociétal sur le corps des femmes³⁸⁸. Les attitudes et les interventions médicales des professionnels de la santé participent à ce continuum de violences, en exerçant un contrôle sur la vie, le corps et la sexualité des femmes, notamment par la pathologisation de leurs fonctions physiologiques³⁸⁹.

86. Notons que la lutte contre les VGO a récemment fait l'objet d'une importante avancée au niveau politique. Le Conseil de l'Europe a effectivement adopté une résolution en septembre 2019, intitulée « Les violences obstétricales et gynécologiques »³⁹⁰. Bien que cette résolution ne soit pas contraignante pour les États membres, elle marque une étape importante dans la reconnaissance politique des VGO. Le Conseil de l'Europe consacre effectivement l'utilisation difficilement acceptée du terme « violence », et par là, prend en compte la réalité de ce que les VGO recouvrent du point de vue des femmes³⁹¹. Les parlementaires ont d'ailleurs remercié la rapporteuse à l'origine de cette résolution, pour leur avoir ouvert les yeux sur ce type de violence dont ils n'avaient absolument pas conscience³⁹².

2. Proposition de définition

87. Prenant appui sur la définition que donne Marie-Hélène Lahaye³⁹³, nous définirions les VGO comme « *la violence consistant en tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, portant atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la patiente, et qui (1) n'est pas justifié médicalement, compte tenu des informations disponibles à la date de l'acte*³⁹⁴, (2) et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme, de la femme enceinte ou de la parturiente (3) et/ou qui consiste en des injonctions ou stéréotypes de genre, (4) et/ou qui est commis en raison de l'organisation de tout établissement offrant des services liées aux soins maternels ».

³⁸⁸ L. KELLY, « Le continuum de la violence sexuelle », *Cahiers du Genre*, n° 66, 2019, pp. 17 à 36.

³⁸⁹ C. PARRAT, *opt. cit.*, p. 20 ; X., « S'armer jusqu'aux lèvres », *opt. cit.*, pp. 1 à 63.

³⁹⁰ Résolution « Violences obstétricales et gynécologiques » du Conseil de l'Europe précitée.

³⁹¹ M.-H. LAHAYE, « Le Conseil de l'Europe adopte une résolution sur les violences obstétricales », disponible sur <http://marieaccouchela.net/index.php/2019/10/04/le-conseil-de-leurope-adopte-une-resolution-sur-les-violences-obstetricales/>, 4 octobre 2019.

³⁹² *Ibid.*

³⁹³ M.-H. LAHAYE, *opt. cit.*, p. 187.

³⁹⁴ D. ROMAN, *opt. cit.*, pp. 8 à 12.

Cette définition tente de reprendre l'ensemble des mauvais traitements que subissent les femmes dans leur suivi gynécologique et obstétrical. Elle s'inscrit notamment dans le carcan des droits fondamentaux, qui charpentent aujourd'hui tout le droit médical, par la référence à l'atteinte à l'intégrité physique de la personne sans le consentement libre et éclairé de cette dernière. Elle fait également référence au devoir du médecin à prodiguer des soins conformes aux données actuelles et acquises de la science médicale, dont la méconnaissance peut entraîner sa responsabilité. Les violences institutionnelles sont également reprises dans la définition, permettant d'y englober les mauvais traitements occasionnés en raison de l'organisation des services médicaux. Cette définition inscrit également le phénomène des VGO dans le problème plus large de la violence fondée sur le genre, en ce que ce type de violence diminue l'autonomie des femmes et leurs capacités à prendre des décisions sur leur corps et leur sexualité³⁹⁵.

88. Bien que cette définition doive certainement être améliorée, elle pourrait déjà amorcer une prise de conscience dans le chef des professionnels de la santé ainsi que dans le monde du droit, ou au sein de la population.

Par ailleurs, dans son rapport soumis au rapporteur spécial des Nations unies sur la violence contre les femmes, l'ONG Make Mothers Matter déclare qu'une définition claire de ce qui constitue les VGO permettrait d'inclure ce type de violence dans la notion plus large de la violence à l'égard des femmes³⁹⁶. Elle affirme que reconnaître les VGO comme une catégorie de violence faite aux femmes permettrait aux Cours et tribunaux d'appliquer les lois générales relatives à la violence contre les femmes³⁹⁷. L'ONU semble aller dans ce sens également³⁹⁸.

89. Pour conclure, la difficulté est de taille lorsqu'il s'agit de définir clairement et précisément un phénomène aussi complexe que sont les VGO³⁹⁹. Nous estimons néanmoins que l'expression « violences gynécologiques et obstétricales » facilite la reconnaissance de ces maltraitements en tant que violence exercée à l'encontre des femmes et rend dûment compte du continuum de violences dont ces dernières peuvent faire l'objet. Cette expression nomme les faits avec précision et permet donc une prise de conscience plus large de la société, fut-elle au

³⁹⁵ M. BORGES, *opt. cit.*, p. 830.

³⁹⁶ MAKE MOTHERS MATTER, « Make Mothers Matter Submission. For the UN rapporteur on violence against women on Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth », *opt. cit.*, p. 16.

³⁹⁷ *Ibid.*

³⁹⁸ Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, p. 22.

³⁹⁹ C. MICHEL et C. SQUIRES, *opt. cit.*, pp. 22 à 33.

détriment du ressenti du corps médical⁴⁰⁰. En définitive, « il s'agit de désigner, pour pouvoir le penser, un système, dont les acteurs ne sont pas seulement des individus, mais aussi des institutions, des protocoles, des normes, des valeurs, des coutumes, qui sont particulièrement puissantes en périnatalité »⁴⁰¹.

B. La reconnaissance d'un préjudice moral autonome résultant du défaut d'information

« Savoir pour prévoir, afin de pouvoir »

Auguste Comte

1. Une jurisprudence insatisfaisante – Bref rappel

90. Malgré la volonté d'une protection de plus en plus affirmée des droits fondamentaux de la personne humaine, nous avons vu que la jurisprudence belge majoritaire raisonne de manière insatisfaisante en cas de non-respect du droit au consentement éclairé reconnu au patient. Nous avons en effet vu que les juges étaient réticents à reconnaître un préjudice propre, ne serait-ce d'ordre *moral*, résultant d'un manquement au devoir d'information du médecin (n°73). Le patient est par conséquent obligé de prouver le lien de causalité entre le défaut d'information et un éventuel dommage *physique*. Il doit donc prouver que s'il avait été correctement informé, il aurait refusé l'intervention et n'aurait donc pas subi ce dommage. Une telle preuve est cependant difficile à apporter dans la mesure où il ne sera jamais *certain* qu'il aurait refusé l'intervention s'il avait été mieux informé. Nous avons vu qu'un tel raisonnement est susceptible d'aboutir à des solutions arbitraires dans la mesure où le juge vient se substituer au patient en présumant ce qu'il aurait décidé dûment informé (n°72).

In fine, il arrive que la jurisprudence belge laisse dépourvu de sanction la violation du droit au consentement éclairé, et par là, les atteintes à l'intégrité physique et à l'autonomie

⁴⁰⁰ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 183.

⁴⁰¹ C. MICHEL et C. SQUIRES, *opt. cit.*, p. 32.

corporelle de la personne⁴⁰².

2. Le préjudice d'impréparation – Une notion française

91. Cette jurisprudence insatisfaisante sévissait également en France jusqu'à l'arrêt du 3 juin 2010 rendu par la Cour de cassation française⁴⁰³. Cette dernière a décidé, sur la base des articles 16, 16-3 et 1382 du Code civil⁴⁰⁴, que le non-respect du devoir d'information qui découle de ces dispositions « cause à celui auquel l'information était légalement due, un préjudice, qu'en vertu du dernier des textes susvisés, le juge ne peut laisser sans réparation »⁴⁰⁵. Il ressort de cet arrêt la reconnaissance d'un *préjudice moral autonome* découlant du défaut d'information, communément appelé « préjudice d'impréparation ». Ainsi, il importe peu que l'intervention se soit techniquement bien passée et qu'elle n'ait pas provoqué de dommages physiques⁴⁰⁶. De même, il n'est plus nécessaire de se demander si, correctement informé des risques encourus, le patient aurait renoncé à l'intervention⁴⁰⁷. Le simple fait de ne pas avoir été informé est un préjudice en soi⁴⁰⁸.

92. Plusieurs commentateurs ont salué cette voie prise par la Cour, tout en mettant en garde des dangers auxquelles elle est susceptible de mener eu égard à sa force d'expansion⁴⁰⁹. Selon eux, accorder une réparation aux atteintes au droit à l'information, *même lorsque les risques non divulgués ne se réalisent pas*, est excessif et dangereux, bien que techniquement logique⁴¹⁰. Dans son arrêt du 23 janvier 2014, la Cour de cassation française est d'ailleurs

⁴⁰² T. VANSWEEVELT et F. DEWALLENS, *opt. cit.*, pp. 426 à 428 ; G. GÉNICOT, « Le manquement du médecin à son devoir d'information cause un préjudice autonome », *opt. cit.*, p. 113 ; Entretien accordé le 28 mai 2020, par Gilles Génicot, avocat en droit de la responsabilité médicale.

⁴⁰³ T. VANSWEEVELT et F. DEWALLENS, *opt. cit.*, pp. 426 à 428.

⁴⁰⁴ Art. 16 : « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie ». Art. 16-3 : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ». Art. 1382 (nouveau 1240) : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ».

⁴⁰⁵ Cass. fr. (1^{ère} civ.), 3 juin 2010, *Bull. civ.*, n° 128, 2010.

⁴⁰⁶ G. GÉNICOT, « Le manquement du médecin à son devoir d'information cause un préjudice autonome », *opt. cit.*, p. 111.

⁴⁰⁷ T. VANSWEEVELT et F. DEWALLENS, *opt. cit.*, pp. 426 à 428 ; G. GÉNICOT, « Le manquement du médecin à son devoir d'information cause un préjudice autonome », *opt. cit.*, p. 111.

⁴⁰⁸ J.-L. FAGNART et I. LUTTE, *opt. cit.*, p. 91 ; I. DURANT, *opt. cit.*, p. 25.

⁴⁰⁹ 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 », *opt. cit.*, pp. 116 et 117.

⁴¹⁰ *Ibid.*

clairement venue restreindre la portée de son arrêt antérieur précité⁴¹¹. Elle a effectivement déclaré que « le non-respect, par le professionnel de la santé, de son devoir d'information cause à celui auquel l'information était due, *lorsque le risque se réalise*, un préjudice résultant d'un défaut de préparation aux conséquences d'un tel risque, que le juge ne peut laisser sans réparation »⁴¹². Les termes utilisés par la Cour laissent entendre qu'une atteinte à l'intégrité physique est requise en cas de méconnaissance du droit à l'information, faisant ainsi de celui-ci un droit *accessoire* au droit à l'intégrité physique⁴¹³. En effet, en exigeant que le risque non divulgué se soit réalisé, la Cour subordonne la réparation du défaut d'information à l'existence d'un préjudice physique – la réalisation des risques tus – et s'écarte alors de la position adoptée dans son arrêt de 2010, dans lequel elle avait reconnu un préjudice *purement autonome* du défaut d'information⁴¹⁴. Le préjudice d'impréparation est alors défini comme le dommage « dont peut se plaindre tout patient qui n'a pas été en mesure de se préparer psychologiquement au risque qui lui avait été caché »⁴¹⁵. Il ressort de cette définition qu'un patient ne peut obtenir réparation pour le fait de ne pas avoir pu se préparer à une éventualité qui ne s'est, en fin de compte, pas manifestée⁴¹⁶. Ce raisonnement fut récemment confirmé par la Cour dans un arrêt rendu en janvier 2019⁴¹⁷.

Si certains ont adopté cette vision plus pragmatique, d'autres regrettent cette restriction – subordonner la réparation du défaut d'information aux seuls cas où le risque non révélé s'est matérialisé – et préfèrent la première position de la Cour « puisqu'elle permet enfin de doter le droit à l'information d'une sanction systématique, indépendamment du dommage corporel par ailleurs subi »⁴¹⁸.

