



Plateforme citoyenne pour une naissance respectée

Contribution au rapport :

« **Mistreatment and violence against women during reproductive health care with a focus on childbirth** »

Identification de la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée :

Depuis 2014, la Plateforme pour une naissance respectée rassemble des citoyen·ne·s, usagères, parents, professionnel·e·s de la santé, associations, féministes, représentant·e·s de la société civile, rappelle le droit des femmes à choisir les circonstances de leur accouchement dans l'intérêt des nouveau-nés, des mères et de leur partenaire. Depuis 2017, le besoin de se structurer, de se donner des moyens institutionnels pour poursuivre ces revendications est devenu incontournable. De ce fait, la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée est devenue une **asbl** qui souhaite atteindre ses objectifs à travers des actions notamment de :

- Plaidoyers
- Campagnes médiatiques, événements publics
- Activités d'éducation permanente
- Publications
- Information et orientation.

Nous émettons 4 revendications pour une naissance respectée :

1. Une information systématique et complète sur l'accouchement.
2. Une transparence des pratiques hospitalières et extra-hospitalières
3. Une prévention des interventions médicales non justifiées
4. Un renforcement des compétences et de la complémentarité des différents professionnels de la naissance.

Coordonnées de contact :

info@naissancerespectee.be

<http://www.naissancerespectee.be>

Présidente : Florence Guiot gsm : 0473 52 93 06

Rapport réalisé par Paola Hidalgo, Fabienne Richard et Florence Guiot

1. Please indicate whether in your country there are cases of mistreatment and violence against women during reproductive health care, particularly facility-based childbirth. If so, please specify what kind of cases and describe your country's response and any good practices, including protection of human rights;

Les cas que nous avons identifié depuis 2014, repertoirés suite à des témoignages de femmes qui nous ont contactées:

Lors de consultations gynécologiques:

- Jugements concernant le choix de la contraception, surtout lorsque les femmes demandent des alternatives à la contraception hormonale ("encore une écolo-bobo ignorante", "si vous tombez enceinte sans prendre la pilule, ne venez pas vous plaindre", "vous êtes trop jeune pour avoir un stérilet")
- Commentaires sur le mode de vie/l'orientation sexuelle des patientes

Lors des interruptions volontaires de grossesse:

- Malgré la dépénalisation partielle dont l'avortement fait l'objet en Belgique, certains professionnels ont des attitudes jugeantes, notamment quand les femmes procèdent à plusieurs avortements.
- Lors d'avortements médicamenteux, manque d'information sur le déroulé de l'avortement, sur les possibles douleurs et non-administration de médication pour la douleur
- Lors d'avortements par aspiration, si la patiente est non-accompagnée, manque de support affectif
- Informations insuffisantes sur les différentes procédures
- Présence de sites de désinformation
- Présence d'associations religieuses qui se font passer pour ou par? des plannings familiaux et qui manipulent les femmes enceintes afin de les dissuader d'avorter ou leur font faire perdre du temps (le délai légal pour une IVG est très court en Belgique, à peine 12 semaines)

Lors de consultations prénatales:

Lors de la détection d'un mauvais développement du fœtus, certaines professionnels au sein d'hôpitaux catholiques minimisent les risques et évitent d'aborder l'interruption médicale de grossesse ou à l'inverse programme l'avortement avant d'en parler à la patiente

Lors des accouchements:

- expression abdominale, qui est une pratique proscrite par l'OMS
- point du mari
- suture des épisiotomies ou des déchirures sans anesthésie
- césarienne sans anesthésie
- une femme qui accouche sans assistance au sein de l'hôpital (le personnel n'a pas cru qu'elle était vraiment en travail)
- plus rarement, révision utérine sans anesthésie
- épisiotomies sans consentement
- épisiotomies pratiquées malgré le refus de la patiente

- moqueries, commentaires sur l'apparence physique de l'enfant ou de la mère (lorsque les soignant.e.s pensent que la patiente ne comprend pas ou est endormie)
- non respect du projet de naissance
- injection de médicament dans la perfusion sans information ou consentement
- optimisation du travail par le décollement des membranes, la rupture de la poche des eaux ou l'injection d'ocytocine de synthèse pour accélérer le travail alors que l'OMS le déconseille

De manière générale, voici le contexte belge de la naissance :

Le respect du temps et de la physiologie de l'accouchement est la meilleure garantie du bien-être de la mère et de l'enfant. Aujourd'hui, le contexte belge s'y prête trop rarement comme en témoignent les données épidémiologiques autour de la naissance.

