Trialogues

Formation qualifiante à la médiation

2020-2022

La médiation, un vecteur de changement en matière de violences obstétricales ?

Travail de fin d'études présenté par

Marie DE LE COURT

Sous la supervision de Sandrine Rastelli

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 3
PARTIE 1 : LES VIOLENCES OBSTETRICALES 4
A. Définition, causes et origines 4
a. Définition 4
b. Causes et origines 5
B. Conséquences des violences obstétricales 7
a. Sur les femmes 7
b. Sur les soignants 7
C. Constats en Belgique 8
PARTIE 2 : LA MEDIATION DANS LE CADRE DES VIOLENCES OBSTETRICALES 9
A. Bénéfices de la médiation 9
a. Pallier à l'inadéquation de la réponse judiciaire 10
b. Rétablir un dialogue et restaurer la confiance 12
c. Contribuer au changement des mentalités et des pratiques 14
B. Limites à la médiation 15
C. Médiation hospitalière vs médiation externe à l'hôpital 17
a. Médiation hospitalière 18
i. Avantages 19
ii. Inconvénients 19
b. Médiation externe à l'hôpital 21
i. Avantages 21
ii. Inconvénients 22
PARTIE 3 : PISTES DE SOLUTIONS POUR UN ESPACE DE MEDIATION EN ADEQUATION AVEC LES BESOINS DU TERRAIN 23
A. Pratiques déjà mises en place dans certains hôpitaux 23
B. Un débriefing systématique 24
C. Un médiateur indépendant et formé 25
D. Une configuration adaptée 27
E. Lieu de la médiation 27
F. Responsabilité de l'institution hospitalière 28
CONCLUSION 30
ANNEXES 31
BIBLIOGRAPHIE 36

INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est censée être l'un des plus beaux moments dans une vie. Un moment rempli d'amour, de bienveillance et d'humanité.

Et pourtant, de nombreuses mères – et coparents – vivent très mal leur accouchement. Épisiotomies abusives, « points du mari », césariennes à vif, expressions abdominales, mépris du consentement libre et éclairé, absence d'information, non prise en compte de la douleur, remarques déplacées des professionnels, etc. – la liste des violences obstétricales dénoncées largement ces dernières années est longue. Cette problématique, longtemps restée dans l'ombre, est actuellement de plus en plus médiatisée. La parole des femmes se libère et de plus en plus de voix s'élèvent pour dénoncer des pratiques malheureusement trop courantes et parfois extrêmement violentes. De nombreux témoignages affluent sur les réseaux sociaux, notamment sous le hashtag #PayeTonUtérus ou #PayeTonGyneco.

Mais quelles sont les causes de ces violences et quelle en est leur ampleur en Belgique ? Sont-elles toujours intentionnelles ? Quelles conséquences ont-elles sur la vie des femmes ? Et les soignants, quel est leur vécu ? Mais surtout quelles sont les solutions qui peuvent être apportées à cette problématique ? Est-ce que la médiation en est une ?

Ce travail a pour objectif d'analyser si la médiation constitue une réponse adéquate aux besoins des femmes ayant subi des violences obstétricales et si, à son échelle, elle peut contribuer à une évolution des mentalités et des pratiques des soignants et même, à une libération de leur parole. Pour ce faire, nous avons notamment été à la rencontre d'une sage-femme, d'une gynécologue, d'une juriste féministe et d'une médiatrice hospitalière. Nous avons également interrogé des femmes sur leur vécu, au travers de la diffusion d'un questionnaire.

Dans la première partie de ce travail nous tenterons de définir ce terme de violences obstétricales, d'analyser quelles en sont leurs causes et origines mais aussi les conséquences qu'elles peuvent avoir sur la vie des femmes et des soignants. Nous présenterons ensuite les chiffres connus en Belgique.

La deuxième partie traitera, quant à elle, de la médiation dans le cadre de ces violences, de ses bénéfices - notamment par rapport à une procédure en justice - mais de ses limites aussi. Nous comparerons ensuite les avantages et les inconvénients d'une médiation hospitalière par rapport à une médiation externe à l'hôpital.

Enfin, dans la troisième partie, nous explorerons des pistes de solutions pour l'instauration d'un espace de médiation qui soit le plus en adéquation possible avec les besoins des différentes parties en présence.

PARTIE 1 : LES VIOLENCES OBSTETRICALES

Cette première partie a pour objectif de donner un aperçu rapide de ce que recouvre le terme de violences obstétricales et de comprendre d'où elles viennent (A), des conséquences qu'elles peuvent engendrer sur les femmes mais aussi sur les soignants (B) et de l'ampleur du phénomène en Belgique (C). Ce sujet mériterait que l'on s'y intéresse de manière plus approfondie mais nous n'avons pas la possibilité de le faire dans ce travail. Nous tenterons donc d'en exposer les points clés.

Avant de nous y atteler, nous tenons à préciser que ce travail n'a nullement pour objectif de démontrer que la gynécologie et l'obstétrique seraient inutiles ni que tous les professionnels de la santé exerçant dans ce domaine seraient maltraitants. Certaines interventions médicales sont indispensables et nous ne pouvons que louer l'existence de la médecine dans ces situations. Il est, en outre, évident que de nombreux soignants exercent leur métier avec humanité.

A. Définition, causes et origines

a. Définition

En l'absence de définition officielle faisant l'unanimité, nous avons retenu la définition de Marie-Hélène Lahaye, juriste et autrice belge du blog *Marie accouche là*, figure emblématique dans le combat contre les violences obstétricales. Elle définit les violences obstétricales de la manière suivante : *« tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente. »*

Elle précise que les violences obstétricales proviennent de la conjonction entre deux types de violences : les violences institutionnelles et les violences basées sur le genre ou violences sexistes.

Les premières ont lieu dans tout type d'institutions, ici les hôpitaux, par la mise en place de procédures et protocoles, de gestes techniques ou encore d'organisation des services (horaires, budget, nombre de personnel, etc.), généralement dans un souci de rentabilité, qui vont à l'encontre des droits et des besoins des personnes qui y sont prises en charge.

Les violences de genre touchent, quant à elles, des personnes en raison de leur identité de genre, ici les femmes, parce qu'elles sont femmes. Elles proviennent des rapports de domination exercés par les hommes sur les femmes dans nos sociétés patriarcales, auxquels le monde médical n'échappe pas, bien au contraire. Dans le cadre des violences obstétricales, elles se traduisent par l'appropriation du corps et des capacités reproductives des femmes par

le personnel soignant, qu'il s'agisse de médecins (gynécologues, obstétriciens et parfois anesthésistes) ou de sages-femmes. En effet, les femmes sont considérées comme n'étant pas capables d'enfanter par elles-mêmes et sont vues comme des objets sur lesquels il faut intervenir.

Les violences obstétricales ont lieu pendant l'accouchement mais également durant toute la grossesse et le postpartum. Elles peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves. Elles peuvent être physiques mais aussi verbales ou psychologiques.

En voici quelques exemples : interventions non consenties (épisiotomie, césarienne, utilisation d'instruments (ventouses ou forceps), touchers vaginaux, etc.), actes à vif (césarienne, suture, utilisation de forceps, etc.), expression abdominale, « point du mari » (recoudre le vagin plus serré pour le plaisir du partenaire), restriction de mouvements au cours du travail, imposition d'une position d'accouchement, interdiction de boire et manger, menaces, humiliations, refus d'administrer des produits permettant d'atténuer la douleur, déclenchements non justifiés médicalement, manque de communication, refus d'écouter les demandes et inquiétudes des femmes, etc. Afin d'avoir une idée plus concrète de leur réalité, nous renvoyons le lecteur à l'annexe 1 qui reprend divers témoignages illustrant ces violences.

Il convient de préciser, enfin, que l'utilisation du terme « violence » fait débat. D'aucuns estiment que si des incidents peuvent survenir durant l'accouchement, il est exagéré de les qualifier d'actes de violence. Ils insistent entre autres sur le fait que ce terme n'est pas juste pour les nombreux praticiens qui veulent exercer leur métier correctement mais qui en sont empêchés en raison de l'organisation de l'hôpital mais aussi, qu'il provoque inutilement une forme de conflit entre les femmes et les soignants. Nous estimons, cependant, que bien que ces inquiétudes soient compréhensibles, elles ne peuvent remettre en cause le terme de « violence » qui permet de reconnaître la souffrance vécue par les femmes, même si elle est provoquée par les mauvaises conditions de travail au sein de l'hôpital. Il s'agit d'un terme percutant qui nous paraît nécessaire à une prise de conscience collective et à un changement des mentalités et des pratiques du personnel médical.

b. Causes et origines

Différentes causes et origines peuvent expliquer les violences obstétricales.

Tour d'abord, l'obstétrique a été développée par des hommes aux alentours du 19ème siècle, époque profondément sexiste où la femme est considérée comme un être inférieur dont le corps n'est pas capable d'enfanter sans l'aide des médecins (tous masculins). Petit à petit, le processus naturel et physiologique de l'accouchement, qui se déroulait à domicile, est vu comme une pathologie qui doit être prise en charge de manière médicalisée à l'hôpital. Les

femmes ne sont plus actrices de leur accouchement mais « se font accoucher » par les professionnels de la santé qui savent ce qui est bon pour elles.

L'enseignement et l'exercice de l'obstétrique sont malheureusement encore très empreints de cette vision de l'époque. Pourtant nombre d'études scientifiques récentes, appuyées par les recommandations de l'OMS, ont démontré le caractère inutile et parfois dommageable de certaines interventions systématiques qui viennent perturber le déroulement physiologique de l'accouchement et sont susceptibles d'entraîner ce que l'on appelle une « cascade d'intervention ». En effet, un acte médical superflu est souvent responsable de complications qui entraîneront l'application d'un autre acte pour répondre à ces complications et ainsi de suite, ce qui peut mener à des situations d'urgence. La formation des médecins laisse malheureusement très peu de place à la physiologie de l'accouchement et à l'importance du respect du bien-être et des droits des patientes. Cette surmédicalisation/pathologisation de la grossesse et de l'accouchement et cette vision patriarcale du corps des femmes ont donc pour conséquence d'occasionner des violences faites aux femmes enceintes et qui accouchent.

Par ailleurs, comme évoqué ci-dessus, les violences obstétricales proviennent également du fonctionnement des institutions de soins où la rentabilité prime sur l'humain. Le manque de sages-femmes qui doivent suivre plusieurs femmes qui accouchent en parallèle (jusqu'à quatre), la pression quotidienne sur les soignants (gardes interminables, stress, etc.), le système de financement à l'acte qui pousse les hôpitaux à privilégier des actes techniques plutôt qu'un accompagnement physiologique de la naissance (à titre d'exemple, une césarienne est facturée 1000 € de plus qu'un accouchement par voie basse), la mise en place de protocoles strictes, etc. entraînent des violences, souvent non-conscientes ou en tout cas non-intentionnelles, de la part du personnel soignant. Comme le dit si bien Michèle Warnimont, sage-femme et fondatrice du Cocon (gîte de naissance au sein de l'hôpital Erasme) : « la violence provient souvent d'un aveu d'impuissance par perte de sens. Pour être respectueux, il faut que les soignants soient eux-mêmes respectés par leur hiérarchie ».