⁴¹¹ Cette exigence fût récemment confirmée dans un arrêt du 23 janvier 2019 (Cass. fr. (1^{ère} civ.), 23 janvier 2019, *R.G.A.R.*, n°15566, 2019).

⁴¹² Cass. fr. (1^{ère} civ.), 3 juin 2010, *Bull. civ.*, n° 128, 2010.

⁴¹³ V. WESTER-OUISSE, « Causalité incertaine et vraisemblance en matière de responsabilité médicale. Rapport français », *L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Europe*, Bruxelles, Bruylant, 2015, pp. 526 et 527 ; T. VANSWEEVELT et F. DEWALLENS, *opt. cit.*, pp. 426 à 428.

⁴¹⁴ C. CORGAS-BERNARD et P. PIERRE, *opt. cit.*, pp. 217 et 218 ; V. WESTER-OUISSE, *opt. cit.*, pp. 526 et 527 ; T. VANSWEEVELT et F. DEWALLENS, *opt. cit.*, pp. 426 à 428.

⁴¹⁵ T. VANSWEEVELT et F. DEWALLENS, *opt. cit.*, pp. 426 à 428 ; G. GENICOT, « 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 », *opt. cit.*, p. 117.

⁴¹⁶ G. GENICOT, « 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 », *opt. cit.*, p. 123.

⁴¹⁷ Cass. fr. (1^{ère} civ.), 23 janvier 2019, *R.G.A.R.*, n°15566, 2019.

⁴¹⁸ S. PORCHY-SIMON, « Chapitre 1. L'information en santé depuis la loi du 4 mars 2002 », *La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades : 10 ans après*, M. Bacache, A. Laude et D. Tabiteau (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2013, p. 49.

3. L'intérêt du préjudice d'impréparation

93. Bien que la notion de préjudice d'impréparation ne soit encore que très peu utilisée en Belgique, de nombreux auteurs affirment que cette voie salutaire pourrait parfaitement être empruntée par nos Cours et tribunaux⁴¹⁹.

94. En matière de VGO, la reconnaissance d'un préjudice moral *autonome* résultant du non-respect du devoir d'information, serait une avancée majeure dans la lutte contre ce type de violence. Nous avons en effet souligné que le risque de solutions arbitraires – auquel conduit le raisonnement actuel de la jurisprudence belge – est plus grand en matière de conflits relatifs à la maternité, notamment en raison du modèle traditionnel et idéalisé de la « mère raisonnable » prête à tout accepter pour l'intérêt de son bébé (n°60). En outre, il est d'autant plus difficile pour une femme victime de VGO d'apporter la preuve du lien de causalité entre le défaut d'information et un *dommage physique* en raison du phénomène de la cascade d'interventions ou parce qu'il arrive fréquemment que ce type de violence provoque uniquement un *dommage psychologique* (n°78). Fort de ce constat, il peut être intéressant d'adopter un raisonnement qui sanctionne la violation de l'obligation d'information – et donc la violation du droit au consentement éclairé du patient – et ce *même si l'acte litigieux n'a entraîné aucune conséquence physique dommageable*.

95. Nous ne sommes toutefois pas insensibles aux remarques émises par certains commentateurs qui ont souligné le caractère dangereux d'une réparation automatique du défaut d'information, même lorsque le risque passé sous silence ne s'est pas réalisé. Ceux-ci ont alors restreint l'admission du préjudice d'impréparation à l'hypothèse où les risques tus se sont effectivement produits, et où existe donc un préjudice physique⁴²⁰. Nous nous permettons néanmoins d'étendre leur raisonnement, non pas à la réalisation des seules conséquences *physiques* dommageables, mais également aux conséquences *psychologiques* résultant de la violation de l'exigence du consentement éclairé. Les impacts psychologiques susceptibles d'être provoqués dans le chef des victimes de VGO démontrent effectivement bien l'ampleur

⁴¹⁹ T. VANSWEEVELT et F. DEWALLENS, *opt. cit.*, pp. 426 à 428 ; E. LANGELAKEN, « L'indemnisation des atteintes aux droits de la personnalité et son implication quant à la nature de ces droits », *R.G.D.C.*, 2011, pp. 422 à 444 ; G. GÉNICOT, « Le manquement du médecin à son devoir d'information cause un préjudice autonome », *opt. cit.*, p. 111 ; Entretien accordé le 28 mai 2020, par Gilles Génicot, avocat en droit de la responsabilité médicale.

⁴²⁰ T. VANSWEEVELT et F. DEWALLENS, *opt. cit.*, pp. 426 à 428 ; G. GENICOT, « 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 », *opt. cit.*, p. 118.

des préjudices dont peut souffrir un patient lorsqu'il a été exclu du processus décisionnel relatif à son corps. Nombreux sont les témoignages de femmes déclarant n'avoir reçu aucune explication ou déclarant avoir été dépossédées de tout contrôle durant leur accouchement, allant même parfois jusqu'à affirmer qu'on leur a volé cet événement si important⁴²¹. Une étude menée par le CIANE (Collectif interassociatif autour de la naissance) a pourtant démontré la corrélation entre le respect des souhaits des parturientes et le vécu de l'accouchement⁴²². Cette étude démontre que le fait de fournir une information adéquate et de respecter la volonté des femmes enceintes influençaient grandement leur niveau de satisfaction par rapport à leur accouchement, et par conséquent, leur état *psychologique* post-partum⁴²³. Nous suggérons qu'il doit dès lors être possible d'obtenir une réparation pour non-respect de l'exigence du consentement éclairé, non seulement lorsque les risques non révélés se sont matérialisés, mais aussi lorsqu'il en résulte des préjudices psychologiques.

96. En définitive, les juges ont la possibilité de jouer un rôle important dans l'éradication des VGO. La solution optimale serait de reconnaître un préjudice purement autonome découlant du défaut d'information car la réparation ne serait alors plus subordonnée à la présence de dommages physiques. Les nombreux cas de VGO entraînant uniquement des dommages psychologiques seraient alors susceptibles d'être sanctionnés, puisque la femme n'aura plus à établir un lien de causalité entre le défaut d'information et un éventuel dommage physique subi.

Même dans le cas où la jurisprudence se limite à ne réparer le défaut d'information que si les risques non révélés se sont produits, de nombreuses formes de VGO pourraient être sanctionnées sur cette base. Nous avons effectivement vu que l'équipe médicale pratiquait généralement des interventions de manière systématique, sans recueillir le consentement éclairé de la patiente (n°16 et s.). S'il en découle des dommages physiques, le préjudice d'impréparation permettrait à la femme d'en obtenir réparation, sans qu'il n'y ait lieu de se demander si, correctement informée, elle aurait renoncé à l'intervention. La probabilité que le

⁴²¹ C. MICHEL et C. SQUIRES, *opt. cit.*, p. 28 ; M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 60 ; S. FALCINELLI, « Quand l'accouchement vire aux violences obstétricales », disponible sur https://www.rtbef.be/info/societe/detail_quand-l-accouchement-vire-aux-violences-obstetricales?id=9811032, 14 janvier 2018.

⁴²² RTBF, « Tendances Première : le Woman-centered Care. Avec la sage-femme Aline Schoentjes », *opt. cit.* ; CIANE, « Respect des souhaits et vécu de l'accouchement », *opt. cit.*, pp. 1 à 18.

⁴²³ « 90% des femmes dont les souhaits ont été respectés ont très bien ou plutôt bien vécu leur accouchement que ce soit sur le plan physique ou psychologique, alors que celles dont les souhaits n'ont pas été respectés ne sont que 43% (plan physique) et 30% (plan psychologique) à partager cette opinion. Les premières considèrent à 97% avoir reçu le soutien adéquat du personnel médical alors qu'elles ne sont que 16% dans le second groupe » (CIANE, « Respect des souhaits et vécu de l'accouchement », *opt. cit.*, p. 1).

juge prononce des décisions arbitraires serait alors considérablement réduite. Imaginons par exemple une femme ayant subi une épisiotomie sans avoir été informée des risques liés à cette intervention chirurgicale. Si les risques tus se réalisent, la femme ne devra plus démontrer qu'elle aurait renoncé à l'intervention si elle avait été correctement informée. Les juges ne pourraient pas décider de façon arbitraire qu'elle aurait tout de même accepté de subir une épisiotomie, comme toute « mère raisonnable » l'aurait fait. Le simple fait de ne pas avoir reçu l'information adéquate cause un préjudice en soi, celui de ne pas avoir pu se préparer au risque qui lui avait été caché, et sera indemnisée comme tel. Le récent arrêt du 23 janvier 2019 rendu par la Cour de cassation française apporte une illustration éclairante à cet égard⁴²⁴.

Néanmoins, nous suggérons que la notion du préjudice d'impréparation devrait également être applicable lorsque le patient souffre de séquelles *psychologiques* – et non plus uniquement *physiques* – en raison du manquement au devoir d'information. Tout en évitant de tomber dans les excès craints par certains commentateurs, cette extension permettrait de sanctionner les VGO résultant de la méconnaissance du consentement éclairé du patient et entraînant des dommages exclusivement psychologiques.

C. La nécessité d'une loi incriminant les violences gynécologiques et obstétricales ?

« Les mots sans les pensées ne vont jamais au ciel »

William Shakespeare

97. Le phénomène des VGO pose la question de savoir s'il est opportun de prévoir une infraction spécifique pour ce type de violence. A cet égard, il est pertinent d'observer les diverses initiatives prises dans d'autres pays, que ce soit au sein de l'Europe ou ailleurs.

⁴²⁴ Dans cette affaire, les parents, dont le nouveau-né souffre de séquelles suite à l'accouchement, ont assigné leur gynécologue-obstétricien car celui-ci ne les avait pas informés des risques que présentait l'accouchement par voie basse eu égard à l'état de santé du fœtus. La Cour d'appel avait refusé l'octroi de toute réparation au titre de préjudice d'impréparation, mais fut cassée par la Cour de cassation. Cette dernière affirma que le non-respect par le professionnel de santé de son devoir d'information cause, lorsqu'un des risques tus s'est réalisé, « un préjudice moral distinct des atteintes corporelles subies, résultant d'un défaut de préparation à l'éventualité que ce risque survienne » (Cass. fr. (1^{ère} civ.), 23 janvier 2019, *R.G.A.R.*, n°15566, 2019 ; L. VANDENHOUTEN « Le devoir d'information du médecin et le préjudice d'impréparation », *Les pages*, n°65, 2019, p. 2).

1. Initiatives législatives étrangères

Le Venezuela a joué un rôle précurseur en la matière en tant que premier pays à avoir incriminé les VGO dans une loi votée en 2007⁴²⁵, la « Organic Law on the Right of Women to a Life Free of Violence »⁴²⁶. Cette loi a pour objectif de garantir et de promouvoir le droit des femmes à une vie sans violence et à créer les conditions pour prévenir, traiter, punir et éradiquer la violence envers les femmes sous toutes ses formes et dans tous ses domaines⁴²⁷. A cet égard, l'article 14 définit la violence faite aux femmes comme : « any sexist act that is likely to result in harm or physical, sexual, psychological, emotional, occupational, economic or patrimonial suffering ; coercion or arbitrary deprivation of freedom, and the threat of executing such acts, whether occurring in public or private practice »⁴²⁸. L'article 15 décrit 19 formes de violence, dont la violence obstétricale qu'il définit comme « the appropriation of the body and reproductive processes of women by health personnel, which is expressed as dehumanized treatment, an abuse of medication, and to convert the natural processes into pathological ones, bringing with it loss of autonomy and the ability to decide freely about their bodies and sexuality, negatively impacting the quality of life of women »⁴²⁹. Enfin, l'article 51 énumère divers actes considérés comme des VGO et que la loi assortit de sanctions⁴³⁰. On y retrouve notamment le fait de forcer la femme à accoucher en position couchée, le fait d'altérer le processus physiologique de l'accouchement à faible risque en utilisant des techniques d'accélération, sans obtenir le consentement libre et éclairé de la femme, ou encore le fait de procéder à un accouchement par césarienne lorsque l'accouchement par voie basse est possible, sans obtenir le consentement libre et éclairé de la femme⁴³¹. L'Argentine et certains États mexicains ont également adopté un cadre juridique contre les VGO, mais tous n'ont pas été jusqu'à les qualifier d'infraction⁴³².