En Belgique, un enfant sur cinq naît par **césarienne**. Si la moyenne reste raisonnable par rapport à d'autres pays européens qui dépassent les 30% voir les 50% (European Perinatal Health Report 2010¹), il existe des grandes disparités entre les hôpitaux qui ne sont pas toujours justifiées par le profil médical des mères et par le type d'établissement. Des logiques financières (une césarienne dure moins longtemps qu'un accouchement mais est facturée plus), d'organisation du service (les césariennes se programment durant les heures ouvrables), des facteurs individuels (certains médecins césarisent plus facilement que d'autres), le poids du médico-légal (on reprochera plus à un médecin de n'avoir pas fait une césarienne à temps que d'avoir fait trop de césariennes) contribuent également à l'augmentation du nombre de césariennes. Pour repère, les dernières études et revues scientifiques internationales démontrent qu'au-delà de 10-15%² de césariennes on n'améliore pas la santé de la mère et l'enfant mais qu'au contraire on peut entraîner des complications iatrogènes*. Les organisations professionnelles des gynécologues en Belgique ont reconnu ce risque lié à une augmentation du nombre de césariennes et ont émis des recommandations pour en diminuer le taux³.

En ce qui concerne le **déclenchement* de l'accouchement** on note des chiffres très élevés en Belgique en particulier en Wallonie où 33% des accouchements ont été induits en 2010. Si on y ajoute les 10,4% de césariennes pratiquées avant le travail, cela signifie que seulement 56,6% des femmes enceintes ont commencé leur travail naturellement en Wallonie. L'induction d'un accouchement en provoquant de manière artificielle des contractions – moins supportables pour la mère - entraîne un recours quasi-systématique à la péridurale, qui elle-même peut être à l'origine d'une malposition du bébé quand elle est posée trop tôt. On provoque ainsi une « cascade » d'interventions et l'induction peut être le point de départ de toute une série d'interventions : péridurale, ventouse ou forceps, voire césarienne. Si les taux d'inductions sont connus, une autre pratique courante est moins visible dans les statistiques hospitalières, c'est « **l'optimisation** » de l'accouchement. On rompt la poche des eaux ou on pose une perfusion d'ocytocine sans l'information et /ou le consentement de la patiente pour accélérer l'accouchement. L'usage de

¹ <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>

² Ye J, Betrán AP, Vela MG, Souza JP, Zhang J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. Birth. 2014 Apr 11. doi: 10.1111/birt.12104

³ <http://www.ggolfb.be/Public/Document.aspx?doc=c2973e68-7c7e-4b4c-b668-bc1ff09aeaea>

l'ocytocine (l'hormone artificielle mise dans la perfusion pour provoquer des contractions) est banalisé alors qu'une étude française montre que son utilisation pendant le travail augmente le risque d'hémorragie grave du post-partum (et ceci proportionnellement à la dose reçue)⁴.

En matière d'**épisiotomie***, la Flandre arrive en tête avec 54% d'épisiotomie contre 36,1% à Bruxelles et 45,4% en Wallonie. Pour repère, les dernières revues systématiques de la littérature démontrent l'intérêt d'un usage restrictif de l'épisiotomie et montrent les effets négatifs des épisiotomies de routine⁵. Les taux élevés d'épisiotomie en Belgique ne sont pas justifiés. En Suède et au Danemark, le taux d'épisiotomie était respectivement de 6,6% et de 4,9% en 2010. Des femmes peuvent souffrir toute leur vie d'une cicatrice d'épisiotomie douloureuse. Cette douleur peut avoir un impact négatif pour la santé sexuelle des femmes. Diminuer les épisiotomies est donc un moyen de préserver leur droit à une vie sexuelle satisfaisante une fois qu'elles deviennent mères.

La prise en charge des **mères fortement précarisées** pose question. D'après le CEpiP en 2011⁶, à Bruxelles, 65% des mères qui ont accouché étaient d'origine étrangère et 12% étaient mères célibataires et vivaient seules. Selon les chiffres disponibles, on peut constater un taux plus important de césariennes chez les femmes d'origine africaine: pour les primipares* et un bébé vivant se présentant par la tête, on avait en 2011 pour Bruxelles 28% de césariennes chez les femmes d'une nationalité d'un pays d'Afrique Sub-saharienne contre 15% chez les femmes de nationalité belge. Pour la Wallonie, l'écart est encore plus grand, 32% de césariennes chez les femmes d'une nationalité d'un pays d'Afrique Sub-saharienne contre 16% chez les femmes de nationalité belge pour la même situation. Ces données brutes, qui devraient être affinées par une analyse tenant compte du profil des mères et des pathologies associées, interpellent néanmoins du fait des écarts importants qu'elles mettent en lumière et appellent une étude plus approfondie.