Un autre élément qui participe aux violences obstétricales est l'asymétrie dans la relation entre la patiente et le soignant. En effet, ce dernier exerce une forme de pouvoir sur la patiente de par ses connaissances et sa position.

Enfin, la peur qu'ont les praticiens d'être poursuivis en justice car ils n'auraient pas agi joue un rôle clef dans le fait de poser des actes médicaux qui pourraient être évités ou qui n'ont pas été consentis par la mère. La crainte du prix à payer en cas de faute est un élément très présent dans la formation des soignants.

A la lumière de ces éléments, nous ne pouvons que constater qu'il s'agit bien de tout un système à revoir et de mentalités à changer en profondeur.

B. Conséquences des violences obstétricales

a. Sur les femmes

Tant l'approche interventionniste sur la santé des femmes que l'attitude irrespectueuse adoptée par certains soignants peuvent provoquer de nombreuses séquelles dans le chef des femmes. Un accouchement au cours duquel les capacités de la parturiente ont été mises à mal est généralement vécu comme une expérience négative, même lorsque la jeune mère quitte l'hôpital avec un bébé en bonne santé.

Les violences obstétricales peuvent entraîner diverses conséquences, qu'elles soient psychologiques et/ou physiques, tant sur le bien-être des mères que sur celui de leur bébé, voire du couple et de la famille toute entière. Elles peuvent avoir un impact à plus ou moins long terme et à des degrés divers : stress post-traumatique, difficultés d'attachement avec le bébé, perte de confiance en soi, douleurs intenses, problèmes gynécologiques irréversibles, troubles du sommeil, difficultés dans le couple, dépression du post-partum, etc. allant parfois jusqu'au suicide.

En Belgique, il n'existe pas d'étude sur cette question mais en France, 35 femmes se suicident chaque année après avoir donné naissance. Il s'agit de la deuxième cause de décès maternels et les violences obstétricales peuvent en être à l'origine.

Quant au coparent ayant assisté, souvent impuissant, à des actes violents à l'égard de sa partenaire, il peut, lui aussi, en ressortir traumatisé. La vie des couples se voit souvent affectée par ces expériences traumatiques dans le chef de l'un et/ou de l'autre allant parfois jusqu'à une séparation.

Le traumatisme vécu durant l'accouchement peut également mener les femmes à un évitement total du monde médical (à reporter des soins nécessaires ou des dépistages par exemple), ce qui peut avoir des conséquences parfois très graves sur leur santé mais aussi sur celle de leur bébé.

b. Sur les soignants

Le personnel soignant peut aussi être impacté. Être témoin de violences obstétricales peut créer des traumatismes et peut mener des soignants ou des stagiaires à quitter la profession.

Par ailleurs, certains soignants sont conscients qu'ils sont maltraitants mais se sentent impuissants face au système déshumanisant qui est mis en place et qui ne leur permet pas d'exercer leur métier correctement. Ils se sentent démotivés et désillusionnés. Le mouvement « une femme, une sage-femme » lancé par la sage-femme Anna Roy en France en 2021, a mis

en lumière l'impact de la violence institutionnelle sur les soignants en dénonçant les conditions de travail des sages-femmes qui les rendent maltraitantes malgré elles.

C. Constats en Belgique

Une large étude menée en 2021 par la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée en Belgique francophone, basée sur les réponses de plus de 4000 participantes, pose des constats interpellants.

Cette étude est une première du genre en Belgique. Il en ressort qu'1 femme sur 5 est victime de l'une des 3 formes de violences suivantes : expression abdominale, point du mari, ou actes à vif. Ce chiffre est plus élevé encore si la femme qui accouche est non-blanche ou possède un niveau d'étude faible. Par ailleurs, 1 femme sur 4 témoigne avoir subi une forme de violence psychologique durant son accouchement.

Cette étude fait également apparaître un écart important entre les pratiques des différents hôpitaux. Certaines interventions médicales sont toujours pratiquées dans des maternités malgré qu'il soit prouvé scientifiquement qu'elles sont non-nécessaires (comme l'épisiotomie qui ne devrait pas dépasser un taux de 10% selon l'OMS et qui atteint pourtant des seuils de 42% en Flandre, 20% à Bruxelles et 25% en Wallonie selon le Centre Fédéral d'Expertises des soins de santé - KCE), voire parfois dangereuses (comme l'expression abdominale qui est proscrite par l'OMS en raison des lésions dramatiques qu'elle peut provoquer chez la parturiente).

Selon le KCE encore, le taux de césariennes en Belgique est d'environ 21%, il oscille entre 12 et 33% en fonction des hôpitaux alors que l'OMS préconise qu'il ne dépasse pas la barre des 10%. La Belgique a un des taux de déclenchements les plus élevés d'Europe, celui-ci dépasse les 25%. Selon l'étude de la Plateforme Citoyenne pour une naissance respectée, seule la moitié des déclenchements ont lieu pour raisons médicales, les autres sont réalisés, entre autres, pour des raisons de convenances personnelles ou de convenances du gynécologue.

Au regard des constats posés, la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée recommande notamment la mise en place d'un observatoire de la naissance dans le but de récolter les données, d'informer ainsi que de soutenir les professionnels dans le changement ; d'informer et accompagner les femmes afin qu'elles puissent poser leurs choix en toute conscience ; de repenser la formation des soignants en intégrant la physiologie de l'accouchement comme premier angle d'approche mais aussi la bienveillance et le principe des patientes partenaires ; de promouvoir un changement de politiques des institutions hospitalières en mettant notamment en place un label ami des bébés ET des mamans.

PARTIE 2 : LA MEDIATION DANS LE CADRE DES VIOLENCES OBSTETRICALES

La Plateforme pour une naissance respectée a émis des recommandations pour lutter contre les violences obstétricales d'un point de vue structurel et sociétal. Il est, en effet, essentiel que des changements importants soient opérés à ces niveaux. Les violences obstétricales touchent les femmes parce qu'elles sont femmes et il y a une nécessité à faire évoluer les mentalités sexistes.

Mais cela va prendre du temps et en attendant, sur le plan personnel, comment aider les femmes qui subissent de telles violences à se reconstruire et à retrouver la confiance ? Comment faire évoluer les pratiques et les mentalités des médecins à une échelle plus individuelle ? L'accouchement reste quelque chose de douloureux et parfois violent et il y aura toujours des femmes qui vivront difficilement ce moment. Même si le soignant a les meilleures intentions du monde, il y a aura toujours des actes qui seront vécus comme de la violence. Dès lors, comment faire pour surmonter les difficultés qui en découlent et atténuer le traumatisme vécu ?

C'est entre autres pour répondre à ces questions que nous allons analyser si la médiation pourrait constituer une solution adéquate aux besoins des femmes ayant vécu des violences obstétricales. Pour ce faire, il nous paraît essentiel de nous intéresser également au point de vue des soignants. Il est important de noter, toutefois, que notre intention n'est pas de démontrer que la médiation serait la panacée pour lutter contre ces violences mais bien un outil parmi d'autres.

Dans cette deuxième partie, nous allons donc nous pencher sur les bénéfices (A) et les limites (B) de la médiation, tant pour les femmes que pour les soignants. Nous mettrons ensuite la médiation hospitalière en perspective avec la médiation externe à l'hôpital en analysant les avantages et les inconvénients de chacune d'entre elles (C).

A. Bénéfices de la médiation

La médiation peut avoir des objectifs très variés et un champs d'intervention très large. L'un de ses objectifs est le rétablissement du lien et de la communication, dans le but de mieux vivre ensemble. Dans le cadre des violences obstétricales, elle comporte plusieurs bénéfices, tant pour les femmes que pour les soignants, et ce notamment par opposition à la réponse que peut apporter la voie judiciaire. En effet, la médiation privilégie la rencontre humaine et permet de recréer du lien et de la confiance, là où la justice mènera plutôt à une rupture entre les différents protagonistes.

a. Pallier à l'inadéquation de la réponse judiciaire

Jusqu'à présent, aucune condamnation pour violences obstétricales n'a été prononcée par un tribunal belge. Différentes raisons peuvent expliquer ce constat, et notamment un manque de connaissance des femmes concernant les droits qui leur sont reconnus.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient consacre le droit au consentement libre et éclairé et le droit à des prestations de qualité. Le législateur a souhaité entériner le droit à l'autonomie corporelle et à l'autodétermination du patient en lui permettant de refuser une intervention médicale sur base de toutes les informations nécessaires qui doivent lui être transmises. Le soignant doit donc respecter la décision prise par le patient même si cela peut avoir des conséquences négatives sur sa santé, au risque sinon d'engager sa responsabilité pénale et/ou civile. Cependant, le non-respect de ce droit au consentement libre et éclairé est très difficile à prouver et à faire reconnaître par les tribunaux comme étant constitutif d'une faute.

Au niveau civil, les victimes de violences obstétricales doivent prouver qu'elles ont subi une faute en lien causal avec leur dommage. Toutefois, pour trancher, les juges font généralement appel à des experts judiciaires qui sont eux-mêmes médecins et qui ne remettent que très rarement en cause la pratique de leurs confrères. La bonne santé du bébé risque d'être invoquée par les juges pour écarter toute faute dans le chef du praticien, même dans les cas où il est intervenu contre la volonté de la patiente. Enfin, en raison de la pathologisation et la surmédicalisation de l'accouchement, il est plus que probable que les juges ne soient pas capables de faire la différence entre l'impact physique de celui-ci et les dommages causés par des traitements non consentis ou inutiles.

Il est également important de noter qu'il n'existe pas de délit spécifique de violence obstétricale dans le Code pénal, ce qui est un frein à la conscientisation des juges sur la question et donc à leur disposition à prononcer des condamnations à ce sujet. C'est sur base d'une atteinte à l'intégrité physique (coups et blessures pour une césarienne sans raison médicale ou une expression abdominale, viol en cas de touchers vaginaux non consentis, mutilation sexuelle en cas d'épisiotomie, etc.) qu'une femme peut porter plainte au pénal mais ces plaintes sont très rares.

En outre, l'institution judiciaire est difficile à comprendre pour le commun des mortels alors que les médecins sont beaucoup plus habitués à ce langage et ont toute leur corporation derrière eux pour les soutenir, que ce soit financièrement ou humainement. Les femmes se retrouvent donc souvent démunies face à cette institution qui est encore fortement empreinte de sexisme et de stéréotypes de genre, notamment en ce qui concerne la maternité. Se retrouver confrontée à des médecins puissants grâce à la reconnaissance sociale

dont ils bénéficient, face à un système judiciaire patriarcal, aucunement sensibilisé à la question, peut dès lors faire bien plus de tort que de bien.

Enfin, il est possible de porter plainte auprès de l'Ordre des médecins mais à nouveau, jamais aucun médecin n'a été condamné pour violences obstétricales puisqu'ils sont jugés par leurs pairs qui ont souvent les mêmes pratiques.