⁴²⁵ H.C.E., *opt. cit.*, p. 48 ; M. BORGES, *opt. cit.*, p. 829 ; M. VUILLE, *opt. cit.*, pp. 5 et 6.

⁴²⁶ M. BORGES, *opt. cit.*, p. 829.

⁴²⁷ Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de 23 avril 2007, *Gaceta oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela*, n°38. 668, art. 1 ; R. PÉREZ D'GREGORIO, « Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, novembre 2010, p. 201.

⁴²⁸ Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de 23 avril 2007 précitée, art. 14 ; R. PÉREZ D'GREGORIO, *opt. cit.*, p. 201.

⁴²⁹ Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de 23 avril 2007 précitée, art. 19 ; R. PÉREZ D'GREGORIO, *opt. cit.*, pp. 201 et 202.

⁴³⁰ Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de 23 avril 2007 précitée, art. 51 ; R. PÉREZ D'GREGORIO, *opt. cit.*, pp. 201 et 202.

⁴³¹ Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de 23 avril 2007 précitée, art. 51.

⁴³² H.C.E., *opt. cit.*, p. 48 ; M. BORGES, *opt. cit.*, pp. 829 et 849.

Plus proche de chez nous, en Italie, une proposition de loi a été déposée au Parlement en mars 2016 pour la protection des droits de la femme enceinte et du nouveau-né et pour la promotion de l'accouchement physiologique. Elle prévoit à cet effet des compensations pour les dommages subis en raison de VGO⁴³³.

Ces diverses législations constituent une avancée majeure dans l'éradication des VGO, en abordant notamment ce problème sous l'angle du respect des droits fondamentaux⁴³⁴. Elles reconnaissent également les VGO comme une catégorie de violence faite aux femmes, et rejoignent par là, la recommandation susmentionnée de Make Mothers Matter (n°88).

2. La pertinence d'une initiative législative en Belgique ?

98. L'incrimination des VGO en Belgique attirerait incontestablement l'attention de la politique au sujet de ce type de violence et amènerait le débat d'un point de vue sociétal⁴³⁵. L'incrimination des VGO peut effectivement s'avérer intéressante en ce que le droit pénal a aussi pour finalité d'envoyer des messages de dissuasion et de sensibilisation, et permettrait donc de modifier la perception du public concernant cette forme de violence faite aux femmes⁴³⁶. Dans l'hypothèse où les juges belges seraient réticents à appliquer les infractions pénales existantes aux situations de VGO, une infraction spécifique pourrait également être intéressante⁴³⁷. De plus, l'incrimination des VGO aurait l'avantage de reconnaître expressément les dommages physiques, mais surtout psychologiques, causés par les interventions réalisées sans recueillir le consentement libre et éclairé de la patiente⁴³⁸. Il serait alors plus difficile pour les juges de conditionner l'indemnisation à la preuve d'un préjudice physique subi par la femme victime de VGO⁴³⁹. De même, en plaçant le contrôle et le choix des femmes au centre de la loi, le raisonnement juridique n'est plus centré sur le critère de ce qu'aurait décidé la patiente

⁴³³ Proposta di legge, Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico, *Camera dei deputati*, 11 marzo 2016, n°3670.

⁴³⁴ Proposta di legge, Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico précitée pp. 1 à 3 ; M. BORGES, *opt. cit.*, p. 858.

⁴³⁵ Entretien accordé le 15 juillet 2020, par Nathalie Colette-Bassecqz, avocate spécialisée en droit pénal ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

⁴³⁶ M. BORGES, *opt. cit.*, p. 862 ; Entretien accordé le 15 juillet 2020, par Nathalie Colette-Bassecqz, avocate spécialisée en droit pénal.

⁴³⁷ Entretien accordé le 15 juillet 2020, par Nathalie Colette-Bassecqz, avocate spécialisée en droit pénal.

⁴³⁸ M. BORGES, *opt. cit.*, p. 852.

⁴³⁹ *Ibid.*

raisonnable placée dans les mêmes circonstances ; les juges prononceraient alors moins de décisions basées sur les archétypes idéalisés de la « bonne » mère⁴⁴⁰. Enfin, articuler le concept de VGO avec le droit à un accouchement physiologique, dénature l'intervention médicale de l'accouchement et force – tant les praticiens que les juges – à fonder leurs décisions sur des preuves scientifiques et non plus sur des pratiques coutumières ou de routine⁴⁴¹.

La plupart des associations et personnes luttant contre les VGO estiment toutefois que leur incrimination n'est pas une priorité absolue, bien qu'elles salueraient cette initiative. Plusieurs d'entre elles estiment qu'une loi spécifique aux VGO serait difficile à faire adopter⁴⁴². La récente proposition de loi susmentionnée relative à l'instauration d'une protection juridique prénatale du fœtus (n°80) montre qu'il existe un courant fort qui souhaite apporter des limitations aux droits fondamentaux des femmes⁴⁴³. Eu égard à ce constat, nous pouvons aisément imaginer la difficulté de faire passer une loi sanctionnant purement et simplement la violation de l'autonomie de la femme et de sa capacité à décider librement de son corps et de sa sexualité. D'autres défenseurs sont également d'avis que la législation belge – pénale et civile – est théoriquement déjà en mesure de réprimer de tels actes⁴⁴⁴. En effet, les droits évoqués par les différentes initiatives législatives étrangères exposées ci-dessus sont déjà consacrés par le droit belge. A titre d'illustration, l'article 2 de la proposition de loi italienne fait en réalité référence aux droits fondamentaux reconnus à tout patient par la L.D.P., tels que le droit au consentement libre et éclairé ou celui de refuser toute intervention médicale⁴⁴⁵. En fin de compte, selon certains il « suffit » d'appliquer la loi belge au contexte de la gynécologie et de l'accouchement, et de pleinement reconnaître aux femmes les droits que la loi accorde en réalité à tout patient quel qu'il soit.

En définitive, les défenseurs affirment qu'il convient d'aller plus loin encore que l'adoption de mesures législatives. En matière de VGO, Make Mothers Matter a relevé que

⁴⁴⁰ *Ibid.*, pp. 852 à 859 ; E. BOULET, *opt. cit.*, pp. 30 à 49.

⁴⁴¹ M. BORGES, *opt. cit.*, pp. 857 à 858.

⁴⁴² Entretien accordé le 27 mai 2020, par Miriam Ben Jattou, présidente chez Femmes de droit – Droit des femmes (a.s.b.l.) ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

⁴⁴³ Entretien accordé le 15 juillet 2020, par Nathalie Colette-Basecqz, avocate spécialisée en droit pénal.

⁴⁴⁴ Entretien accordé le 15 juillet 2020, par Nathalie Colette-Basecqz, avocate spécialisée en droit pénal ; Entretien accordé le 27 mai 2020, par Miriam Ben Jattou, présidente chez Femmes de droit – Droit des femmes (a.s.b.l.) ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

⁴⁴⁵ Proposta di legge, Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico précitée, p. 5.

« the adoption of a law forbidding certain treatments, procedures or behaviours rarely improve the situation as there is no real will to ensure the enforcement of those laws »⁴⁴⁶. L'ONU est arrivé à la même conclusion⁴⁴⁷. En effet, lorsqu'une nouvelle loi est adoptée, encore faut-il se donner les moyens de la mettre en œuvre efficacement. Une évolution des mentalités doit donc être initiée et cela passe nécessairement par une sensibilisation accrue de tous les acteurs : formation des policiers, des magistrats, des professionnels de la santé, accompagnement des victimes, etc⁴⁴⁸.

Pour lutter efficacement contre les VGO, l'adoption d'une loi spécifique n'est donc pas suffisante : il convient également d'amorcer un profond changement au niveau de la culture de la féminité et de la maternité moderne pour que cette loi puisse atteindre ses objectifs⁴⁴⁹.

⁴⁴⁶ MAKE MOTHERS MATTER, « Make Mothers Matter Submission. For the UN rapporteur on violence against women on Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth », *opt. cit.*, p. 2.

⁴⁴⁷ Rapport de l'ONU sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences précité, p. 22.

⁴⁴⁸ Entretien accordé le 15 juillet 2020, par Nathalie Colette-Basecqz, avocate spécialisée en droit pénal ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

⁴⁴⁹ M. BORGES, *opt. cit.*, p. 861 ; Entretien accordé le 27 mai 2020, par Miriam Ben Jattou, présidente chez Femmes de droit – Droit des femmes (a.s.b.l.) ; Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

Conclusion

L'indifférence n'est plus possible face aux VGO, tant en raison de l'étendue de ce phénomène que du sérieux des impacts physiques et psychologiques qu'elles provoquent dans le chef des femmes, de leur bébé et de leur famille. Autrefois tabou, le phénomène des VGO est de plus en plus dénoncé par les défenseurs des droits de la femme. Bien que n'étant pas le seul facteur responsable de la perpétration de ce type de violence, la question du genre occupe une place prépondérante dans la problématique des VGO. C'est pourquoi ce travail cherche à mettre en évidence cette « mécanique du genre » à laquelle personne n'échappe totalement et qui, depuis des siècles, conditionne la société tout entière, dans tous ses domaines et sphères d'activités.

L'histoire, brièvement exposée dans la première partie, révèle comment les femmes ont été exclues du monde médical et dépossédées du contrôle sur leur corps. Le discours du 19^{ème} siècle, écartant la femme en tant que sujet pensant tout en la réduisant à un simple objet, a développé une pratique gynécologique et obstétricale sans la participation des femmes. En résulte une pathologisation excessive de l'accouchement et du corps féminin en général, qui a justifié – et justifie encore aujourd'hui – l'approche interventionniste de la prise en charge médicale des femmes. A l'heure même où les preuves scientifiques recommandent un profond changement des pratiques gynécologiques et obstétricales actuelles, c'est une vision archaïque du corps féminin et de l'enfantement qui est encore enseignée aujourd'hui, et des interventions inutiles, voire dangereuses, sont encore fréquemment effectuées. Cette méconnaissance du corps des femmes conduit la plupart des professionnels de la santé à adopter une attitude paternaliste, parfois même patriarcale, consistant à décider à la place des femmes, d'autant plus lorsqu'ils estiment qu'il en va de l'intérêt du fœtus. Les praticiens n'ont visiblement pas conscience du fait que leur activité médicale n'est rendue licite que sous certaines conditions, dont le consentement libre et éclairé du patient occupe le premier rang. De même, la manière dont est organisée les services de maternité contribue également à la perpétration de ces violences. Les droits fondamentaux des femmes sont ainsi fréquemment méconnus par les professionnels de la santé.

Or, le droit insiste plus que jamais sur l'importance du respect de l'intégrité physique

de l'individu et de son autonomie corporelle. Le droit médical, placé dans l'orbite des droits fondamentaux, reconnaît dès lors au patient le droit de consentir librement à une intervention, après avoir reçu une information claire et précise à ce sujet. Sauf cas d'urgence, le praticien peut devoir indemniser le patient qu'il n'aurait pas correctement informé et dont le consentement serait de la sorte *vicié*. De même, une indemnisation sera également due au patient en cas de *défaut total* de consentement. Le praticien peut également se rendre passible de *coups et blessures* – ou dans certains cas, d'attentat à la pudeur – d'autant plus lorsque le patient n'a purement et simplement pas consenti à l'intervention litigieuse ou lorsque le praticien est intervenu malgré son refus clairement exprimé. Par ailleurs, la plupart des praticiens ne pratiquent pas une médecine conforme à la littérature scientifique et pourrait, sur cette base, voir leur responsabilité engagée. La longueur de ce travail n'a pas permis d'exposer d'autres réponses que le droit peut apporter en matière de VGO. Nous pouvons néanmoins conclure que le droit est techniquement en mesure de les réprimer.