En matière de **compétences et de partage efficient des rôles entre les différents professionnels** de la naissance, il est important de souligner que la Belgique ne reconnaît pas suffisamment aux sages-femmes leur compétence dans le suivi et l'accouchement des femmes enceintes à bas risque. Alors que dans les pays voisins que sont la France, le Royaume-Uni ou les Pays-Bas, la majorité des accouchements sans complications sont réalisés par des sages-femmes, en Belgique, ce sont les gynécologues qui restent les premiers prestataires en matière d'accouchement. Ce mode de fonctionnement entraîne des dépenses supplémentaires pour le système de sécurité sociale : une césarienne coûte plus cher qu'un accouchement (en 2010, une césarienne coûtait 4013,31 € à l'assurance obligatoire, un accouchement voie basse en milieu hospitalier 2909,13 €⁷).

Dans le système actuel hospitalier en Belgique, de nombreuses femmes se sont senties **dépossédées de leurs droits les plus fondamentaux** et ne se sont pas senties respectées dans leur projet de naissance. Certaines femmes se sont senties tellement diminuées, infantilisées, voire maltraitées psychologiquement ou physiquement qu'elles en souffrent encore plusieurs années

⁴ Belghiti J, Kayem G, Dupont C, et al. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based cohort-nested case-control study. *BMJ Open* 2011;1:e000514. doi:10.1136/bmjopen-2011-000514
<http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000514.full.pdf+html>

⁵ Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. [Systematic Review] Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.

⁶ Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2011. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2013. Leroy Ch, Van Leeuw V, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2011. Centre d'Épidémiologie Périnatale, 2013.

⁷ Mutualités Libre. Le cout hospitalier des accouchements en Belgique. 2012, Bruxelles. <http://www.mloz.be/files/etudeaccouchementfr.pdf>

après leurs accouchements. Les **interventions médicales non validées scientifiquement** et pratiquées sans le consentement éclairé de la patiente durant la grossesse et l'accouchement doivent être reconnues comme des **violences obstétricales***.

Voici une liste non exhaustive de pratiques très fréquentes dans les maternités hospitalières sans validité scientifique (pratiquées '*par habitude*', parce que '*tout le monde fait comme ça dans le service*') et sans consentement de la femme (on pense qu'elle ne peut pas comprendre). Ces pratiques qui viennent perturber la physiologie de l'accouchement peuvent en entraver le bon déroulement^{8,9}:

- Le déclenchement du travail sans consentement de la patiente
- La position imposée sur le dos pendant le travail et l'accouchement
- L'interdiction de manger et boire pendant le travail
- La pose systématique d'une perfusion
- Le monitoring en continu pendant le travail
- La rupture artificielle de la poche des eaux en routine
- L'accélération du travail par l'ocytocine sans justification
- L'expression abdominale
- L'épisiotomie de routine

Certains gestes non validés scientifiquement sont également pratiqués en routine pendant la grossesse comme les touchers vaginaux systématiques.

Le nouveau-né peut être aussi sujet à des gestes routiniers non validés scientifiquement comme le clampage précoce du cordon, l'aspiration systématique par le nez et la bouche, la pommade ou les gouttes oculaires, le non-respect du peau à peau, le nettoyage du vernix.

Ces pratiques sont une violation des droits des femmes à disposer de leur corps et à choisir le mieux pour elles et leur enfant. L'accouchement peut être au contraire un événement qui renforce la capacité des femmes quand il est bien vécu (« *Birth is empowering* » était le thème de la Semaine Mondiale de l'Accouchement Respecté 2014).

2 Please specify if full and informed consent is administered for any type of reproductive health care and if these include childbirth care;

Lors de soirées d'échanges avec des étudiants sage-femmes, plusieurs d'entre eux ont témoigné que le consentement éclairé était enseigné mais n'était pas pratiqué pour tous les gestes ou parfois pas respecté. Ils étaient surpris qu'une patiente puisse refuser un acte médical. D'autres témoignages mentionnent le fait de forcer la patiente à suivre le protocole de l'hôpital même si elle ne veut pas (par ex. placement d'une sonde urinaire pour faire un prélèvement d'urine).