Dans l'état actuel des choses, il est donc extrêmement difficile, voire impossible, pour les femmes ayant subi des violences obstétricales de faire valoir leurs droits en justice ou auprès de l'Ordre des médecins. Mais indépendamment de cette difficulté, les femmes n'ont souvent pas l'énergie ni la volonté de se lancer dans ces procédures très longues, énergivores, stressantes et coûteuses alors qu'elles viennent de donner naissance. Elles risquent de faire face à de nouvelles violences de la part de l'institution judiciaire et des soignants qui feront tout pour minimiser et dénigrer leur vécu afin d'éviter d'être condamnés. L'important arriéré judiciaire, ne fera que retarder leur processus de reconstruction. Dès lors, dans la plupart des cas, les femmes risquent de subir une revictimisation plutôt qu'une réparation.

Notons aussi que l'intention maltraitante du soignant fait souvent défaut dans le cadre des violences obstétricales. Comme nous l'avons vu, c'est généralement son cadre de travail dans l'institution hospitalière qui le rend violent malgré lui.

De plus, il ressort des témoignages que nous avons récoltés ainsi que des divers entretiens menés que les mères qui ont vécu des violences obstétricales souhaitent obtenir des explications sur ce qu'il s'est passé, comprendre pourquoi le soignant a agi de la sorte et pourquoi cela a été mal vécu. Plusieurs d'entre elles souhaitent également obtenir des excuses et surtout que l'expérience qu'elles ont vécue n'arrive pas à d'autres. La voie judiciaire rencontre-t-elle donc vraiment ces besoins ? Permettra-t-elle vraiment de panser les plaies ? Pour certaines peut-être mais pas pour d'autres.

Au regard de ces différents éléments, c'est plutôt dans une optique de justice restauratrice - où la réparation de la victime est au centre -, qu'il nous paraît intéressant d'envisager des solutions individuelles aux violences obstétricales. La médiation nous paraît donc prendre tout son sens dans ce contexte. Elle permet aux parties d'être actrices de la résolution de leur conflit et de prendre le temps de s'exprimer sur leur vécu et leurs émotions, ce que la justice ne permet pas. La médiation vise à remettre du lien et de la communication, là où la justice va généralement créer une rupture. De plus, la médiation permet une créativité et une adaptabilité dans sa configuration, le médiateur peut imaginer différentes manières de faire rencontrer les parties, contrairement à l'institution judiciaire qui est immuable et rigide.

La médiation permet de ramener la situation dans un huis-clos où le soignant n'a pas toute sa corporation derrière lui. Même si, comme l'invoque Myriam Ben Jattou, présidente et

directrice de l'asbl *Femmes de Droit*, il existe une asymétrie dans la relation entre la patiente et le soignant de par sa fonction, la médiation permet en général de rééquilibrer la relation entre les parties grâce au climat empathique qu'elle crée et au cadre sécurisé et sécurisant qu'elle pose (notamment par les règles de communication à respecter comme un temps de parole équivalent, l'interdiction de violence verbale ou d'interrompre l'autre mais aussi par la stimulation de l'expression par le médiateur). De plus, l'on est souvent face à deux personnes qui subissent de la violence de la part de l'institution hospitalière et le fait d'en prendre conscience permet de ramener les deux parties sur un pied d'égalité.

Pour que la médiation puisse être menée à bien, il est évidemment essentiel que le soignant soit prêt à se remettre en question. Une médiation qui se déroule avec un praticien qui a un manque de considération criant pour ses patientes et est donc volontairement violent, qui se croit supérieur et estime que sa pratique n'a pas à être remise en cause, ne mènera très probablement à rien et ne sera pas bénéfique pour la patiente, bien au contraire. Il est essentiel de ne pas minimiser ce genre de comportements, qui doivent être sanctionnés. Heureusement cela ne concerne qu'une minorité de soignants, même s'il s'agit des cas les plus médiatisés. Mais ces cas existent et ils ont détruit la vie de certaines femmes. Il faut donc que le médiateur y soit extrêmement attentif afin de mettre fin à la médiation si nécessaire pour éviter que ce rapport de domination ne se renforce davantage.

b. Rétablir un dialogue et restaurer la confiance

Comme évoqué ci-dessus, un des enjeux fondamentaux pour les femmes ayant subi des violences obstétricales est d'obtenir des explications sur le déroulement de l'accouchement, sur les raisons qui ont conduit à tel ou tel acte médical, sur la nécessité des actes posés, sur les conséquences de ces actes, sur la raison du comportement du soignant, etc. mais aussi parfois d'obtenir des excuses, que ce soit par rapport à l'attitude du soignant ou encore au manque d'informations reçues.

Comme l'explique Alexandra Cogan, gynécologue obstétricienne et cheffe de clinique adjointe au CHU Saint-Pierre à Bruxelles, les soignants doivent parfois agir dans l'urgence pour sauver la vie du bébé et/ou de la mère et c'est souvent dans ces cas-là que les mères vivent mal leur accouchement et subissent des violences. Or les actes posés peuvent être tout à fait justifiés mais n'ont pas toujours été expliqués ou bien compris. Si la mère obtient les explications et comprend les raisons qui ont menées à de tels actes, cela va pouvoir l'apaiser et faire diminuer sa colère et ses frustrations quant à la manière dont les choses se sont déroulées. Elle comprendra qu'il ne s'agit pas nécessairement de la faute du soignant qui aurait agi intentionnellement pour faire du mal mais bien de circonstances indépendantes de sa volonté. Comme l'exprime bien Alexandra Cogan, « c'est quand on a vraiment compris, qu'on peut interrompre le traumatisme ».

Toutefois, elle insiste aussi sur le fait qu'il est regrettable que les soignants ne donnent pas toujours les explications nécessaires aux patientes à chaque acte posé, même dans l'urgence. Selon elle, cela ne prend souvent que quelques secondes d'expliquer ce qui se passe et ce qui va arriver et cela peut tout changer dans le vécu de la patiente. Mais trop de praticiens ne sont pas conscients de l'importance de ces quelques secondes, encore plus dans un moment d'urgence et de stress. L'urgence ne peut pas tout excuser. Il est d'ailleurs très rare qu'elle ne puisse pas du tout être anticipée. En effet, c'est généralement une succession de différents événements qui mènent à celle-ci. Il faudrait donc que le médiateur soit vigilant sur cette question afin que l'urgence ne soit pas trop facilement utilisée pour justifier le manque d'informations données ou un comportement inadéquat. Elle peut l'expliquer, certes, mais elle ne doit pas normaliser ce type d'attitudes vis-à-vis des femmes qui accouchent.

Les femmes ont également besoin de pouvoir s'exprimer sur leur vécu difficile, de faire sortir leurs émotions et de se sentir écoutées mais aussi que le préjudice subi soit reconnu. La libération de la parole et le sentiment d'être entendue et reconnue dans sa souffrance permet d'apaiser les tensions et aide à « tourner la page ». Avoir le sentiment que le soignant entend quelque chose de son vécu, se soucie de la manière dont s'est déroulé l'accouchement et de l'impact qu'il a pu avoir au niveau psychique peut aider à surmonter le traumatisme. Entendre des excuses de la part du soignant sur la manière dont les choses se sont déroulées, qu'il n'avait pas l'intention d'être maltraitant ou qu'il n'en était pas conscient, peut aussi être réparateur.

Il arrive aussi que les femmes ne soient pas conscientes d'avoir vécu des violences obstétricales. Elles sentent pourtant que quelque chose ne va pas. La médiation permet de verbaliser les choses et de mettre des mots sur les émotions et les ressentis. Toutes les femmes ne vivent pas la violence de la même manière. Une femme pourra être traumatisée après un acte médical alors qu'une autre non. Les soignants pourront avoir l'impression que l'accouchement s'est très bien passé alors que le vécu de la mère est tout autre et inversement. D'où l'importance de mettre des mots sur le vécu et de se sentir écoutée.

Du point de vue du soignant, cela peut aussi faire du bien de revenir sur la situation d'urgence qui a pu être extrêmement stressante pour lui et de pouvoir exprimer son ressenti, de pouvoir prendre le temps d'expliquer calmement les choses dans un moment où le stress n'est plus là. Le soignant peut, lui aussi, avoir vécu un traumatisme qui peut expliquer son comportement, même si cela ne le justifie pas, et il est important qu'il puisse en parler.

Par ailleurs, comme nous l'avons déjà évoqué, les violences obstétricales ne sont pas forcément commises par les soignants avec une intention d'être maltraitants. Certains d'entre eux n'en sont pas conscients car il s'agit de pratiques qu'on leur a enseignées, d'autres en sont conscients mais se sentent impuissants face à la violence institutionnelle qui les met sous pression et les rend maltraitants malgré eux. Il peut donc aussi être libérateur pour les

soignants de pouvoir s'exprimer sur les violences institutionnelles qu'ils subissent. Prendre conscience et faire entendre qu'ils sont pris dans un système qui les dépasse peut être réparateur pour eux aussi.

La médiation œuvre donc à la restauration d'un espace de dialogue entre la patiente et le soignant en favorisant la libération de la parole et l'écoute mutuelle dans un cadre respectueux de tous. Elle permet à chacun d'exprimer ses émotions et oblige chaque partie à changer son propre point de vue et à se décentrer d'elle-même pour essayer de comprendre l'autre.

Par ce rétablissement du dialogue, la médiation pourra restaurer la confiance perdue de la patiente dans le corps médical. Même si elle ne rétablit pas la confiance envers le soignant et/ou l'hôpital concerné, elle pourra empêcher un évitement total du monde médical qui pourrait porter préjudice à la santé de la mère et de son bébé. Cette confiance est, en effet, essentielle pour une relation harmonieuse entre les patientes et les soignants.

La médiation permettra aussi, dans certains cas, de rétablir la confiance de la patiente en elle-même et en son corps car en obtenant des explications de la part du praticien, elle comprendra qu'il y a certains événements sur lesquels elle n'avait pas de prise et que ce n'est pas en raison de son incapacité à mettre son enfant au monde que les choses se sont déroulées de la sorte.

Enfin, il est important de garder à l'esprit que les violences obstétricales peuvent déboucher sur un véritable traumatisme, d'où l'importance qu'un suivi psychologique soit mis en place en parallèle dans ces cas-là. La médiation peut être une porte d'entrée vers une telle prise en charge thérapeutique. Celle-ci est nécessaire pour que le traumatisme ne soit plus envahissant et que la médiation puisse se dérouler dans de bonnes conditions.

c. Contribuer au changement des mentalités et des pratiques

La médiation, dans son modèle transformatif, repose sur l'idée que les personnes peuvent se transformer elles-mêmes, ce qui œuvre petit à petit à la transformation de la société. Elle s'inspire du courant de la psychologie humaniste qui considère que les individus possèdent les ressources nécessaires afin de se comprendre eux-mêmes, de résoudre leurs problèmes et de changer leurs comportements. C'est dans cette optique que nous pensons que la médiation peut contribuer, à son échelle, à un changement des mentalités et à une évolution des pratiques des soignants dans le domaine de l'obstétrique.