Pourtant, nous avons vu que le contrôle des femmes sur leur corps est un droit fragile. La comparaison de la jurisprudence américaine avec notre propre système judiciaire ainsi qu'avec notre propre culture de la féminité et de la maternité, prouve – dans une certaine mesure – à quel point beaucoup de juges peinent à reconnaître pleinement l'autonomie corporelle des femmes. Ceux-ci sont effectivement fortement influencés par le monde médical ainsi que par les stéréotypes de genre lorsqu'ils rendent leurs décisions. Il en va de même dans la production du droit, qui tend parfois à limiter les droits des femmes, comme le témoigne la proposition de loi précitée sur l'instauration d'une protection juridique prénatale.

Les différentes pistes de réflexions exposées dans la troisième partie sont loin d'être exhaustives mais peuvent néanmoins apporter une pierre à l'édifice dans le combat mené contre les VGO. Le but n'étant pas de revenir sur chacune de ces pistes, nous nous contenterons simplement de souligner la conclusion commune qui ressort de chacune d'elle, à savoir l'importance de la sensibilisation. Les *professionnels de la santé* doivent être sensibilisés afin qu'ils changent leur manière d'enseigner et de pratiquer la gynécologie et l'obstétrique. Des cours de droit plus poussés pourraient être intéressants à cet égard afin de conscientiser les étudiants en médecine sur l'importance que le droit accorde à l'autonomie corporelle de la personne, et par là, au consentement libre et éclairé du patient. Les *juges* et les *parlementaires* doivent également prendre conscience du phénomène des VGO afin de garantir au mieux les droits fondamentaux des femmes. La *communauté en général* doit également être sensibilisée

dans la mesure où les mœurs qu'elle véhicule ont indéniablement un certain poids dans ce combat. Nous avons par exemple vu que l'attentat à la pudeur est défini comme l'atteinte à l'intégrité sexuelle « telle qu'elle est perçue par la conscience collective »⁴⁵⁰. Autrement dit, tant que l'opinion générale légitimera les gestes médicaux effectués sur le corps des femmes sans leur consentement, c'est une partie des VGO qui sera de la sorte légitimée. Enfin, il est également primordial d'informer les *femmes* des droits que la loi leur reconnaît, car nombreuses sont celles qui ne les connaissent pas.

Le but de ce mémoire n'est pas de conclure à l'inutilité totale de la médecine. Il s'agit plutôt de démontrer l'importance de percevoir, dans la prise en charge médicale, la différence entre le « purement » biologique et l'identité de genre construite. Il s'agit également d'insister sur le fait que les médecins ont des obligations et que les patients ont des droits. Tant les praticiens, que les juges et les parlementaires doivent reconnaître la capacité des femmes à prendre des décisions pour elles-mêmes, par rapport à leur vie, leur corps, leur sexualité et leur bébé. Si certaines d'entre elles souhaitent se soumettre à des examens médicaux ou recourir à certaines interventions médicales, leur choix doit être respecté. Il en va de même pour celles qui préfèrent ne pas s'y soumettre, au risque de violer leurs droits fondamentaux. En matière de soins maternels, le « modèle de grossesse à deux patients » ne doit pas aboutir à ce que l'intérêt du bébé prime impérativement sur les droits de la mère : il s'agit plutôt de considérer que les droits de la mère sont communs aux intérêts de son bébé⁴⁵¹. En fin de compte, il est primordial qu'une relation de confiance s'installe entre l'équipe médicale et la patiente, 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 respectueuse⁴⁵².

Il convient d'inscrire les VGO dans un contexte historique, politique, économique et social, afin de repenser tout le système sur lequel repose ce type de violence et qui porte atteinte aux droits des femmes⁴⁵³. En définitive, une véritable révolution des mentalités doit être menée, « mais comme toutes les avancées concernant les droits des femmes, l'avenir dure longtemps »⁴⁵⁴.

⁴⁵⁰ A. DE NAUW et F. KUTY, *opt. cit.*, p. 231.

⁴⁵¹ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 234.

⁴⁵² Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

⁴⁵³ C. MICHEL et C. SQUIRES, *opt. cit.*, pp. 22 à 33.

⁴⁵⁴ Ovidie, *opt. cit.*

Annexes

Annexe 1. Témoignages des violences gynécologiques et obstétricales

Cette annexe a pour objectif de rendre compte des divers cas de violences gynécologiques et obstétricales au travers de témoignages, afin que le lecteur perçoive mieux la fréquence, la gravité et les conséquences de ce type de violence. Ces témoignages ont été repris sur différents réseaux sociaux ou dans les documents concernant les VGO. Tous ces témoignages sont anonymes ; tout prénom est purement fictif.

Pour une question de clarté, les témoignages ont été classés en différentes catégories bien que certains d'entre eux pourraient relever de plusieurs catégories à la fois. Il est également important de préciser que ce n'est qu'une infime partie d'exemples qui est reproduite ici. Rien qu'en 2014, plus de 7000 témoignages ont été publiés en moins de 24 heures suite à la publication de l'hashtag #PayeTonUterus sur le réseau social Twitter. D'autres continuent d'affluer tant sur les réseaux sociaux qu'à l'occasion d'enquêtes relatives aux VGO. Il convient donc de garder à l'esprit que les VGO sont loin d'être des actes isolés et que cette annexe ne prétend à aucune exhaustivité.

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



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, p. 56.



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

Louise, âgée de 17 ans, souhaite prendre la pilule.

« A l'époque, je croyais que pour avoir la pilule, il fallait forcément passer par le gynécologue. Pour la première fois de ma vie, j'ai donc pris rendez-vous chez un gynécologue. Mon père m'a accompagnée en voiture ».

Trois gynécologues travaillent dans ce cabinet très réputé qui fonctionne « comme une usine » : chaque consultation dure un quart d'heure maximum, les patientes se succèdent à la chaîne. C'est le tour de Louise. Son père reste en salle d'attente. Face au médecin, la jeune fille explique qu'elle souhaite prendre la pilule.

- Vous avez quel âge ?
- J'ai 17 ans.
- Ah... Et pourquoi voulez-vous prendre la pilule ? lui demande le spécialiste.
- J'ai des règles très irrégulières.
- Est-ce que vous êtes vierge ?
- Euh... Non, je ne suis plus vierge.

Sans un mot, le gynécologue se lève et sort du bureau. Il ouvre la porte et interpelle le père de Louise dans la salle d'attente. Il l'invite à entrer et pousse la porte derrière lui.

« Monsieur, votre fille n'est plus vierge », annonce tout à trac le médecin.

Le père en reste pantois. Il dévisage l'homme qui se tient debout devant lui, puis tourne son regard vers sa fille. Abasourdie, Louise est figée sur sa chaise. « D'accord », finit-il par répondre. Le praticien fait signe au père de s'asseoir face à son bureau et demande à la jeune fille de le suivre dans la pièce attenante. Il la fait se déshabiller entièrement et s'installer sur la table d'examen. Sans l'avertir, il lui introduit brutalement un spéculum en métal. Elle gémit sous la douleur. « Détendez-vous, sinon je ne vais rien pouvoir regarder », lui répète à trois reprises le praticien.

« Plus il m'ordonnait de me détendre, plus je me crispais, confie Louise. Après, il m'a palpé les seins. J'ai vécu cet examen comme une épreuve. Physiquement et psychologiquement ».

Cette investigation gynécologique terminée, le médecin retourne s'asseoir à son bureau. Face à Louise et à son père, il gribouille une ordonnance tout en marmonnant nerveusement des bribes de paroles incompréhensibles. Le père signe un chèque. Sa fille repart avec une prescription de pilule contraceptive. « Celui-ci, c'est terminé, déclare le père une fois dehors. On ne le verra plus jamais ».

« C'était ma première visite chez un gynécologue. Je n'ai plus voulu en consulter pendant plusieurs années, explique Louise. À l'époque, je ne savais pas que j'aurais pu me révolter face à une telle attitude de la part d'un médecin. Aujourd'hui, je ne réagis plus de la même façon. D'ailleurs, j'ai récemment appris par une amie, qui a presque 40 ans, que ce même gynécologue lui avait refusé un stérilet sous prétexte qu'elle n'avait jamais eu d'enfant et qu'il n'était pas trop tard pour changer d'avis. Elle a claqué la porte ».

H.C.E., *opt. cit.*, p. 57.

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



H.C.E., *opt. cit.*, p. 58.



H.C.E., *opt. cit.*, p. 58.



H.C.E., *opt. cit.*, p. 58.



H.C.E., *opt. cit.*, p. 58.



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

J'ai eu le droit à « encore vous ? Mais vous le faites exprès ? » « dans ces cas là vaut mieux arrêter de faire des enfants si vous n'êtes pas capable de les garder »

#balancetonutérus (Instagram)

Madame F. vint me voir un jour en me racontant qu'à la suite de sa troisième grossesse le gynécologue avait refusé de lui poser de nouveau un DIU en cuivre, méthode qu'elle utilisait depuis des années, et lui avait imposé à SIU hormonal. En quelques mois, elle avait pris dix kilos et avait perdu tout désir d'avoir des relations sexuelles. Au bout de six mois, elle était allée demander à son gynécologue de lui retirer le SIU, il avait refusé tout net. « Pour le poids, vous n'avez qu'à faire attention ! Et pour cette histoire de libido, c'est dans votre tête ! Vous êtes sûre que ça va bien, dans votre couple ? »

M. WINCKLER, *Les Brutes en blanc*, Paris, Points et Flammarion, 2016, p. 93.



#balancetonutérus (Instagram)

J'ai demandé à avoir à manger car je n'avais pas eu de repas depuis la veille au soir à 18h (j'ai accouché à 11h) et qu'on m'a répondu en pleine crise d'hypoglycémie, qu'il allait falloir que j'apprenne à faire passer mon bébé avant moi.

CIANE, « Respect des souhaits et vécu de l'accouchement », disponible sur <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>, août 2012, p. 13.

3. Remarques et injures sexistes

Elles racontent

« "Faut aussi arrêter d'être une salope". Je suis en entretien pour faire un dépistage. J'explique avoir eu un plan cul et ne pas avoir été prudente (d'où mon désir de faire un dépistage). C'est la réponse que l'infirmière ou médecin m'a donné. J'ai cru qu'elle allait me refuser le droit au dépistage. Heureusement non. »

Source : Paye ton gynéco

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

Les femmes c'est comme les juments, celles qui ont de grosses hanches ne sont pas les plus agréables à monter mais c'est celles qui mettent bas le plus facilement

MADAME LE FIGARO, « "Les femmes c'est comme les juments" : une diapositive misogynie au congrès des gynécologues crée la polémique », disponible sur <https://madame.lefigaro.fr/societe/une-diapositive-misogynie-au-congres-des-gynecologues-creee-la-polemique-071218-162515>, 7 décembre 2018.

Encore une hystérique qui est en train de feindre des douleurs

KONBINI, « Violences gynécologiques : des témoignages glaçants », disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=akWaaftmqNmk>, 19 juillet 2018.

4. Actes (interventions médicales, prescription, etc) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente

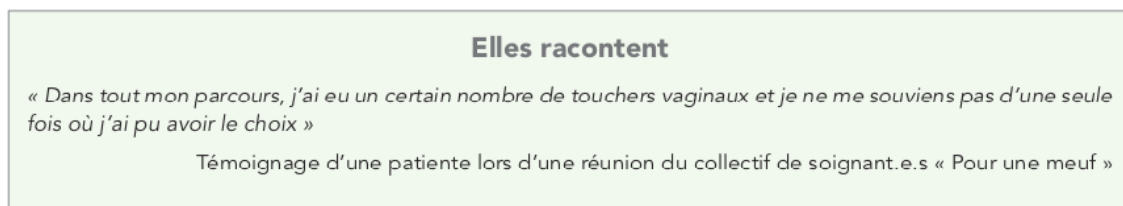
❖ Actes pratiqués sans recueillir le consentement ou défaut information



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



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



H.C.E., *opt. cit.*, p. 61.

Toucher rectal et écho anale, non annoncés

A la suite d'un accouchement qui s'est relativement bien passé malgré une déchirure importante (gros bébé, épaules de travers), je fais un contrôle avec ma gynéco qui est très bien et attentionnée mais me dit qu'il faut que je consulte un spécialiste pour être sûre que la cicatrice est bien avant d'envisager une nouvelle grossesse.