La loi en Belgique signale que le patient a le droit de recevoir des prestations de qualité répondant à ses besoins dans le respect de la dignité humaine et de son autonomie. Pour

⁸ Bibliothèque Santé Génésique de l'OMS. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/fr/

⁹ Mambourg F, Gailly J, Wei-Hong Z. Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE Reports 139B. D/2010/10.273/63.

tout acte médical, son consentement doit être nécessaire. Pour obtenir son consentement, il doit être informé de :

- L'objectif
- La nature
- Le degré d'urgence
- La durée
- La fréquence
- Les contre-indications
- Les effets secondaires
- Les risques inhérents à l'intervention
- Les soins de suivi
- Les alternatives possibles
- Les répercussions financières
- Ainsi que les conséquences possibles en cas de refus.

Il a le droit de retirer votre consentement à tout moment.

Selon les témoignages récoltés, nous pouvons constater que la question des contre-indications, des effets secondaires, des alternatives, des répercussions financières sont systématiquement oubliés dans le cas où le consentement est demandé.

3 Please specify whether there are accountability mechanisms in place within the health facilities to ensure redress for victims of mistreatment and violence, including filing complaints, financial compensation, acknowledgement of wrongdoing and guarantees of non-repetition. Please indicate whether the ombudsperson is mandated to address such human rights violations;

La Belgique manque d'outils de mesure ou d'évaluation spécifiques qui permettraient de se faire une idée de la qualité des soins gynéco-obstétriques en dehors des taux de morbidité et mortalité maternelle et néo-natale.

Des données liées à la santé périnatale sont en effet compilées par le Centre d'épidémiologie périnatale (CePiP) et le Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie (SPE). Néanmoins, celles-ci ne sont pas accessibles au public. De même, aucune démarche spécifique de recherche ou d'évaluation à grande échelle des conditions du déroulement des accouchements et des consultations pré et postnatales n'est mise sur pied. Ainsi, aucune donnée statistique n'est disponible en ce qui concerne le respect de la dignité des usagères. Pour étayer cette question, veuillez trouver la carte blanche publiée le jeudi 15 février 2018, dans La Libre

Belgique (<http://www.lalibre.be/debats/opinions/a-quand-la-carte-des-maternites-avec-les-taux-d-episiotomie-et-de-cesarienne-opinion-5a846232cd70fdabba028a65> - Voir également l'annexe1)

En ce qui concerne l'évaluation des soins en gynéco-obstétrique, les ressources financières ne nous semblent pas suffisantes. Il n'existe pas, à notre connaissance, des budgets structureaux pour assurer un suivi de l'évolution de la satisfaction des usagères de ces services.

En tant que jeune association de la société civile spécifiquement dédiée à la promotion de soins respectueux de l'autonomie et de la dignité des femmes lors de la grossesse et l'accouchement, nous avons des difficultés à obtenir des moyens financiers. Ainsi, depuis 2015, nous souhaitons éditer une brochure informative destinée à toutes les

femmes en âge de procréer, détaillant leurs droits en tant que patientes. A cet effet, nous avons sollicité des instances régionales en charge de la promotion de la santé, sans avoir eu le soutien escompté.

En ce qui concerne les violences gynécologiques et obstétricales, les usagères ne sont pas associées à la réflexion en ce qui concerne leur prévention. Nous avons sollicité des responsables au niveau régional et fédéral, en leur manifestant notre disponibilité et notre intérêt à participer à des démarches d'amélioration de la qualité des soins gynéco-obstétriques, sans que cela apporte les résultats escomptés.

Les données en ce qui concerne les violences gynécologiques et obstétricales ne sont pas suffisamment collectées.

On pourrait améliorer la disponibilité de ces données en s'appuyant sur :

- Les plaintes déposées auprès des services de médiation des hôpitaux
- Une enquête de satisfaction spécifique, destinée aux usagères des maternités et des services ambulatoires pré et post natals
- La prise en compte par les instances hospitalières des données scientifiques qui valident le respect de la physiologie et leur mise en œuvre comme la recommandation de l'OMS pour un accompagnement optimal des femmes en travail: «une sage-femme pour chaque femme en travail»
- La création d'un groupe de travail fédéral incluant associations professionnelles, représentants du Ministère de la santé et usagers sur les meilleures façons de prévenir cette violence obstétricale.
- La reconnaissance du terme de la grossesse par les gynécologues à 41 semaines d'aménorrhée (à l'instar de la France) au lieu de 40 SA afin d'éviter les déclenchements inutiles sur des grossesses non menées à terme.