La médiation crée cet espace de parole et de rencontre humaine entre le praticien et la patiente qui ne se crée nulle part ailleurs. Elle remet l'humain au centre. En participant à des médiations et en entendant le vécu des femmes par rapport à certains comportements qu'il

a pu avoir, le soignant, ne peut pas rester insensible. Il y a des attitudes que les soignants adoptent par habitude ou parce qu'on leur a appris à faire comme ça et dont ils ne sont pas nécessairement conscients ou dont l'impact sur la patiente n'est pas conscientisé. Et si personne ne leur dit rien, ils continueront dans cette voie. Même si son comportement ne changera peut-être pas du tout au tout après une médiation, cela plante une graine et fait réfléchir. S'il entend plusieurs fois la même chose dans le cadre de différentes médiations, il ne peut que se remettre en question et changer sa manière de faire. La médiation permettra sans doute également de le rendre plus empathique et attentif à certains signaux au niveau émotionnel et psychique et non plus uniquement aux signaux cliniques.

C'est aussi par l'exemple que l'être humain apprend. Si de plus en plus de soignants adoptent une approche plus humaine et empathique, ils pourront avoir un impact positif sur l'attitude de leurs collègues.

Comme nous l'avons évoqué, un des enjeux fondamentaux pour les femmes ayant vécu des violences obstétricales, est que l'expérience négative qu'elles ont vécue, n'arrive pas à d'autres. En confrontant le soignant qui les a maltraitées, les femmes pourront se dire qu'elles ont peut-être évité que d'autres femmes subissent la même chose qu'elles ou en tout cas d'avoir tout fait pour que cela n'arrive plus. Avoir le sentiment d'aider d'autres femmes par le biais de la médiation pourra aussi les aider à donner un sens à ce qui leur est arrivé et à se reconstruire.

Mais nous le savons, tout ne dépend pas uniquement du comportement et de la remise en question individuelle du praticien, puisqu'une grande part de la responsabilité revient à l'institution hospitalière. Il faut que les patientes et les soignants travaillent ensemble pour faire changer l'institution. La médiation peut être une façon d'y contribuer. Le soignant doit apprendre de ses patientes. C'est dans cette vision que le concept de patient partenaire s'est développé dans les hôpitaux mais de manière encore trop timide. Il consiste à impliquer activement des patients, sur base de leur expérience vécue au sein de l'hôpital, dans la réflexion sur l'amélioration de la relation avec l'équipe soignante et de la prise en charge au sein de cette institution. Il est fondamental de développer cette démarche. Une médiation bien menée, pourrait déboucher sur l'implication d'une patiente comme patiente partenaire afin d'améliorer la prise en charge des autres femmes qui accoucheront dans l'hôpital. Cela permettra de transformer le trauma en un moteur de changement.

B. Limites à la médiation

Après avoir analysé les bénéfices que peut apporter une médiation en cas de violences obstétricales, il nous paraît important de nous poser la question des limites auxquelles elle peut faire face.

Tout d'abord, comme nous l'avons déjà évoqué, n'existe-t-il pas un risque de revictimisation de la patiente si elle se retrouve face à un soignant qui s'estime supérieur à elle de par sa fonction ? Si le soignant est intentionnellement maltraitant et dominant, la médiation est-elle appropriée et ne pourrait-elle pas, au contraire, faire plus de mal que de bien ?

Comme le soulève Myriam Ben Jattou, n'existe-t-il pas inévitablement un rapport de force entre le soignant et la patiente qui viendrait parasiter la médiation ? En restant neutre, le médiateur ne prend-il pas nécessairement parti pour le plus fort ? La question du rapport de domination qui existe entre les genres dans notre société n'est-il pas aussi une limite ? Le fait que les femmes soient conditionnées socialement pour faire passer leurs propres besoins après ceux des autres, ne risque-t-il pas d'entraîner une minimisation de leur souffrance en entendant le point de vue des soignants ?

Et si les violences subies ont provoqué un traumatisme très profond, une rencontre avec la personne qui en est à l'origine n'est-elle tout simplement pas inenvisageable ? N'existe-t-il pas un risque que cela renforce ce traumatisme ?

Par ailleurs, dans la mesure où le soignant est convié à une médiation parce qu'on lui reproche quelque chose, est-ce que cela ne pourrait pas constituer un frein à sa volonté d'y participer ? Les soignants, ne risquent-ils pas d'être réticents à admettre qu'ils ont mal agi et/ou à parler des violences institutionnelles qu'ils subissent de peur que cela porte préjudice à leur travail ? A cet égard, il nous paraît important de revenir sur le constat posé par Myriam Ben Jattou concernant la formation des soignants en institution hospitalière sur le droit médical. En effet, celle-ci est dispensée par des organismes d'assurance qui les poussent à ne jamais admettre qu'ils auraient commis une faute ou qu'ils auraient dû agir autrement, au risque de voir leur responsabilité professionnelle mise en cause. Ils vont même parfois jusqu'à affirmer que s'ils respectent la loi de 2002 concernant le consentement, ils pourront toujours être condamnés pour ne pas avoir posé un acte médical, même avec un document signé par le patient.

Quant à la posture du médiateur, arrivera-t-il à être complètement neutre et impartial face à une personne qui a vécu des violences ? Comme l'exprime bien Jacques Faget, il est plus difficile d'être totalement neutre lorsqu'il y a un engagement social derrière, à savoir, ici, la protection des victimes de violences obstétricales. Comment le médiateur fera-t-il face à cela ?

Tous ces questionnements sont légitimes et méritent d'être soulevés. Il est certain que la médiation ne sera pas appropriée dans tous les cas. Nous tenterons d'apporter des pistes de solutions dans notre troisième partie pour essayer de surmonter certaines des limites évoquées.

Enfin, nous ne pouvons pas énumérer les obstacles à la médiation sans mentionner la résolution sur les violences gynécologiques et obstétricales adoptée par le Conseil de l'Europe le 3 octobre 2019. En effet, en son article 8.11 cette résolution appelle les Etats membres « à prévoir un mécanisme d'examen des plaintes pour violences gynécologiques et obstétricales excluant toute médiation, et à prévoir des sanctions, si tel n'est pas encore le cas, à l'égard des professionnels de santé lorsqu'une plainte pour ce type de violences est avérée ». Notons, toutefois, que cette résolution s'inscrit dans la continuité de la Convention d'Istanbul du 12 avril 2011 sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique qui, elle, prévoit en son article 48 que « les Parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour interdire les modes alternatifs de résolution des conflits obligatoires, y compris la médiation et la conciliation, en ce qui concerne toutes les formes de violence couvertes par le champ d'application de la présente Convention ».

En l'absence d'informations quant à la raison pour laquelle la résolution du Conseil de l'Europe exclut systématiquement la médiation en cas de violences obstétricales, nous ne pouvons qu'émettre des suppositions. Nous supposons donc que cette exclusion s'explique par le parallélisme qui est fait avec la Convention d'Istanbul et que le Conseil fait plutôt référence au recours à une médiation obligatoire plutôt qu'à la médiation en tant que telle. Une telle exclusion nous paraît d'ailleurs avoir du sens.

En outre, il convient de souligner que la Convention d'Istanbul, quand elle parle de violences, fait référence à des actes de domination. Or, comme nous l'avons vu, dans le cadre des violences obstétricales, nous sommes rarement face à des actes de domination pure. L'auteur des violences obstétricales ne fait souvent qu'appliquer un système qui est lui-même violent envers lui, qui le dépasse. C'est donc bien le système qui est violent plus que la personne elle-même. On est donc face à deux personnes qui subissent de la violence institutionnelle et l'une exerce l'acte de violence sur l'autre mais de manière indirecte. Les violences obstétricales ne rentrent donc pas tout à fait dans le concept de violence tel qu'il est appréhendé par la Convention d'Istanbul ou alors très rarement.

C. Médiation hospitalière vs médiation externe à l'hôpital

Dans la mesure où les violences obstétricales ont généralement lieu en milieu hospitalier, c'est vers le médiateur de l'hôpital que la patiente est censée se tourner si elle souhaite avoir recours à une médiation.

Toutefois, nous pensons qu'il existe certaines difficultés liées à la fonction du médiateur hospitalier qui pourraient être un obstacle à l'accès et au bon déroulement d'une médiation dans un contexte de violences obstétricales. La question des violences obstétricales est un sujet complexe et délicat qui touche les femmes au plus profond de leur intimité et qui peut avoir des conséquences désastreuses sur les mères et leurs bébés. Il est donc essentiel que le

médiateur soit extrêmement attentif à ces questions et adopte une posture adéquate afin que les femmes se sentent en sécurité et en confiance.

C'est pour ces raisons que nous avons voulu mettre en perspective la médiation hospitalière par rapport à la médiation externe à l'hôpital, tant au niveau de leurs avantages que de leurs inconvénients, afin de pouvoir imaginer quelle serait la forme de médiation la plus adaptée aux besoins des femmes ayant vécu des violences obstétricales, tout en tenant compte également du point de vue et de la situation des soignants.

Pour y parvenir, nous avons notamment diffusé un questionnaire sur la page Facebook du Cocon, en vue de récolter des témoignages de femmes ayant subi des violences obstétricales. Nous leur avons demandé si elles auraient souhaité avoir recours à une médiation et le cas échéant si elles auraient préféré qu'elle ait lieu avec un médiateur hospitalier ou avec un médiateur externe à l'hôpital. Certaines nous ont aussi livré les raisons de leurs choix. Ce questionnaire a été rempli par 19 femmes et il en ressort que 2/3 d'entre elles auraient souhaité avoir recours à une médiation. Sur ces 19 femmes, 16 ont répondu à la question du choix du médiateur (donc 3 femmes qui avaient répondu par la négative à la première question se sont prononcées sur la question du médiateur hospitalier ou externe). Nous arrivons à un ratio d'environ 2/3 en faveur d'un médiateur externe contre 1/3 en faveur d'un médiateur hospitalier ou sans préférence. Sur ce tiers, près de 40 % des répondantes ont indiqué ne pas avoir de préférence pour l'un ou l'autre et seule une participante a expliqué pourquoi elle aurait préféré un médiateur hospitalier.

Ces chiffres, même s'ils ne concernent que 19 femmes, sont assez parlants et permettent de confirmer que la médiation est une solution vers laquelle des femmes souhaitent se tourner, une grande majorité d'entre elles d'ailleurs. Les réponses obtenues révèlent aussi les réticences de certaines femmes quant à la fonction de médiateur hospitalier et de leur souhait, pour la plupart, de faire plutôt appel à un médiateur externe à l'hôpital.

a. Médiation hospitalière

La loi relative aux droits du patient de 2002 a consacré l'obligation pour les hôpitaux d'instaurer un service de médiation au sein de leur institution. L'article 11 de la loi prévoit que le patient a le droit d'introduire une plainte auprès du service de médiation de l'hôpital s'il estime que ses droits n'ont pas été respectés par le praticien. Les différentes missions du médiateur sont les suivantes : il est chargé de prévenir les plaintes par la promotion de la communication entre le patient et les soignants ; si le patient porte plainte, le médiateur tente de résoudre le conflit entre le patient et le soignant ; si les parties n'arrivent pas à trouver une solution, il informe le patient des autres alternatives possibles pour régler le différend ; le médiateur doit diffuser des informations sur sa fonction et formuler des recommandations afin d'éviter la répétition de manquements de la part des praticiens.