Elle envoie un courrier au spécialiste, dont l'assistante m'appelle, me donne un rendez-vous. J'y vais ne sachant pas en quoi cet examen consiste. Et là le docteur (un homme pour rajouter à l'inconfort) me dit de me déshabiller, de m'installer sur la chaise avec étriers, monte la chaise à 1m30 du sol et se prépare à me faire un examen sans rien m'annoncer au préalable à part qu'on doit contrôler pour voir s'il faut une intervention. Une intervention, quelle intervention? Pour quoi? de quoi? Personne ne m'a parlé d'intervention! Je l'ai arrêté pour lui demander de m'expliquer. Monsieur était surpris, comme si c'était normal qu'on vous fasse un examen sans vous expliquer ce que c'est. Il se trouve que ma déchirure a touché le sphincter et qu'il voulait me faire un toucher rectal et une échographie de l'anus, comme ça, sans rien annoncer ni expliquer, sans consentement. Résultat, je me suis partie sans faire l'examen, en état de stress, et maintenant j'angoisse de devoir y retourner.

H.C.E., *opt. cit.*, p. 61.



H.C.E., *opt. cit.*, p. 66.

J'aurais aimé qu'on m'informe du risque d'hypertonie de l'utérus qui peut faire suite au déclenchement par gel, et notamment à la douleur qui lui est liée (contrairement au déclenchement par perfusion ou par tampon, on ne peut ensuite plus réduire la stimulation de l'utérus puisque le gel ne peut être retiré). J'aurais aimé qu'on discute avec moi des modalités d'accouchement et qu'on me laisse la possibilité de choisir ou au moins de donner mon avis.

CIANE, « Expériences du déclenchement de l'accouchement. Une mise à jour de l'enquête CIANE », disponible sur <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/12/Enquete-du-Ciane-n9-declenchement.pdf>, décembre 2015, p. 28

Je ne voulais pas la péridurale, je leur ai dit non à plusieurs reprises. S'entend l'incompréhension autour de moi, s'entend que finalement j'étais un poids pour eux, un poids de gérer une femme en souffrance. J'ai fini par accepter cette péridurale. Et à partir de là, on m'a laissée pendant 6h dans un coin. On venait me voir de temps en temps en me changeant de position, en espérant que mon bébé descende. Mais mon bébé ne descendait pas. Au bout de 6h, l'obstétricien est entré dans la pièce, il ne m'a même pas adressé un regard, personne ne m'a rien expliqué. J'ai entendu la phrase « ça fait combien de temps qu'elle est là ? », « ça fait 6h », « bon ok on se rejoint au bloc ». Et j'ai appris comme ça que j'allais être césarisée.

Ovidie, « Tu enfanteras dans la douleur », disponible sur <https://www.artefr.fr/videos/081587-000-A/tu-enfanteras-dans-la-douleur/>, 2019 (reportage).

J'essaie de me débattre, j'essaie de me relever. Je lui dis qu'elle me fait mal. Je lui demande d'arrêter, plusieurs fois. Bien sûr, elle n'arrête pas. J'ai toujours l'autre sage-femme qui m'appuie sur le ventre, qui me maintient aussi. C'est vraiment une sensation désagréable... Celle de se sentir comme maintenue de force, contre ma volonté. Et là, je sens un coup de rasoir... Elle était en train de faire une épisiotomie sans m'avoir prévenue. Et surtout, elle a continué de la faire alors que je la suppliais d'arrêter et que je lui disais qu'elle me faisait mal.

Ovidie, *opt. cit.*

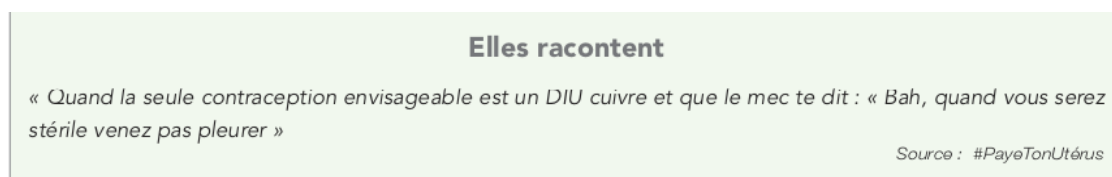
Il commence à me recoudre à vif. Je sursaute à chaque point, à chaque fois que l'aiguille rentre dans ma chair. Personne ne réagit. Mes jambes se referment de douleur. Vraiment de douleur. Et là il me balance : « Alors là ma grande, je ne vais bientôt plus rien voir ». Ce « alors là ma grande », il restera gravé à jamais, j'ai trouvé ça tellement infantilisant, tellement irrespectueux...

Ovidie, *opt. cit.*

❖ Imposition d'un choix de contraception ou non-respect du choix de la patiente



H.C.E., *opt. cit.*, p. 62.



H.C.E., *opt. cit.*, p. 62.



H.C.E., *opt. cit.*, p. 62.

❖ Non-prise en compte de la douleur



H.C.E., *opt. cit.*, p. 64.



H.C.E., *opt. cit.*, p. 64.



H.C.E., *opt. cit.*, p. 64.



H.C.E., *opt. cit.*, p. 64.

Dès qu'il a commencé à recoudre, j'ai donné un grand coup et j'ai dit : « ça me fait mal ». Il a continué à suturer et à me dire de ne pas bouger. C'était horrible, ça faisait super mal, ça a duré 45 minutes. Et en plus, il fallait qu'il vérifie si c'était bien suturé, donc j'ai eu droit au toucher vaginal et toucher rectal.

Ovidie, *opt. cit.*

5. Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement

Elles racontent

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

Source : #PayeTonUterus

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

Elles racontent

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

Source : #PayeTonUterus

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



#balancetonutérus (Instagram)



#balancetonutérus (Instagram)

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



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



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

Elles racontent

« Mon gynéco m'a dit une fois « votre col de l'utérus doit être parfait pour la levrette. »
*Source : page Facebook de l'émission Sur les docks*¹⁰⁵

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



#balancetonutérus (Instagram)



#balancetonutérus (Instagram)

7. Conséquences des violences gynécologiques et obstétricales

❖ Conséquences psychologiques

Elles racontent

« Les gens me disent "vous êtes en bonne santé, votre bébé est en bonne santé, de quoi vous vous plaignez ?" Mais moi clairement, ils m'ont tué à l'intérieur. Ils ont tué mon âme. Je suis retournée dans mon corps il y a à peine quelques mois. Quand je suis sortie de mon accouchement, j'avais stress post-traumatique, je pleurais tout le temps, crises de panique, de larmes, y a les images en boucle de l'accouchement qui reviennent. C'est la mort, c'est comme si on était mort, dans une enveloppe vivante. »

Témoignage d'Elise — Un podcast à soi (n°6)⁵⁹

H.C.E., *opt. cit.*, p. 44.

J'ai mis des mois à m'en remettre. Je ne pouvais plus dormir sans me retrouver dans cette pièce, attachée, avec des gens autour de moi avec un scalpel... et toutes les nuits je me faisais ouvrir le ventre.

Ovidie, *opt. cit.*

Je me suis sentie humiliée et violée. Je pleure encore quand je repense à mon accouchement mais ce ne sont pas des larmes de joie.

Ovidie, *opt. cit.*

J'ai été tuée de l'intérieur. J'ai été complètement détruite et j'ai dû me reconstruire durant 2 ans et demi. Heureusement, je suis quelqu'un de fort, mais beaucoup n'y échappent pas. On est vraiment dans le même état que les personnes qui ont subi des attentats, des victimes de viol, de guerre. Ce sont de réelles agressions, il faut vraiment prendre conscience de ça. Dans ma vie je n'ai jamais été traumatisée, violée,... j'avais une belle vie. Il fallait que j'aie accouché pour avoir un traumatisme de viol. C'est incroyable.

Ovidie, *opt. cit.*

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. DECHALOTTE, *Le livre noir de la gynécologie. Maltraitements gynécologiques et obstétricaux : libérer la parole des femmes*, Paris, First Editions, 2017, p. 318.

“a aucun moment on m'a dit que j'avais la possibilité de choisir de ne pas être déclenchée ; j'ai sagement obéi parce que le médecin avait parlé ! et je le regrette tellement ! j'ai vraiment été considérée comme une incapable à décider et à gérer mon accouchement ... Le déclenchement à terme a été l'évènement le pire de ma vie ; 3 ans après, et malgré une thérapie, je reste traumatisée par la douleur physique et psychologique que cela a engendré. je suis intimement persuadé que mon bébé, du fait de cette naissance hyper-violente en a été traumatisée : bébé très angoissé, qui dormait extrêmement peu et pas sereinement ; était toujours sur le qui-vive ; relation de rejet envers moi sa mère jusqu'à ses 3 ans, après l'avoir emmené en thérapie. je parle d'une naissance hyper-violente, car j'ai moi-même souhaité la mort pendant les contractions tellement c'était une douleur inhumaine ; je précise que je suis loin d'être “douillette”, et que j'ai accouché sans péridurale pour mon 2eme enfant, en trouvant que ces contractions là, les vraies, les naturelles c'était de la “gnognotte” à côté des contractions forcées ; ce sont les termes que j'ai utilisé 5 mn après l'expulsion. On ne m'avait jamais parlé du déclenchement, il a été fait sans véritables raisons médicales, sans m'informer de ma possibilité à choisir de l'accepter ou refuser, sans vraiment savoir le déroulement, sans aucun accompagnement pendant le travail, ni conseil, ni rien ... la seule chose que j'ai osé demandé était d'avoir accès à un ballon pour tenter de faire avancer le travail, et la sage-femme n'est jamais revenue me l'apporter (avait été trop occupée d'après ce qu'elle m'a dit par la suite ...)”

CIANE, « Expériences du déclenchement de l'accouchement. Une mise à jour de l'enquête CIANE », *opt. cit.*, p. 13

❖ Conséquences physiques

J'en souffre encore aujourd'hui, 4 ans plus tard, lors des rapports.

CIANE, « Épisiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes », disponible sur <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enquête-episiotomie-Ciane-2013.pdf>, novembre 2013, p. 20.

Depuis son accouchement, Florence 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 Florence en pleurant. *Je lutte pour mon mari et ma fille* ».

M. DECHALOTTE, *opt. cit.*, p. 261.

❖ Conséquences sur la vie sociale, familiale et sexuelle

Mon accouchement tournait en boucle dans ma tête. C'était très compliqué car mon mari a tout vu puisqu'il était présent. Dans les premiers temps, juste être allongée nue à côté de lui, cela me rebasculait directement et visuellement en « salle 5 ».

Ovidie, *opt. cit.*

Au niveau des rapports sexuels, ce n'était même pas la peine d'essayer. J'avais mal déjà sans rien faire... Ce n'est qu'une fois que j'ai été chez la kiné que ça a commencé à aller mieux. Elle m'a expliqué que, comme à la suite d'un viol, les muscles du périnée se contractent tout seul quand on essaie de pénétrer. Et c'était pour ça qu'on ne pouvait pas avoir de rapport.

Ovidie, *opt. cit.*

Durant les deux années qui ont suivi mon accouchement, je n'ai pas eu de vie sexuelle.

M. DECHALOTTE, *opt. cit.*, p. 319.

"on ne m'a jamais demandé mon accord pour le déclenchement : j'ai eu un accouchement affreusement douloureux et pénibles, les suites ont été très dures même vis à vis de mon enfant cela a été très dur ! beaucoup de mal à créer des liens car la douleur que j'avais subi était toujours présente et j'avais dû mal à passer dessus, à l'oublier si je peux dire ça !

CIANE, « Expériences du déclenchement de l'accouchement. Une mise à jour de l'enquête CIANE », *opt. cit.*, p. 13.

❖ Détérioration du rapport aux soins

Elles racontent

« Gabrielle, musicienne frôlant la cinquantaine, avoue "une peur bleue" d'aller chez le gynécologue : "Je suis terrorisée à l'idée des maladies qu'il pourrait me trouver." L'examen en lui-même la glace : "Il faut se mettre totalement à poil, les pieds dans les étrières... Je déteste ça. Et puis je me traîne une grosse culpabilité parce que je gère mal les questions de sexualité, le préservatif, etc." Tout ça fait qu'elle loupe régulièrement le rendez-vous. "Ensuite, comme je n'ose pas rappeler, je me sens obligée de changer de gynéco. Et j'erre comme ça, de gynéco en gynéco depuis des années." »⁶⁷

H.C.E., *opt. cit.*, p. 45.

8. Sexisme au sein même de la formation médicale

Elles racontent

Une étudiante de 24 ans en externat dans un grand hôpital parisien témoigne du caractère omniprésent et banalisé du sexisme : « *C'est simple, je ne peux même pas me souvenir de la blague sexiste qui m'a le plus choquée. Il y en a tellement qu'on finit par ne plus relever* ».

« *À l'hôpital, mon chef de service m'appelle "petite chienne" »*, raconte une jeune externe en médecine de 23 ans, étudiante à l'université Paris-V.

« *Je me souviens d'une opération en orthopédie, le chirurgien m'a regardée en me disant : "Tu vois, je plante ce clou dans l'os comme ma bite dans ta chatte." Sur le coup, on ne dit rien, on rit jaune, mais c'est violent.* » témoigne une autre externe.

Témoignages recueillis par le journal Le Monde, article du 17 novembre 2017¹⁷⁷

H.C.E., *opt. cit.*, p. 98.

**« Ses lèvres feraient un beau collier pour
ma bite ! »**

Un interne au sujet d'une des externes du service.



» Citation 19 novembre 2017

#payetablouse disponible sur <https://payetablouse.fr>, (9 novembre 2017).

**« Tu fais ça bien. Je te déchirerai bien tous
tes trous, là maintenant. »**

Un médecin urgentiste, pendant que je montrais à une étudiante infirmière comment faire une découpe de poche de stomie.
J'ai eu un blâme pour lui avoir répondu.



» Citation 19 novembre 2017

#payetablouse disponible sur <https://payetablouse.fr>, 19 novembre 2017.

**« Gynéco ? Une femme c'est fait pour faire
des gosses, c'est tout. »**

Le chef de service de gynécologie présent à ma thèse, qui me demandait
ce que je voulais faire. (C'était l'époque où on choisissait sa spécialité
après la thèse en passant les concours.)



» Citation 19 novembre 2017

#payetablouse disponible sur <https://payetablouse.fr>, 19 novembre 2017.

Annexe 2. Lexique

Les définitions reprises dans cette annexe ont pour but de rendre plus intelligibles certains termes et expressions utilisés dans le cadre de ce travail. Il s'agit de les définir le plus clairement et simplement possible afin d'améliorer la compréhension du travail, et non pas de donner des définitions précises sur le plan scientifique.

N.B. L'accouchement est composé de trois phases successives. La première est la phase de travail, durant laquelle ont lieu les contractions et l'ouverture progressive du col de l'utérus. La deuxième phase est la phase d'expulsion durant laquelle le fœtus s'engage dans le vagin pour en sortir complètement. Enfin, le troisième stade de l'accouchement est l'éjection du placenta, appelé phase de délivrance⁴⁵⁵.

Accouchement physiologique : accouchement au cours duquel seules les ressources de la femme et de l'enfant pour naître sont utilisées, sous la vigilance mais sans interférence des professionnels de la santé⁴⁵⁶.

Accouchement vaginal opératoire : accouchement au cours duquel le praticien recourt à l'utilisation de forceps ou de ventouse sur la tête fœtale pour aider le bébé à sortir⁴⁵⁷.

Césarienne : intervention chirurgicale qui consiste à extraire un enfant de l'utérus maternel par incision des parois abdominales et utérines⁴⁵⁸.

Déclenchement : procédé qui consiste à déclencher des contractions avant le début du travail par des moyens médicamenteux ou par la rupture artificielle de la poche des eaux⁴⁵⁹.

Délivrance : troisième phase de l'accouchement qui renvoie à l'expulsion du placenta après la sortie du bébé⁴⁶⁰. En principe, la délivrance est spontanée, mais si le placenta tarde à sortir, le praticien peut alors pratiquer une délivrance artificielle, consistant à introduire une main dans les voies génitales afin de décoller le placenta pour l'extraire de l'utérus. La délivrance artificielle est toujours suivie d'une révision utérine⁴⁶¹.

Endométriose : L'endométriose est une maladie gynécologique inflammatoire chronique qui provoque, entre autres, des douleurs intenses dans le bas-ventre⁴⁶².

Épisiotomie : incision chirurgicale qui consiste à couper le périnée pendant l'accouchement afin de faciliter la sortie du bébé⁴⁶³.

⁴⁵⁵ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, Paris, Michalon, 2018, pp. 53 à 58.

⁴⁵⁶ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Manifeste pour une naissance respectée », disponible sur [HTTP://WWW.NAISSANCERESPECTEE.BE/WP-CONTENT/UPLOADS/2014/06/MANIFESTE-NAISSANCE-RESPECTEE.PDF](http://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2014/06/MANIFESTE-NAISSANCE-RESPECTEE.PDF) 2019, p. 7.

⁴⁵⁷ J. MOLDENHAUER, « Accouchement vaginal opératoire », disponible sur <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gynecologie-et-obstetrique/anomalies-et-complications-du-travail-et-de-l'accouchement/accouchement-vaginal-operatoire>, juin 2018.

⁴⁵⁸ M. DÉCHALOTTE, *Le livre noir de la gynécologie. Maltraitements gynécologiques et obstétricaux : libérer la parole des femmes*, Paris, First Editions, 2017, p. 218 ; HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, « La césarienne. Ce que toute femme devrait savoir », https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/brochure_patient_cesarienne_mel_2013-07-02_11-25-35_632.pdf, 2013, p. 4.

⁴⁵⁹ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Manifeste pour une naissance respectée », *opt. cit.*, p. 7.

⁴⁶¹ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 57 ; M. DÉCHALOTTE, *opt. cit.*, p. 218.

⁴⁶² Gyn&Co, « L'endométriose, c'est quoi ? », disponible sur <https://www.gynandco.be/fr/lendometriose-cest-quoi/>, 14 juin 2016.

⁴⁶³ PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Manifeste pour une naissance respectée », *opt. cit.*, p. 7 ; CIANE, « Épisiotomie : État des lieux et vécu des femmes », disponible sur <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enquête-episiotomie-Ciane-2013.pdf>, novembre 2013, p. 1.

Expression abdominale : Manœuvre qui consiste à appuyer vigoureusement sur le haut du ventre de la femme dans le but d'accélérer l'expulsion de l'enfant ou du placenta⁴⁶⁴. L'expression abdominale est généralement réalisée par l'intervenant à l'aide de ses bras et coudes au moyen desquels il appuie fortement sur le ventre de la parturiente⁴⁶⁵.

Forceps : instrument prenant la forme d'une grande pince et destiné à saisir la tête du bébé pour en faciliter l'expulsion dans certains accouchements difficiles⁴⁶⁶.

Gynécologie : la gynécologie est consacrée à la santé et au bien-être de la femme en dehors de l'accouchement⁴⁶⁷.

Gynécologue : un gynécologue assure la prise en charge de tous les problèmes gynécologiques pendant toute la vie d'une femme. Il n'opère pas et ne suit pas les accouchements⁴⁶⁸.

Monitoring : appareil électronique qui enregistre en continu ou à intervalles rapprochés les contractions utérines et les battements cardiaques du bébé grâce à un capteur à ultrasons mis en place sur le bas du ventre de la mère⁴⁶⁹. A moins qu'il ne s'agisse d'un monitoring sans fil, la femme doit rester immobile et allongée sur le dos⁴⁷⁰.

Obstétricien : un obstétricien suit avant tout les grossesses, les accouchements et prend en charge tout ce qui est chirurgical et pathologique. Il peut également être amené à assurer le suivi gynécologique⁴⁷¹.

Obstétrique : l'obstétrique est consacrée à la santé et au bien-être de la femme pendant la grossesse et l'accouchement⁴⁷².

Ocytocine : hormone dite de l'attachement, de l'amour et du bonheur⁴⁷³. Elle a notamment pour fonction de stimuler la contraction du muscle utérin, et intervient par exemple lors d'un orgasme ou lors des contractions durant un accouchement. Lors de l'accouchement, si les contractions deviennent moins efficaces, il est possible d'injecter des doses d'ocytocine artificielles⁴⁷⁴. Cette injection a cependant pour

⁴⁶⁴ C. MICHEL et C. SQUIRES, « Entre vécu de l'accouchement et réalité médicales : les violences obstétricales », *le Carnet PSY*, n° 220, 2018, p. 33.

⁴⁶⁵ CIANE, « Expression abdominale : une pratique formellement déconseillée toujours en vigueur », disponible sur <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2014/03/EnqueteExpressionAbdominale.pdf>, mars 2014, p. 3.

⁴⁶⁶ Définition du Larousse, disponible sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/forceps/34562?q=forceps#34523>, s.d., consulté le 30 juillet 2020.

⁴⁶⁷ LE FIGARO SANTE, « Gynécologie/Obstétrique. Qu'est-ce que c'est ? », disponible sur <https://sante.lefigaro.fr/sante/specialite/gynecologieobstetrique/quest-ce-que-cest>, s.d., consulté le 30 juillet 2020.

⁴⁶⁸ 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, p. 24.

⁴⁶⁹ Définition du Larousse, disponible sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/monitorage/52229>, s.d., consulté le 30 juillet 2020 ; F. DUPONT, « C'est quoi un monitoring ? A quoi ça sert ? », disponible sur <https://www.babycenter.fr/x50001481/cest-quoi-un-monitoring--a-quoi-ca-sert->, s.d., consulté le 30 juillet 2020.

⁴⁷⁰ J. MARTORY, « A quoi sert le monitoring durant l'accouchement ? », disponible sur <https://www.magicmaman.com/a-quoi-sert-le-monitoring-pendant-l'accouchement,3279213.asp>, 19 novembre 2019.

⁴⁷¹ H.C.E., *opt. cit.*, p. 25.

⁴⁷² LE FIGARO SANTE, « Gynécologie/Obstétrique. Qu'est-ce que c'est ? », disponible sur <https://sante.lefigaro.fr/sante/specialite/gynecologieobstetrique/quest-ce-que-cest>, s.d., consulté le 30 juillet 2020.

⁴⁷³ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, p. 45

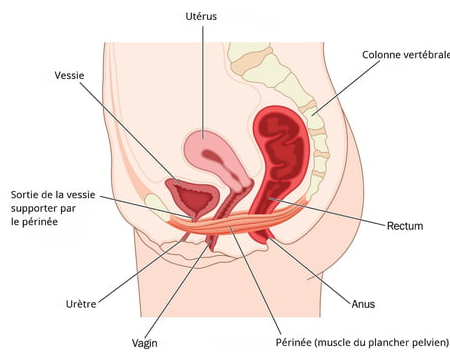
⁴⁷⁴ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 37, 38 et 45 ; Définition du Larousse, disponible sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ocytocine/55589?q=ocytocine#55217>, s.d., consulté le 30 juillet 2020.

effet d'empêcher la libération de l'endorphine, autre hormone normalement produite lors de l'accouchement pour faire face à la douleur⁴⁷⁵.

Parturiente : femme en train d'accoucher⁴⁷⁶.

Péridurale : anesthésie locale du bassin pratiquée surtout au cours de l'accouchement⁴⁷⁷.

Périnée : muscle soutenant les voies digestives inférieures, les voies urinaires et les voies génitales, assurant notamment la continence urinaire et fécale⁴⁷⁸.



Révision utérine : geste manuel pratiqué après l'accouchement afin de vérifier la complète expulsion du placenta de la cavité utérine⁴⁷⁹.

Spéculum : Instrument gynécologique permettant l'examen du vagin et du col de l'utérus par l'écartement des parois⁴⁸⁰.

Ventouse : instrument en plastique qui agrippe la tête du bébé par la succion⁴⁸¹.

⁴⁷⁵ M.-H. LAHAYE, *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, *opt. cit.*, pp. 37 et 38.

⁴⁷⁶ Définition du Larousse, disponible sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/parturiente/58407>, *s.d.*, consulté le 30 juillet 2020.

⁴⁷⁷ Définition du Larousse, disponible sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/péridural/59547?q=péridurale#59187>, *s.d.*, consulté le 30 juillet 2020.