Les conditions à remplir par les médiateurs hospitaliers sont fixées par l'arrêté royal du 8 juillet 2003. Cet arrêté prévoit, entre autres, que le médiateur doit avoir au minimum un diplôme de l'enseignement supérieur de type court. Par ailleurs, il est tenu au secret professionnel et doit faire preuve de neutralité, d'impartialité et d'indépendance dans l'exercice de sa fonction. Afin de garantir cette indépendance, il ne peut être sanctionné pour des actes accomplis dans le cadre de sa mission et il ne peut exercer en parallèle certaines fonction liées au milieu hospitalier ou à la défense des droits des patients.

L'instauration de cette fonction de médiation au sein des hôpitaux démontre une prise de conscience quant à la nécessité d'instaurer un dialogue entre le personnel médical et les patients. Elle met en exergue l'importance de la parole du patient en questionnant la toute-puissance du soignant qui serait le seul à « savoir ». Elle contribue à une relation de coopération et à plus de compréhension entre les patients et le personnel soignant.

i. Avantages

Un avantage important de la médiation hospitalière est sa gratuité qui la rend accessible à toutes les patientes et tous les soignants. Même s'il s'agit d'un processus volontaire, le fait qu'il s'agisse d'un service mis en place par son employeur au sein même de l'institution constitue un incitant pour le praticien. En outre, le fait que le médiateur soit dans l'hôpital, le rend facile d'accès pour le personnel.

Un autre avantage du médiateur hospitalier, même s'il ne s'agit pas de sa mission première, est son rôle de sensibilisation sur les droits du patient au sein de l'institution, via des exposés, des brochures, des affiches… pour autant bien évidemment qu'il prenne ce rôle à cœur. Par ailleurs, par la formulation de recommandations, le médiateur peut faire évoluer la politique de l'hôpital quant à la prise en charge des femmes qui accouchent.

ii. Inconvénients

Toutefois, plusieurs inconvénients liés à la fonction de médiateur hospitalier sont à dénombrer, que ce soit dans le cadre des violences obstétricales mais aussi en général.

Tout d'abord, l'indépendance et la neutralité du médiateur se trouvent fragilisées par sa position d'employé de l'institution. Comme le pointe très clairement la Commission fédérale « Droits du patient » dans son avis du 19 mai 2017, ce statut d'employé entraîne un « risque de perte d'autonomie, de limitation de ses actions dans la recherche de solutions ; un risque d'association/interférence d'autres services (direction, etc.) dans le processus, peu favorable à la préservation de la neutralité du médiateur ou à la discrétion nécessaire pour favoriser le dialogue ; un risque de difficultés du médiateur (pas de protection du statut) pour imposer

son indépendance face à son employeur ; un risque de manque d'informations sur les alternatives à la médiation (extérieures à l'institution) à proposer au patient ». Par ailleurs, il arrive que le médiateur cumule sa fonction avec une autre fonction au sein de l'institution, ce qui porte encore plus atteinte à son indépendance.

Pour une patiente victime de violences obstétricales, être face à un médiateur qui exerce dans l'hôpital, qui est payé par lui et qui est le collègue du soignant qui a été maltraitant envers elle, ne donne pas une impression d'indépendance et de neutralité, bien au contraire. La confiance nécessaire au bon déroulement d'une médiation fera donc souvent défaut, ce qui ne poussera pas les femmes à y avoir recours. Notons que sur les deux médiatrices hospitalières avec qui nous avons eu un contact, l'une n'avait jamais eu de demande pour des violences obstétricales et l'autre n'en avait eu que très peu. De plus, plusieurs répondantes à notre questionnaire ont également relevé cet inconvénient.

Une autre difficulté qu'il convient de pointer, est le manque d'agrément et de formation des médiateurs. Seul un diplôme d'études supérieures est exigé, un bachelier suffit. Or comme l'exprime à nouveau très bien la Commission fédérale « Droits du patient » dans son avis « intervenir dans la relation patient-praticien implique, pour le médiateur, de faire face à des souffrances physiques/morales ; d'assurer un équilibre entre le savoir du praticien et la plainte du patient ; de connaître la législation droits du patient et d'autres lois qui y sont liées ; de savoir vers quelle instance alternative le patient peut être orienté en fonction de sa demande ; d'appréhender une relation conflictuelle sans jugement, tout en la faisant évoluer vers une solution ; de reconnaître ce qu'implique pratiquement, sur le terrain, les principes de neutralité, secret professionnel, indépendance… Cela exige une formation exigeante en termes de connaissances et d'aptitudes à acquérir, au risque, pour le médiateur, de ne pas donner d'informations complètes ou correctes aux parties ou de montrer des pratiques non appropriées ». Ce manque de formation obligatoire entraîne des pratiques très divergentes d'un médiateur à l'autre.

Enfin, le manque de protection de la confidentialité du processus de médiation constitue lui aussi un problème. En effet, la loi de 2002 prévoit que les médiateurs sont tenus de respecter le secret professionnel mais les parties à la médiation ne sont pas expressément tenues au devoir de confidentialité (même si le règlement d'ordre intérieur de certains hôpitaux le prévoit fort heureusement). Or pour assurer la confiance entre les parties et permettre que la parole se libère, il est fondamental que les échanges entre les parties soient confidentiels. Comment un soignant acceptera-t-il de se remettre en question, de s'excuser, d'avouer qu'il a mal agi, de parler de la violence institutionnelle qu'il subit, etc. s'il n'est pas certain que ces informations ne seront pas utilisées contre lui devant une autre instance (judiciaire, Ordre des médecins), rapportées à la direction de l'hôpital ou encore exposées publiquement sur les réseaux sociaux ?

Comme nous l'explique Pauline Etienne, médiatrice au CHU Saint-Pierre à Bruxelles, dans les faits, les difficultés évoquées vont être plus prégnantes dans certains hôpitaux que dans d'autres. En effet, certaines institutions, comme le CHU Saint-Pierre, ont vraiment la volonté d'offrir des soins de qualité et d'améliorer le bien-être des patientes. Ils sont conscients que cela passe, entre autres, par la promotion de la médiation. Ils seront attentifs aux difficultés pointées, même si cela ne les évince pas totalement.

Pauline Etienne a, elle, suivi une formation en médiation. Elle précise que sa direction a pour volonté de supprimer au maximum le mot « plainte » dans la communication qui est faite autour de la médiation. Elle fait très peu de gestion de plaintes et dès qu'il y a un problème dans la prise en charge d'un patient quant aux soins donnés, elle met en place une médiation.

D'autres institutions, au contraire, accordent très peu d'intérêt à la médiation et engagent des gestionnaires de plaintes, plus que des médiateurs. Lorsque la fonction de médiateur hospitalier a été instituée en 2002, divers hôpitaux ont recruté des personnes en interne qui étaient secrétaires ou gestionnaires de plaintes. Ceux-ci n'étaient absolument pas sensibilisés ni encore moins formés à la médiation et certains d'entre eux sont toujours en poste.

Ces divergences d'un hôpital à l'autre vont à l'encontre du droit des patients d'avoir accès à une médiation de qualité. Le risque, par ailleurs, est qu'elles faussent la perception de ce qu'est un médiateur et que cela décourage les patientes à se tourner vers lui. Comme le souligne Pauline Etienne, dans le peu de médiations pour violences obstétricales qu'elle a menées, c'est souvent sous le prisme de l'erreur médicale que les patientes la consultent plutôt que sous celui de la violence obstétricale. Il nous est permis de penser que cela provient de l'influence de cette perception faussée. De plus, les services de médiation ne sont souvent pas connus par les patientes car pas assez visibles. Mais s'ils étaient plus sollicités, est-ce qu'un seul médiateur serait en mesure de prendre en charge toutes les demandes ? Et comme le soulève Myriam Ben Jattou, ne serait-il pas intéressant que l'Etat évalue la pertinence des services de médiation hospitalière ? Sont-ils réellement efficaces ? Quelle en est la réelle plus-value par rapport à des services externes ?

b. Médiation externe à l'hôpital

i. Avantages

Les avantages d'une médiation externe par rapport à une médiation interne à l'hôpital sont nombreux.

Tout d'abord, la médiation externe à l'hôpital permet de faire appel à un médiateur agréé, ce qui offre certaines garanties. En effet, les conditions de l'agrément sont fixées par le Code

judiciaire (art. 1726) qui protège le titre de « médiateur agréé ». Pour pouvoir le porter, il faut avoir suivi une formation poussée à la médiation et poursuivre une formation continue.

Contrairement aux médiateurs hospitaliers, le médiateur agréé est soumis à des règles déontologiques précises dont le non-respect peut entraîner des sanctions. Notons quand même que les médiateurs qui adhèrent à l'Association des Médiateurs en Institution de Soins (AMIS) doivent respecter le code de déontologie établi par l'association mais tous les médiateurs hospitaliers n'en font pas partie.

Le Code judicaire prévoit que le médiateur agréé doit être neutre, indépendant et impartial. En exerçant sa profession en tant qu'indépendant, sans lien avec l'hôpital, l'indépendance et la neutralité du médiateur agréé seront mieux garanties que celles du médiateur hospitalier. C'est d'ailleurs principalement pour cette raison que les femmes ayant répondu à notre questionnaire ont majoritairement opté pour le choix d'un médiateur externe à l'hôpital.

Par ailleurs, le Code judiciaire (art. 1728) soumet le médiateur au secret professionnel et prévoit expressément la confidentialité des échanges entre les parties, ce qui est fondamental.

Enfin, un dernier avantage de la médiation extrahospitalière est la neutralité du lieu puisqu'elle ne se déroule pas dans l'hôpital. Elle pourra se dérouler dans un lieu qui ne sera pas associé au traumatisme vécu par la patiente et qui ne sera pas le lieu de travail du médecin, ce qui impactera positivement le sentiment de sécurité et de confiance de la patiente et, par conséquent, le bon déroulement de la médiation. Quant au soignant, il est probable qu'il se sente plus à l'aise de parler dans un lieu autre que son lieu de travail.

ii. Inconvénients

Malgré ces différents avantages, il convient de souligner certains inconvénients non-négligeables que présentent le recours à un médiateur externe à l'hôpital.

Le premier inconvénient est le coût. En effet, contrairement à la médiation hospitalière dont les frais sont entièrement pris en charge par l'hôpital, les honoraires et frais du médiateur externe sont supposés être financés par les parties. Or comment motiver un soignant à se rendre à une médiation, si cela lui coûte de l'argent ?

En outre, si la neutralité d'un lieu situé hors des enceintes de l'hôpital constitue un atout indéniable, il entraîne aussi certaines difficultés d'accès pour le soignant. En effet, le fait que la médiation se déroule sur son lieu de travail, lui permettra de s'y rendre facilement entre deux consultations. Si ce lieu est éloigné, le temps risque d'être un facteur contraignant qui le découragera de s'y rendre.