⁴⁷⁸ J. GIORGETTA, « Périnée : définition, anatomie, comment le masser ? », disponible sur <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-anatomie-et-examens/2552720-perinee-definition-anatomie-comment-le-masser/>, 5 août 2019.

⁴⁷⁹ D. LOUESSARD, « Révision utérine après l'accouchement : dans quel cas ? », disponible sur <https://www.journaldesfemmes.fr/maman/guide-grossesse/2628883-revision-uterine-apres-l-accouchement/>, 10 avril 2020.

⁴⁸⁰ Gyn&co, « Spéculum », disponible sur <https://www.gynandco.fr/glossaire/speculum/>, *s.d.*, consulté le 30 juillet 2020.

⁴⁸¹ X., « Accouchement assisté par ventouse ou forceps », disponible sur <https://www.pregnancyinfo.ca/fr/birth/delivery/vacuum-and-forceps-assisted-birth/>, *s.d.*, consulté le 30 juillet 2020.

Bibliographie

Législation

Droit belge

C. civ., art. 1108, 1109, 1116, 1315 et 1382.

C. pén., art. 375, 396, 398 à 400, 418 à 420 et 422bis.

C. jud., art. 870.

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

Loi du 19 décembre 2008 relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique, *M.B.*, 30 décembre 2008.

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.

Travaux préparatoires

Projet de loi modifiant certaines dispositions relatives au crime de viol, discussion des articles, *Doc.*, Sén., 1988-1989, n°675-2.

Proposition de loi modifiant le Code civil en vue d'instaurer une protection juridique prénatale, *Doc.*, Ch., 2019-2020, n°1029/001.

Droit étranger

Code civil français, art. 16, 16-3 et 1382 (nouveau 1240).

Ley organica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de 23 avril 2007, *Gaceta oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela*, n°38. 668.

Proposta di legge, Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico, *Camera dei deputati*, 11 marzo 2016, n°3670.

Organisations internationales

Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne, WHO/RHR/15.02, avril 2015.

General recommendation No. 35 on gender-based violence against women, updating general recommendation No. 19 of Committee on the Elimination of Discrimination against Women, CEDAW/C/GC/35, 26 juillet 2017.

Who recommendations : Intrapartum care for a positive childbirth experience, CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 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.

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

Autres

COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE DE BELGIQUE, « Avis n°53 du 14 mai 2012 relatif au refus de soins médicaux par une femme enceinte ayant une incidence du le fœtus », disponible sur <https://www.health.belgium.be/fr/avis-ndeg-53-refus-de-soins-medicaux-par-une-femme-enceinte>.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, « La césarienne. Ce que toute femme devrait savoir », disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/brochure_patient_cesarienne_mel_2013-07-02_11-25-35_632.pdf, 2013, p. 4.

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.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, « Accouchement normal. Accompagnement de la physiologie et interventions médicales », disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf, décembre 2019.

Jurisprudence

Européenne

Cour Eur. D.H., *arrêt Pretty c. Royaume-Uni*, 29 avril 2002.

Belge

Cass., 24 janvier 2007, *Pas.*, 2007, 167, *J.T.*, 2007, 353, *J.L.M.B.*, 2007, 281, *R.D.P.*, 2007, 385 ; 13 novembre 2001, *Pas.*, n° 613, concl. De Swaef ; 28 avril 1999, *Bull.*, 1999, 598, cité par G. GÉNICOT, *Droit médical et biomédical*, Bruxelles, Larcier, 2016, p. 77.

Cass. (2^{ème} ch), 13 mai 1942, *Pas.*, 1942, p. 125.

Liège, 22 janvier 2009, *J.L.M.B.*, 2009, p. 1161, note G. Génicot, pp. 1165 à 1182.

Anvers (1^{ère} ch.), 21 février 1997, *R.W.*, 1997-1998, p. 1078, note H. Nys.

Liège, 9 avril 1992, *J.L.M.B.*, 1993, p. 8 ; *R.D.P.*, 1993, p. 114, cité par A. DE NAUW et F. KUTY, *Manuel de droit pénal spécial*, Waterloo, Wolters Kluwer, 2018.

Civ. Liège (3^e ch.), 9 avril 2010, *R.T.D.F.*, n°1, 2011.

Française

Cass. fr. (1^{ère} civ.), 23 janvier 2019, *R.G.A.R.*, n°15566, 2019.

Cass. fr. (1^{ère} civ.), 3 juin 2010, *Bull. civ.*, n° 128, 2010.

Cass. fr. 14 février 1950, *J.C.P.*, 1950, II, p. 5423, cité par D. MAYÉRUS et P. STAQUET, « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et son impact sur la relation patient-médecin », *D.C.C.R.*, n°57, 2002, p. 9.

Doctrine

Monographies

- COLETTE-BASECQZ, N. et BLAISE, N., *Manuel de droit pénal général*, 3^e éd., Limal, Anthémis, 2016.
- CORGAS-BERNARD, C. et PIERRE, P., « L'obligation d'information du médecin et le consentement éclairé du patient. Rapport de synthèse », *L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Europe*, Bruxelles, Bruylant, 2015.
- DALCQ, R.-O., « Évolution du droit en matière d'information et de consentement des patients », *Liber amicorum Jozef Van den Heuvel*, Kluwer, 1999, cité par G. GÉNICOT, *Droit médical et biomédical*, Bruxelles, Larcier, 2016, p. 224.
- DÉCHALOTTE, M., *Le livre noir de la gynécologie. Maltraitements gynécologiques et obstétricaux : libérer la parole des femmes*, Paris, First Éditions, 2017.
- DE NAUW, A. et KUTY, F., *Manuel de droit pénal spécial*, Waterloo, Wolters Kluwer, 2018.
- 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.
- FEDERICI, S., *Caliban et la Sorcière. Femmes, corps et accumulation primitive*, Genève, Paris et Marseilles, Entremonde et Senorevo, 2019.
- 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.
- HÉRITIER, F., *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob, 1996.
- KUTY, F., « L'état de nécessité », *Principes généraux du droit pénal belge*, t. II, Bruxelles, Larcier, 2010.
- LAHAYE, M.-H., *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, Paris, Michalon, 2018.
- LEVET, B., *La théorie du genre ou le monde rêvé des anges*, Paris, Grasset, 2014.
- MONTERO, E., *Droit des obligations I*, t. II (1), syllabus, Université de Namur, 2015-2016.
- NYS, N., *La médecine et le droit*, Diegem, Kluwer éditions juridiques, 1995.
- Van OMMESLAGHE, P., *Droit des obligations*, t. 1, Bruxelles, Bruylant, 2010.
- VANSWEEVELT, T. et DEWALLENS, F., *Handboek Gezondheidsrecht*, vol. II : *Rechten van patiënten: van embryo tot lijk*, Antwerpen, Intersentia, 2014.
- WESTER-OUISSE, V., « Causalité incertaine et vraisemblance en matière de responsabilité médicale. Rapport français », *L'indemnisation des victimes d'accidents médicaux en Europe*, Bruxelles, Bruylant, 2015.
- WINCKLER, M., *Les Brutes en blanc*, Paris, Points et Flammarion, 2016.

Ouvrages collectifs

- COLETTE-BASECQZ, N. et BLAISE, N., « Chapitre III. L'avortement », vol. 3 : *Les infractions contre l'ordre des familles, la moralité publique et les mineurs*, Bruxelles, H.-D. Bosly et C. De Valkeneer (dir.), Bruxelles, Larcier, 2011, pp. 23 à 63.

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.

DURANT, I., « A propos de ce lien qui doit unir la faute au dommage », *Droit de la responsabilité. Morceaux choisis*, P. Henry et B. Dubuisson (dir.), vol. 68, Bruxelles, Larcier, 2004, pp. 11 à 45.

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 97.

GENICOT, G., « 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 dommage corporel. État des lieux et perspectives*, I. Lutte (dir.), Limal, Anthémis, 2014, pp. 77 à 124.

GÉNICOT, G., « La maîtrise du début et de la fin de la vie », *Les droits de la personnalité*, J. Renchon (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2009, pp. 29 à 92.

HANNOSSET, H., « Consentement éclairé : fondement, méconnaissance, conséquences », *Droit médical*, Y.-H. Leleu (dir.), vol. 79, Bruxelles, Larcier, 2005, pp. 225 à 265.

HAUSMAN, J.-M., « Chapitre II. Droits et obligations du patient et du psychologue clinicien », *Aspects juridiques et déontologiques de l'activité de psychologue clinicien*, J.-M. Hausman et G. Schamps (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2016, pp. 41 à 242.

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 à 226.

PORCHY-SIMON, S., « Chapitre 1. L'information en santé depuis la loi du 4 mars 2002 », *La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades : 10 ans après*, M. Bacache, A. Laude et D. Tabiteau (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2013, pp. 33 à 50.

SCHAMPS, G., « L'autonomie de la femme et les interventions biomédicales sur son corps en droit belge », *Corps de la femme et biomédecine*, A. Aouij-Mrad et B. Feuillet (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2013, pp. 39 à 68.

Périodiques

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

BLAISE, N., « L'attentat à la pudeur ou la protection de l'intégrité sexuelle telle qu'elle est communément admise », *J.D.J.*, 2009, pp. 19 à 23.

BOHREN, M.-A., VOGEL, J.-P., HUNTER, E.-C., LUTSIV, O., MAKH, S.-K., SOUZA, J.-P., AGUIAR, C., CONEGLIAN, F., DINIZ, A., TUNCALP, Ö., JAVADI, D., OLADAPO, O., KHOSLA, R., HINDIN, M. et METIN GÜLMEZOGLU, A., « The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review », *PLOS Medicine*, June 2015, pp. 1 à 32.

BORGES, M., « A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures during Childbirth as Obstetric Violence », *Duke*, January 2018, pp. 827 à 862.

BOULET, B., « Avant que l'enfant paraisse. La grossesse en milieu populaire, entre reconduction et renforcement des rapports de domination », *Genèse*, n°111, 2018, pp. 30 à 49.

BOURGUIGNON, M., « L'obligation d'information en droit médical, une notion traditionnelle confrontée aux tendances contemporaines », *R.G.D.M.*, 2013, pp. 32 à 49.

CARDI, C., « La « mauvaise mère » : figure féminine du danger », *Mouvements*, n°49, 2007, pp. 27 à 37.

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.

- DALCQ, R.-O., « Responsabilité professionnelle », note sous Liège, 23 avril 1980, *R.G.A.R.*, 1981, n° 10 351.
- D'OLIVEIRIA, A., DINIZ, S. et SCHRAIBER, L., « Violence against women in health-care institutions: an emerging problem », *The lancet*, May 2002, pp. 1681 à 1685.
- FINE, A., « Françoise HÉRITIER, *Masculin, Féminin. La pensée de la différence*. Paris, O. Jacob, 1996 », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n°8, 1998, pp. 1 à 3.
- FLORA, L., « Le concept de patient formateur auprès des étudiants en médecine, un modèle effectif », *Revue générale de droit médical*, 2010, n° 34, p. 115 à 135.
- GÉNICOT, G., « Le manquement du médecin à son devoir d'information cause un préjudice autonome », *J.T.*, 2011, pp. 110 à 113.
- GUYARD, L., « Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines », *Ethnologie française*, n°1, 2010, pp. 67 à 74.
- GUYARD, L., « Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir », *Nouvelles Questions Féministes*, n°3, 2010, pp. 44 à 57.
- HANDMAN, M.-E., « L'œuvre de Paola Tabet ou l'art de renverser le sens commun », *Cahiers du Genre*, n°63, 2017, pp. 187 à 265.
- JAUNAIT, A., « L'enjeu du consentement », *Raisons politiques*, n°46, 2012, pp. 5 à 11.
- JAUNAIT, A., « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation patient-médecin », *Raisons politiques*, n°11, 2003, pp. 59 à 79.
- KEFFER, F., « La naissance d'un enfant après l'échec d'un avortement est-elle constitutive d'un préjudice ? », *J.T.*, 1990, cité par A. DE NAUW et F. KUTY, *Manuel de droit pénal spécial*, Waterloo, Wolters Kluwer, 2018, p. 199.
- KELLY, L., « Le continuum de la violence sexuelle », *Cahiers du Genre*, n° 66, 2019, pp. 17 à 36.
- 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*, April 2018, pp. 721 à 801.
- LANGELAKEN, E., « L'indemnisation des atteintes aux droits de la personnalité et son implication quant à la nature de ces droits », *R.G.D.C.*, 2011, pp. 422 à 444.
- LELEU, Y.-H., « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient », *J.T.*, n° 6109, 2003, pp. 649 à 659.
- LÉVESQUE, S., BERGERON, M., FONTAINE, L. et ROUSSEAU, C., « La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle », *Recherches féministes*, vol. 31, n°1, 2018, pp. 219 à 238.
- MARGUÉNAUD, J.-P., « Le moment unique de l'accouchement troublé par le paternalisme médical (obs. sous Cour eur. Dr. h., Gde Ch., arrêt Dubska et Krejzova c. République tchèque, 15 novembre 2016) », *Rev. Trim. dr. h.*, 2017, pp. 639 à 650.
- MAYÉRUS, D. et STAQUET, P., « La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et son impact sur la relation patient-médecin », *D.C.C.R.*, n°57, 2002, pp. 3 à 48.
- 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.
- PÉREZ D'GREGORIO, R., « Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, novembre 2010, pp. 201 à 202.
- ROMAN, D., « Les violences obstétricales, une question politique aux enjeux juridiques », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 5, 2017, pp. 1 à 15.
- SCHNEIDER, M., « Maternité et aliénation », *L'homme et la société*, n°179-180, 2011, pp. 157 à 340.

VANDENHOUTEN, L., « Le devoir d'information du médecin et le préjudice d'impréparation », *Les pages*, n°65, 2019, p. 2.

Van GYSEGHEM, J.-M., « Droits du patient : quelques réflexions », *R.G.A.R.*, n°6, 2006, pp. 1 à 10.

VUILLE, M., « Le respect dans les soins gynécologiques : un enjeu de mobilisation féministe », *Chronique féministe*, n° 118, 2016, pp. 5 à 7.

Autres

PARRAT, P., *Mobilisations féministes autour des violences gynécologiques et obstétricales : enjeux pour la pratique en santé sexuelle*, travail de diplôme, Haute école de travail social de Genève, 2019.

Divers

Associations

CENTRE D'ACTION LAÏQUE, « Le Centre d'Action Laïque refuse une nouvelle tentative de mettre les femmes sous tutelle », disponible sur <https://www.laicite.be/centre-daction-laique-refuse-nouvelle-tentative-de-mettre-femmes-tutelle/>, 12 juin 2020.

CÉPIP, « 10 messages clés pour 10 années de collecte. Les chiffres régionaux de 2018 en Régions bruxelloise et wallonne confirment la tendance vers une augmentation des facteurs de risques maternels », communiqué de presse, disponible sur https://cepip.be/pdf/CommuniquePresse_CEPiP2018_FR.pdf, 26 mars 2020.

CIANE, « Expériences du déclenchement de l'accouchement. Une mise à jour de l'enquête CIANE », disponible sur <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/12/Enquete-du-Ciane-n9-declenchement.pdf>, décembre 2015.

CIANE, « Expression abdominale : une pratique formellement déconseillée toujours en vigueur », disponible sur <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2014/03/EnqueteExpressionAbdominale.pdf>, mars 2014.

CIANE, « Épisiotomie : Etat des lieux et vécu des femmes », disponible sur <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enquete-episiotomie-Ciane-2013.pdf>, novembre 2013.

CIANE, « Respect des souhaits et vécu de l'accouchement », disponible sur <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>, août 2012.

MAKE MOTHERS MATTER, « Additional Submission of Make Mothers Matter (MMM). Example of best practice to prevent obstetric violence – Maternity preparation workshops "Por venir" organized by CEPRODIH in Uruguay », disponible sur www.ohchr.org, 23 mai 2019.

MAKE MOTHERS MATTER, « Make Mothers Matter Submission. For the UN rapporteur on violence against women on Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth », disponible sur <https://makemothersmatter.org/wp-content/uploads/2019/07/201905-Final-submission-to-UN-rapporteur-obstetric-violence-updated.pdf>, 17 mai 2019.

PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Contribution au rapport : "Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth" », disponible sur <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Plateforme%20citoyenne%20pour%20une%20naissance%20respectée.pdf>, s.d., consulté le 3 juin 2020.

PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Charte mai 2020 », disponible sur <http://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2020/05/charte-PCNR2020.pdf>, mai 2020.

PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Fermeture des petites maternités : les vraies économies sont ailleurs », disponible sur <http://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2020/01/Communiqué-rapport-KCE-suppression-maternité.pdf>, 2020.

PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Argumentaire du manifeste », disponible sur <http://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2015/01/Argumentaire4RevendicationsFINALE1.pdf>, 2019.

PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Manifeste pour une naissance respectée », disponible sur <HTTP://WWW.NAISSANCERESPECTEE.BE/WP-CONTENT/UPLOADS/2014/06/MANIFESTE-NAISSANCE-RESPECTEE.PDF>, 2019.

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/#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-a-defendre/>, 2020.

DUPONT, F., « C'est quoi un monitoring ? A quoi ça sert ? », disponible sur <https://www.babycenter.fr/x50001481/cest-quoi-un-monitoring--à-quoi-ça-sert-+>, *s.d.*, consulté le 30 juillet 2020.

FALCINELLI, S., « Quand l'accouchement vire aux violences obstétricales », disponible sur https://www.rtbf.be/info/societe/detail_quand-l-accouchement-vire-aux-violences-obstetricales?id=9811032, 14 janvier 2018.

GHYSELINGS, M., « La Belgique avance une nouvelle proposition de loi inquiétante pour les droits des femmes », disponible sur <https://www.moustique.be/26255/la-belgique-avance-une-nouvelle-proposition-de-loi-inquietante-pour-les-droits-des-femmes>, 2020.

GIORGETTA, J., « Périnée : définition, anatomie, comment le masser ? », disponible sur <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-anatomie-et-examens/2552720-perinee-definition-anatomie-comment-le-masser/>, 5 août 2019.

Gyn&Co, « L'endométriase, c'est quoi ? », disponible sur <https://www.gynandco.be/fr/lendometriose-cest-quoi/>, 14 juin 2016.

Gyn&co, « Spéculum », disponible sur <https://www.gynandco.fr/glossaire/speculum/>, *s.d.*, consulté le 30 juillet 2020.

IZI NEWS, « Le fœtus plus important que la maman ? », disponible sur <https://www.facebook.com/TarmacRTBF/videos/647216296199863>, 11 juin 2020.

LAHAYE, M.-H., « La protection de « l'enfant à naître » : une mise sous tutelle des femmes enceintes », disponible sur https://www.rtbf.be/info/dossier/les-grenades/detail_la-protection-de-l-enfant-a-naître-une-mise-sous-tutelle-des-femmes-enceintes-une-chronique-de-marie-helene-lahaye?id=10516772, 6 juin 2020.

LAHAYE, M.-H., « Un premier documentaire sur les violences obstétricales sur Arte – Interview d'Ovidie », disponible sur <http://marieaccouchela.net/index.php/2019/07/02/un-premier-documentaire-sur-les-violences-obstetricales-sur-arte-interview-dovidie/>, 2 juillet 2019.

LAHAYE, M.-H., « Le Conseil de l'Europe adopte une résolution sur les violences obstétricales », disponible sur <http://marieaccouchela.net/index.php/2019/10/04/le-conseil-de-leurope-adopte-une-resolution-sur-les-violences-obstetricales/>, 4 octobre 2019.

LAHAYE, M.-H., « Victoire ! Les violences obstétricales sont pour la première fois évoquées au niveau politique », disponible sur <http://marieaccouchela.net/index.php/2017/07/25/victoire-les-violences-obstetricales-sont-pour-la-premiere-fois-evoquees-au-niveau-politique/>, 25 juillet 2017.

LAHAYE, M.-H., « Le sexisme du Dr Israël Nisand, Président du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français » disponible sur <http://marieaccouchela.net/index.php/2017/06/15/le-sexisme-du-dr-israel-nisand-president-du-college-national-des-gynecologues-et-obstetriciens-francais/>, 15 juin 2017.

LAHAYE, M.-H., « L'examen gynécologique des jeunes femmes : un droit de cuissage moderne », disponible sur <http://marieaccouchela.net/index.php/2016/10/06/lexamen-gynecologique-des-jeunes-femmes-un-droit-de-cuissage-moderne/>, 6 octobre 2016.

LAHAYE, M.-H., « Être une femme, c'est avoir mal », disponible sur <http://marieaccouchela.net/index.php/2014/03/06/etre-une-femme-cest-avoir-mal-4/>, 6 mars 2014.

LE FIGARO SANTE, « Gynécologie/Obstétrique. Qu'est-ce que c'est ? », disponible sur <https://sante.lefigaro.fr/sante/specialite/gynecologieobstetrique/quest-ce-que-cest>, *s.d.*, consulté le 30 juillet 2020.

LOUESSARD, D., « Révision utérine après l'accouchement : dans quel cas ? », disponible sur <https://www.journaldesfemmes.fr/maman/guide-grossesse/2628883-revision-uterine-apres-l-accouchement/>, 10 avril 2020.

MADAME LE FIGARO, « "Les femmes c'est comme les juments" : une diapositive misogyne au congrès des gynécologues crée la polémique », disponible sur <https://madame.lefigaro.fr/societe/une-diapositive-misogyne-au-congres-des-gynecologues-creee-la-polemique-071218-162515>, 7 décembre 2018.

MARTORY, J., « A quoi sert le monitoring durant l'accouchement ? », disponible sur <https://www.magicmaman.com/a-quoi-sert-le-monitoring-pendant-l-accouchement,3279213.asp>, 19 novembre 2019.

MOLDENHAUER, J., « Accouchement vaginal opératoire », disponible sur <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gynecologie-et-obstetrique/anomalies-et-complications-du-travail-et-de-l-accouchement/accouchement-vaginal-operatoire>, juin 2018.

PIQUET, C. et THIBERT, 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>, 2017.

VIDAL, C., « Genre et recherche en santé. Note du Comité d'éthique », disponible sur https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-08/Inserm_Note_ComiteEthique_GroupeGenre_juin2014.pdf, 14 juin 2014.

X., « Accouchement assisté par ventouse ou forceps », disponible sur <https://www.pregnancyinfo.ca/fr/birth/delivery/vacuum-and-forceps-assisted-birth/>, *s.d.*, consulté le 30 juillet 2020.

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

Sources audio et audiovisuelles

KONBINI, « Violences gynécologiques : des témoignages glaçants », disponible sur <https://www.youtube.com/watch?v=akWaaqmNmK>, 19 juillet 2018.

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

RTBF, « Tendance Première : le Woman-centered Car. Avec la sage-femme Aline Schoentjes », disponible sur [HTTPS://WWW.RTBF.BE/AUVIO/DETAIL_TENDANCES-PREMIERE-LES-TRIBUS?ID=2648338](https://www.rtbf.be/audio/detail_tendances-premiere-les-tribus?id=2648338), 18 juin 2020, (audio).

Interviews

Entretien accordé le 21 octobre 2019, par Michèle Warnimont, sage-femme référente du Cocon.

Entretien accordé le 4 novembre 2019, par Marie-Hélène Lahaye, juriste et auteure du livre « Accouchement. Les femmes méritent mieux ».

Entretien accordé le 27 mai 2020, par Miriam Ben Jattou, présidente chez Femmes de droit – Droit des femmes (a.s.b.l.).

Entretien accordé le 28 mai 2020, par Gilles Génicot, avocat en droit de la responsabilité médicale.

Entretien accordé le 29 mai 2020, par Caroline Daelemans, gynécologue-obstétricienne.

Entretien accordé le 4 juin 2020, par une juriste membre de l'a.s.b.l. Prémisses.

Entretien accordé le 15 juillet 2020, par Nathalie Colette-Basecqz, avocate spécialisée en droit pénal.