PARTIE 3 : PISTES DE SOLUTIONS POUR UN ESPACE DE MEDIATION EN ADEQUATION AVEC LES BESOINS DU TERRAIN

Au regard des différents éléments que nous avons abordés dans les deux premières parties de ce travail ainsi que des entretiens que nous avons menés et du questionnaire que nous avons diffusé, le constat est clair, il y a une demande de la part des femmes d'avoir recours à la médiation en cas de violences obstétricales. Mais la question qui se pose est de savoir sous quelle forme ces médiations devraient se dérouler pour répondre au mieux aux besoins des femmes victimes de telles violences mais aussi des soignants. Nous tenterons donc dans cette troisième partie de dégager des pistes de solutions pour l'instauration d'un espace de médiation en adéquation avec ces besoins. La médiation permet une grande créativité dans la configuration qu'elle peut adopter et c'est cette créativité que nous allons exploiter.

L'idée ici n'est pas de nier les limites que nous avons pu identifier mais bien d'apporter certains éléments de réponse ou en tout cas de réflexion permettant de les surpasser. Il est évident que la médiation ne conviendra pas dans tous les cas, comme pour tout type de conflits d'ailleurs, mais nous sommes convaincues que ces limites n'empêchent pas la mise en place d'espaces de médiation qui pourront être bénéfiques pour les femmes victimes de violences obstétricales.

Dès lors, pour commencer, nous ferons état des pratiques informelles mises en place dans certains hôpitaux (A), nous analyserons la pertinence de débriefings post-accouchement en présence d'un médiateur (B) et nous listerons les qualités qui nous paraissent nécessaires dans le chef de ce dernier (C). La question de la configuration (D) et du lieu de la médiation (E) ainsi que de la responsabilité de l'hôpital (F) seront ensuite abordées.

A. Pratiques déjà mises en place dans certains hôpitaux

Michèle Warnimont nous a fait part de la mise en place de médiations informelles à l'hôpital Erasme. C'est généralement une psychologue qui joue le rôle de médiatrice entre les parents et le médecin ou la sage-femme mais parfois aussi la cheffe de service, qui est souvent présente à ces médiations par ailleurs. Ces médiations informelles ont eu des résultats positifs dans certains cas, moins dans d'autres. Elles sont réalisées avec les moyens du bord et sont un premier pas vers une restauration d'un dialogue et d'un lien de confiance mais, comme le fait remarquer Michèle Warnimont, les femmes ont parfois l'impression de se retrouver devant un tribunal. La neutralité du médiateur improvisé fera généralement défaut. Mais ces pratiques ne sont pas à négliger et font preuve d'une volonté de la part de ces soignants de trouver des solutions aux vécus difficiles de leurs patientes. Il est intéressant de s'en inspirer mais, outre les difficultés pointées, elles ne nous paraissent pas suffire.

De plus, il s'agit ici d'un exemple dans un seul hôpital bruxellois. Nous n'avons pas connaissance des pratiques des autres hôpitaux. Toutefois, compte tenu des disparités conséquentes entre hôpitaux quant aux chiffres liés aux violences obstétricales et à l'importance qui est accordée à la fonction de médiateur hospitalier, nous supposons que bon nombre d'entre eux sont encore très loin de telles pratiques.

Il est parlant, par ailleurs, que des médiations informelles soient parfois privilégiées par rapport à l'intervention du médiateur hospitalier que Michèle Warnimont précise d'ailleurs ne jamais avoir rencontré. Ceci vient confirmer certaines difficultés que nous avons relevées quant à la fonction de médiateur hospitalier.

B. Un débriefing systématique

Comme le souligne Alexandra Cogan, il est essentiel d'améliorer la culture du débriefing suite à une intervention médicale, quelle qu'elle soit. Or après un accouchement, il est très rare d'avoir un débriefing avec l'équipe médicale qui était présente au moment de la naissance. Les pratiques varient en tout cas fortement d'un hôpital à l'autre. Alexandra Cogan explique qu'il est confrontant pour les soignants de retourner voir la patiente après l'intervention car ils ont le sentiment d'être constamment évalués sur leurs pratiques. Mais pourtant c'est bien le rôle du praticien de vérifier que sa patiente va bien après un acte médical ou une opération, il s'agit même d'une obligation pour les chirurgiens. Toutefois, ce sera souvent l'assistant qui sera envoyé à la place du médecin.

Au CHU Saint-Pierre, un débriefing a lieu juste après l'accouchement uniquement quand l'équipe médicale estime que celui-ci a été difficile (en cas d'utilisation de ventouses, de césarienne d'urgence, de dystocie des épaules, etc.). Cependant, la perception des soignants ne correspond pas nécessairement au vécu des femmes, qui, elles, peuvent avoir très mal vécu leur accouchement même s'il a l'air de s'être très bien passé. Alexandra Cogan milite donc pour que chaque accouchement soit suivi d'un débriefing avec les sages-femmes et le gynécologue qui étaient présents lors de la naissance. Cette proposition de débriefing systématique nous parait, en effet, fondamentale puisqu'elle constitue la base pour que les femmes puissent poser leurs questions et comprendre ce qu'il s'est passé. S'il n'est pas proposé, les femmes étant concentrées sur leur bébé et leur récupération après l'accouchement, ne penseront souvent pas à le demander. Par ailleurs, tout comme au Cocon, une consultation post-partum a lieu un mois après l'accouchement mais pas toujours avec le gynécologue qui était présent ce jour-là.

C'est dans le cadre de ces débriefings systématiques que nous pensons que le médiateur pourrait avoir un rôle à jouer. Il serait intéressant qu'il soit automatiquement demandé à la patiente si elle souhaite qu'un tiers neutre, le médiateur, soit présent lors du débriefing post-accouchement immédiat et/ou lors du débriefing qui aura lieu environ un mois après. Il est

clair que de nombreuses femmes n'auront pas besoin d'un médiateur mais pour celles qui en émettraient le souhait, le fait de le proposer d'emblée est une manière de rendre la médiation visible et donc plus accessible. C'est une façon de faire savoir aux patientes qu'elles peuvent se tourner vers le médiateur à tout moment, pour toute relation avec un soignant, qu'il s'agisse de ceux présents au moment de la naissance mais aussi les sages-femmes présentes lors du travail (qui ne sont pas toujours les mêmes). Il arrive souvent que les femmes, juste après leur accouchement, baignées dans l'ocytocine et le bonheur face à leur bébé en bonne santé, ne conscientisent pas encore les difficultés vécues, se disent qu'elles vont passer au-dessus ou ne sont juste pas en mesure d'en parler à ce moment-là et ont besoin de plus de temps. C'est pourquoi, leur faire savoir que le médiateur est là si besoin et leur laisser la possibilité de faire appel à lui quelques semaines plus tard, nous paraît fondamental.

C. Un médiateur indépendant et formé

Nous avons vu que le recours à un médiateur hospitalier offre certains avantages mais présente quand même des inconvénients majeurs qui remettent en cause sa légitimité, à savoir une neutralité et une indépendance trop fragiles, un manque de formation mais aussi un manque de garantie de la confidentialité du processus. C'est pourquoi, nous pensons qu'un médiateur agréé externe à l'hôpital est le mieux placé pour répondre aux besoins des patientes et des soignants.

Le fait qu'il ne soit pas lié par un contrat d'employé à l'hôpital et ne rencontre pas quotidiennement les soignants dans les couloirs ou la cafeteria de l'hôpital mais aussi qu'il ait suivi une formation qualifiante à la médiation et porte un titre protégé, le rend plus légitime aux yeux des parties. En outre, le fait que la confidentialité des échanges soit garantie par la loi nous paraît primordial pour que la parole se libère, que chacun se sente à l'aise de s'exprimer, plus particulièrement les soignants qui pourraient craindre un retour de bâton de l'institution s'ils dénoncent à leur tour les violences qu'ils subissent. Pour qu'un soignant se sente libre d'admettre qu'il a mal agi et/ou de présenter des excuses, il est essentiel qu'il soit tout à fait sûr que ses propos ne seront pas utilisés contre lui. Il est donc fondamental que le médiateur insiste sur cette confidentialité au début de la médiation et que l'hôpital fasse passer ce message aux soignants.

Quant à la formation du médiateur, outre sa formation qualifiante à la médiation, il nous parait nécessaire qu'il soit sensibilisé aux questions de genre en général et aux violences obstétricales en particulier. De plus, il y a tellement de choses qui se jouent au niveau psychique, émotionnel et relationnel lors de la mise au monde d'un enfant que la question du vécu de la patiente, qui est (re)devenue mère, ne peut être appréhendé de la même manière qu'une intervention médicale dans un autre domaine. C'est pourquoi il nous paraît important que le médiateur soit sensibilisé aux mécanismes psychologiques et physiologiques de la

naissance et du post-partum et qu'il soit attentif à l'état émotionnel et physique de la jeune mère et du coparent.

Il est également essentiel que le médiateur soit conscient du contexte et du système dans lequel évoluent les parties, à savoir le système hospitalier avec ses protocoles, sa tendance à la surmédicalisation des accouchements, sont paternalisme ambiant, sa manière de traiter ses employés, etc.

Comme le relève Myriam Ben Jattou, une formation sur les mécanismes de la violence serait également nécessaire. C'est de cette manière que le médiateur pourra être attentif à certains signaux et pourra notamment repérer une relation de domination de la part du soignant à l'égard de sa patiente. Il sera alors de la responsabilité du médiateur de mettre fin à la médiation si nécessaire. Le rôle du médiateur est aussi de protéger les parties et de leur rappeler ce qui fait du mal à l'autre sans que cela ne remette en cause sa neutralité. C'est en imposant un cadre sécurisé et des règles de communication que le médiateur pourra instaurer un climat de confiance et une relation égalitaire entre les parties. Ainsi les parties sauront qu'elles pourront se faire entendre et respecter pendant le processus et que le médiateur ne permettra pas le recours à la violence.

Il y a souvent des jeux de pouvoir en jeu dans un conflit quel qu'il soit (entre un employeur et un employé, un bailleur et un locataire, dans un divorce, etc.) mais ils n'empêchent pas nécessairement la mise en place de médiations. Au contraire, la médiation, par le cadre qu'elle pose et par l'accent qu'elle met sur l'expression des émotions et des besoins des parties, plutôt que sur les connaissances, permet de rééquilibrer la relation plutôt que de renforcer l'asymétrie existante entre le soignant et la patiente. A tout le moins, elle permet que chacun soit respecté au sein de ce déséquilibre qui peut d'ailleurs être nommé par le médiateur. La médiation a aussi cette vocation d'« empowerment » des parties qui sont actrices de la solution à leur conflit. A nouveau, plutôt que de renforcer le rapport de force entre le soignant et la patiente, nous pensons que la médiation menée par un médiateur sensibilisé et vigilant, peut au contraire redonner du pouvoir aux femmes, et ce notamment par l'impact qu'elles pourront avoir sur l'amélioration des pratiques du soignant.

Comme dans toute médiation, il est essentiel que le médiateur ne se laisse pas parasiter par ses propres croyances et résonnances et qu'il soit conscient de ses limites. Il faudra donc qu'il soit particulièrement vigilant à ne pas vouloir défendre et prendre parti pour la partie la plus faible, la patiente, et vise une multipartialité (être avec l'un et avec l'autre) plutôt qu'une impartialité totale qui risque de le rendre trop distant et donc déshumanisé. Il ne faut pas qu'il perde de vue que les soignants peuvent eux aussi être victimes de violences institutionnelles.

D. Une configuration adaptée

Lorsque les violences subies ont provoqué un traumatisme très profond chez la jeune mère, une rencontre avec la personne à l'origine de ce traumatisme est parfois inconcevable. Toutefois, il peut être pire de ne pas mettre de mots sur un évènement très traumatique. Différentes configurations pourraient, dès lors, être envisagées comme l'organisation de rencontres en aparté ou encore une rencontre avec le supérieur hiérarchique ou un collègue du soignant concerné. Ainsi, la patiente aura quand même pu mettre des mots sur son vécu traumatique et se sera sentie écoutée. Il sera convenu d'un commun accord entre les parties en présence quelles informations seront transmises ou non au soignant maltraitant.

Il conviendra sans doute aussi dans certains cas de faire une co-médiation avec un psychologue lorsque le traumatisme semble trop important, afin qu'il puisse être appréhendé de la meilleure façon. Le rôle du médiateur, comme tiers bienveillant, sera aussi de s'assurer que la personne est bien entourée et de la renvoyer vers un thérapeute si nécessaire. L'on pourrait également imaginer que son thérapeute puisse être présent lors de la médiation ou toute autre personne de confiance (comme le prévoit la médiation hospitalière).

Enfin, il est important d'inclure les coparents dans la médiation si le couple le souhaite. En effet, ces derniers peuvent avoir été très impactés par les violences subies par leur partenaire et auront souvent le besoin d'exprimer, eux aussi, leur ressenti et d'obtenir des explications. Certains couples ne parviennent pas à communiquer sur le vécu de chacun suite aux violences subies et la médiation pourrait les aider à mettre des mots dessus et sans doute à éviter de plus grandes difficultés dans le couple par la suite.

Gardons à l'esprit que de nombreuses configurations peuvent être envisagées et qu'elles peuvent évoluer au cours de la médiation.

E. Lieu de la médiation

Dans le cadre d'une médiation avec un médiateur indépendant, se pose la question du lieu de son intervention. Pour un débriefing juste après l'accouchement, il n'y aura pas d'autre choix que le médiateur se déplace jusqu'à l'hôpital car la jeune mère ne pourra pas bouger. Elle aura donc vraisemblablement lieu dans la chambre de la patiente. Notons que ce n'est évidemment pas le lieu idéal puisque la patiente est dans son lit et donc dans un état de vulnérabilité et d'infériorité. C'est pourquoi, il nous parait essentiel qu'un débriefing, en présence du médiateur ou non, soit également proposé plus tard pour qu'il puisse avoir lieu dans de meilleures conditions. Dans ce cas, si une médiation prend place, on pourrait aussi envisager que le médiateur se déplace à l'hôpital afin que le praticien puisse facilement s'y rendre. Cependant, il sera préférable d'organiser la rencontre dans un autre service ou une autre aile que la maternité.

Mais comme nous l'avons déjà évoqué, la neutralité d'un lieu externe à l'hôpital est un atout non négligeable. Afin qu'il reste à une distance raisonnable pour le soignant et donc ne le dissuade pas de participer à la médiation, l'on pourrait envisager un lieu proche de l'hôpital sans qu'il soit à l'intérieur-même de celui-ci. Le CHU Saint-Pierre, par exemple, est lié à un planning familial qui se trouve juste à côté mais dont l'entrée est séparée. Ce planning familial fait partie du « 320 Rue Haute » qui est un espace pluridisciplinaire destiné à la santé reproductive et aux violences sexuelles. Qu'un médiateur en charge des médiations liées aux violences obstétricales (et pourquoi pas aussi à d'autres violences faites aux femmes) fasse partie de l'équipe aurait tout son sens.

On le voit donc, différentes possibilités peuvent être envisagées, tant pour que ce lieu soit accessible aux parties, que pour qu'il soit le plus neutre possible.

F. Responsabilité de l'institution hospitalière

Pour pouvoir mettre en place de telles médiations externes, un important travail de sensibilisation nous parait devoir être réalisé en amont, au niveau des institutions hospitalières, afin que la médiation fasse pleinement partie de leur politique de prise en charge des soins. Il sera nécessaire de leur faire prendre conscience de l'importance pour les patientes et les praticiens d'avoir accès à des médiations qui rencontrent au mieux leurs besoins respectifs afin qu'elles portent leurs fruits. Une patiente est une cliente pour l'hôpital et ce dernier a donc tout intérêt à ce qu'elle soit satisfaite de son expérience de soins. Une multiplication de plaintes à l'encontre de soignants qui travaillent au sein de son institution n'est pas bon pour l'image de l'hôpital. De plus, une procédure judiciaire entraîne des coûts importants. Il est donc clairement dans l'avantage de l'hôpital de favoriser les bonnes relations entre patientes et soignants et d'encourager dès lors le recours à la médiation.

A cette fin, dans le but d'inciter les soignants à se rendre à des médiations menées par un médiateur agréé indépendant, il nous paraît nécessaire que l'hôpital prenne en charge les coûts d'une telle médiation. En effet, les soignants n'accepteront jamais de participer à des médiations s'ils doivent les payer de leur poche et il faut donc que cela soit inclus dans la politique de gestion de l'hôpital.

Nous pourrions, toutefois, imaginer que ces médiations soient prises en charge financièrement par l'Etat, comme c'est le cas dans le canton de Vaud en Suisse où la médiatrice hospitalière est liée par un contrat de travail au ministère de la Santé qui finance les médiations. Une autre possibilité encore, serait que la médiatrice fasse partie d'une structure subsidiée par l'Etat comme un planning familial ou une asbl. A cet égard, la Plateforme pour une naissance respectée a le souhait de créer, avec l'aide de subsides, un lieu d'accueil pour les femmes venant d'accoucher, constitué d'une équipe pluridisciplinaire

(assistante sociale, psychologue, sage-femme, etc.). Une médiatrice pourrait donc en faire partie.

Par ailleurs, afin que la contrainte du temps ne soit pas invoquée par les soignants pour éviter de se rendre à une médiation, il est important que l'hôpital pense en terme de soins intégrés et dégage du temps pour les soignants, qui ne serait pas valorisé financièrement (compte tenu du système de tarification à l'acte). Et ce, dans un but d'améliorer la santé maternelle et infantile. Il est, en outre, de sa responsabilité de faire comprendre aux soignants ce que peut apporter la médiation au niveau du « prolongement » de la relation de soins mais aussi de la prévention de la judiciarisation (ce qui est une de leur grandes peurs) afin qu'ils soient encouragés à y participer.

Alexandra Cogan estime, d'ailleurs, que la contrainte de temps est une mauvaise excuse. Pour elle, c'est la non-envie d'être confrontée à sa patiente plus que le temps qui décourage les soignants. Or comme elle le dit très justement, « lorsque le soignant n'a pas envie de rencontrer sa patiente après l'accouchement, c'est qu'il faut qu'il y aille car c'est qu'il y a quelque chose qui se joue et qui doit être discuté ». C'est exactement à cela que l'hôpital doit sensibiliser les praticiens.

Il est essentiel aussi que dans sa communication sur la médiation, l'hôpital mette l'accent sur la confidentialité du processus pour que les soignants n'aient pas peur de parler. Il faut qu'ils se sentent libres de déposer, sans jugement, sans que cela puisse porter préjudice à leur travail. C'est pourquoi ils doivent sentir que l'institution derrière eux est en accord avec le fait que les choses ne soient pas noires ou blanches et qu'ils peuvent s'exprimer sur les difficultés auxquelles ils font face et admettre qu'ils ont mal agi.

Afin que la médiation soit reconnue comme un processus légitime, il est essentiel d'en construire une image positive dans la société en général et dans les hôpitaux en particulier. Tant les patientes que les soignants doivent être pleinement informés de leurs droits, de la nature du processus de médiation, de ses conséquences et de ses objectifs, afin d'avoir confiance dans l'action du médiateur et d'être dans un esprit de collaboration. Pour que la médiation soit réellement accessible, il est nécessaire que l'hôpital investisse dans sa visibilité. Il est important aussi qu'il mette en place des formations pour le personnel sur les violences de genre, la communication non violente, le multiculturalisme, etc.

Enfin, il nous paraît intéressant de s'inspirer de la loi relative aux droits du patient quant au rôle du médiateur hospitalier de formuler des recommandations à l'institution sur base de son expérience de terrain. Il serait tout aussi intéressant que le médiateur indépendant qui interviendrait dans des cas de violences obstétricales, fasse un retour vers l'hôpital afin de faire évoluer les pratiques.

CONCLUSION

Il est grand temps de rendre le pouvoir aux femmes sur leur corps et donc sur leurs accouchements, de reconnaitre leur capacité à mettre leurs enfants au monde et à faire des choix pour elles-mêmes et pour leurs bébés. C'est une véritable transformation des mentalités qui doit être menée, un changement radical de paradigme concernant la naissance qui doit être opéré. Malheureusement, nous en sommes encore loin aujourd'hui mais avec les voix de plus en plus nombreuses qui s'élèvent pour dénoncer les violences obstétricales, la révolution est en marche.

C'est par une profonde sensibilisation du corps médical, du monde judiciaire mais aussi des femmes elles-mêmes ainsi que de la société en général que la lutte contre ces violences pourra être menée. Elle passe aussi par l'évolution de la formation des soignants qu'il est nécessaire de recentrer sur la physiologie et non plus sur la pathologisation et la surmédicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Il est également essentiel que les institutions hospitalières fassent enfin primer l'humanité ainsi que le respect du personnel soignant sur la rentabilité.

A la lumière de ce que nous avons exposé dans ce travail, nous sommes intimement convaincues que la médiation peut, elle aussi, contribuer, à son échelle, à cette révolution des mentalités et des pratiques médicales. Et à titre plus individuel, nous sommes tout autant convaincues que la médiation peut permettre aux femmes victimes de violences obstétricales de se sentir écoutées, que leurs besoins et leurs demandes soient entendues afin de les aider à se reconstruire et à leur redonner confiance en elles et dans le corps médical, sans oublier l'effet libérateur et même réparateur qu'elle peut avoir parfois sur les soignants. Sans vouloir prétendre que nous détenons LA solution, nous avons émis des pistes de solutions en vue de créer un espace de médiation qui soit le plus en adéquation possible avec les besoins de terrain que nous avons pu identifier. Un espace qui respecte au mieux les femmes mais aussi les soignants.

Toutefois, nous n'avons pas vocation à démontrer que la médiation règlerait tout, qu'elle conviendrait dans tous les cas et à toutes les femmes, loin de là. Chaque situation est différente et requiert une solution au cas par cas. Pour certaines, ce sera une nécessité de porter plainte en justice et d'être reconnues comme victimes mais pour d'autres, la médiation sera un moyen d'avancer et de se reconstruire. Le constat est clair, il existe une demande des femmes ayant subi des violences obstétricales d'avoir recours à la médiation. Il est donc important de répondre à cette demande.

Pour conclure, nous pensons donc pouvoir affirmer que la médiation peut constituer un vecteur de changement en matière de violences obstétricales, tant au niveau individuel que collectif, pour autant qu'on y mette les moyens nécessaires. Œuvrons à ce qu'enfin la rencontre humaine soit mise au centre de la relation entre les soignants et leurs patientes !

ANNEXES

Annexe 1

Témoignages de violences obstétricales

Documentaire d'Ovidie, « Tu enfanteras dans la douleur »

« Je ne voulais pas la péridurale, je leur ai dit non à plusieurs reprises. Sentant l'incompréhension autour de moi, sentant 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 descente. 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. »

« 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. »

« 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… »

Enquête de la Plateforme pour une naissance respectée, « Accoucher en Belgique francophone avant et pendant le covid »

« J'ai eu une visite de la sage-femme de l'hôpital ... visite que j'ai très mal vécue. Mon fils venait de boire il y a 1/2h et elle me l'a fait mettre au sein pour voir comment il buvait. J'ai dû le réveiller... j'ai trouvé ça honteux et ni lui ni moi n'étions respectés. On se serait cru à un examen. »

« Si vous ne vous calmez pas, je vous fais une générale et vous ne verrez pas votre bébé aujourd'hui. »
« L'anesthésiste m'a dit d'arrêter mon cinéma, que les contractions ne pouvaient pas être aussi douloureuses que ça, et que si j'ai fait le souhait d'avoir des enfants rapprochés je devais assumer et me taire. »

« Le fait d’avoir appuyé sur mon ventre lorsque je poussais, c’était violent tant par le geste que par le fait qu’on ne me prévienne même pas et que je ne savais même pas pourquoi je subissais ça. »

« Le gynécologue qui prend le temps de discuter de sa soirée de la veille avec l’assistante en médecine avant de me faire mes points de suture. J’étais donc jambes écartées, les pieds encore sur les étriers et eux discutaient comme si je n’étais pas là. »

« Les touchers vaginaux le jour du déclenchement, j’ai supplié d’arrêter et elles [les sages-femmes] continuaient, elles se succédaient pour voir si elles avaient toutes les mêmes données et cela s’est fait dans une douleur atroce. »

« On m’a dit c’est maintenant ou jamais car l’anesthésiste veut aller dormir. »

« Je n'ai pas été écoutée quand j'ai dit que je sentais tout (fil et aiguille). »

« La révision utérine sans me prévenir, à vif. Je n'ai rien eu pour gérer la douleur. »

« J’ai été mise sur le dos d’autorité alors que j’étais plus confortable en latéral. »

« Je me suis très peu sentie soutenue dans mon choix de départ de faire sans péridurale. Personne n'a tenté de me soulager autrement ou de m'accompagner pendant mes moments de doute et de peur. »

« Aucun personnel soignant ne me calcule alors que je tremblais et que j'avais froid durant mon accouchement. »

« Si vous mettiez autant de rage à pousser qu'à vous plaindre, votre bébé serait déjà sorti !! »

Page Instagram de l’association française StopVOG.fr

« Elle me fait des points. Je lui demande combien je vais avoir de points et d’avoir la gentillesse de me faire une anesthésie locale. Ce à quoi elle me répond : « ça vous regarde pas, occupez-vous de votre mari et de votre fille au lieu de vous occuper de moi ! »

« J’ai une micro-déchirure qui, selon la sage-femme n’a pas besoin d’être recousue. Mais le gynéco de garde décide de me faire un point. Le « point du mari ». Depuis, à chaque rapport, j’ai des douleurs et des saignements. »

« Au fait je vous ai fait une épisiotomie Madame » « Mais non c’est pas parce que c’est long que c’est grave ». Au bout de 6 mois… diagnostique : cicatrice infectée et étirement des nerfs ! »

« Il insère ses doigts dans mon vagin dans me demander mon accord préalable. Je sens qu’il va au-delà de mon col. Il semble chercher et ne retire pas ses doigts malgré mes cris de douleur. »

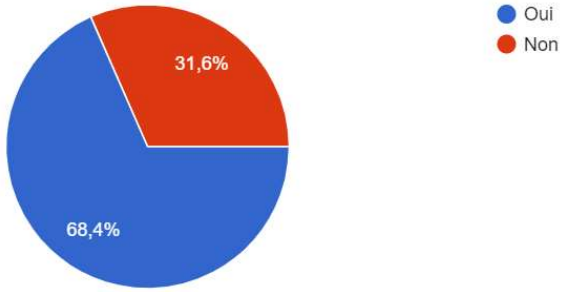
Annexe 2

Réponses à notre questionnaire diffusé en ligne

Dans le cadre des violences que vous avez subies, auriez-vous souhaité pouvoir avoir recours à une médiation ?

Copier

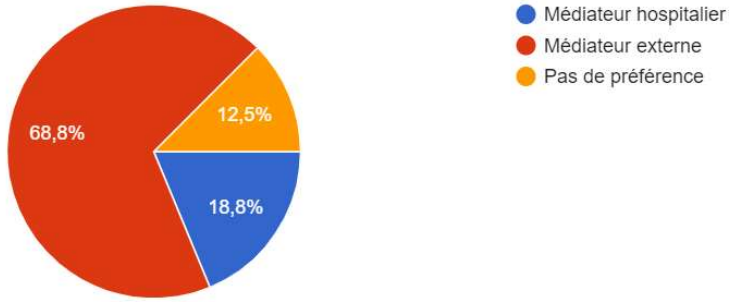
19 réponses



Si oui, auriez-vous préféré avoir recours à un médiateur hospitalier ou externe à l'hôpital?

Copier

16 réponses



Pourquoi auriez-vous souhaité/n'auriez-vous pas souhaité avoir recours à une médiation? (merci de préciser pourquoi vous auriez préféré un médiateur hospitalier, ou plutôt un médiateur externe à l'hôpital, ou pourquoi l'un ou l'autre vous aurait convenu)

15 réponses

J'ai réalisé très tard que ce que j'avais vécu était des violences obstétricales et j'ai appris rapidement après mon accouchement que le gynécologue responsable de ces actes de violence avait été renvoyé. Je n'ai donc pas effectué démarches particulières. Merci pour ce sujet en espérant que cela pourra aider d'autres couples d'avoir du support pour être entendu

L'ambiance hospitalier était devenu pour moi lieu de mauvais souvenirs liés à un accouchement qui s'est pas bien passé.

1. Pour que la gynécologue en question comprenne les gestes qu'elle a posés et les conséquences que ces gestes ont sur l'humain en face d'elle. 2. Pour qu'elle ne reproduise plus ces gestes sur qui que ce soit. 3. Pour essayer de passer à autre chose personnellement.

J’aurai préféré un médiateur externe car j’ai trouvé que tout le personnel était fort protocolaire et en manque d’un côté humain. J’avais l’impression que les professionnelles avaient sortis tous du même école.

Afin que cette personne soit sensibilisée au fonctionnement de l'hôpital et aux équipes avec lesquelles j'ai accouché et envisager plus facilement un dialogue avec les parties impliquées. J'aurais eu l'impression de faire connaître mon vécu et espérer être entendue.

Afin de comprendre les actes subis et surtout faire comprendre au praticien que ces pratiques ne sont pas valables et ne respectent pas certaines règles comme le consentement libre et éclairé

J'aurais peur qu'un médiateur interne ne soit pas pleinement impartial. Un médiateur externe sans aucun lien avec l'hôpital me paraîtrait plus neutre.

Après avoir été victime de violences obs durant mon accouchement, j'aurai préféré que ma plainte aboutisse à une sanction dans le chef du personnel maltraitant et non à une médiation qui viserait à mettre sur pied d'égalité patient/membre du personnel dans un souci de rechercher une solution commune

Pour que ce que j’ai vécu soit reconnu. Pour éventuellement que la personne puisse se rendre compte de la violence de ses actes et éviter de continuer à agir ainsi

La médiation me semble trop "judiciarisée" à un moment de la vie où l'humain, l'intuition, les émotions priment. J'avais commencé à écrire l'expérience que j'ai vécue lors de mon accouchement, le 24 décembre 2020, dans le but éventuel de l'adresser à l'hôpital, et puis je n'ai pas pu...trop lourd, trop chargé, trop dur. Il m'a fallu un an, et autant de consultations psy, travail thérapeutique corporel (acupuncteur, massage, ostéopathe, kiné,...) pour me sentir mieux dans mon corps et accepter ce que le corps médical m'a fait subir. Tout ça, dans un bouleversement psychique et physique de vie qu'est d'accueillir un enfant. Ajouter une médiation dans ce parcours? Impossible. Les priorités étaient ailleurs : survivre et me réparer. Et materner et nourrir mon enfant. Même si la colère de mon vécu prenait une place énorme dans mon quotidien, dans ma tête, dans mon corps, dans mon cœur. C'est mon intimité la plus profonde que j'ai partagée avec le personnel de la Clinique St Pierre d'Ottignies ces jours-là et l'étaler à nouveau à quelqu'un d'inconnu, et en plus devoir l'exposer à un représentant de l'hôpital ou du service en question (salle de naissance/maternité) n'aurait pas beaucoup de sens pour moi. Parce que c'est dans des petits gestes médicaux, attitudes verbales et non verbales de chaque personnel soignant que la violence s'est jouée, et dans l'organisation du service. En ce qui me concerne, j'aurais plus envie que l'éducation du personnel soit changée, la manière dont ils sont considérés par leur employeur et la considération globale de la femme, du bébé et du père qu'ils ont. Changer leur regard et ainsi leur pratique. Changer le business à fric qu'est l'hôpital pour le rendre immensément plus humain.
Tout ce qu'ils ont réussi à faire, c'est perdre une cliente/patiente et abîmer une femme à un moment de sa vie où il était nécessaire qu'elle puisse faire appel à tout son potentiel pour s'occuper de son bébé. Quel dégât sur les jeunes générations...!
Pour ce qui est des violences subies chez une gynécologue en privé au moment où nous désespérions d'avoir un enfant, j'ai pensé à porter plainte. D'autant plus qu'une de mes amies avait aussi subi des mauvais traitements de ce même Dr. Je ne l'ai pas fait, je lui ai juste fait une très mauvaise pub quand quelqu'un me demandait conseil. Faire une médiation avec elle? A quoi bon? Je ne saisis pas bien l'intérêt pour moi. Il me semble qu'un cas individuel ne doit pas être prôné mais plutôt une manière de prendre en charge autrui qui doit changer. A nouveau, cela passe par l'éducation et non par un cas isolé.
Enfin, si une médiation était proposée, il me semble qu'il est impératif que le médiateur soit externe à l'hôpital, sans quoi le patient pourrait avoir l'impression de devoir se confronter à 2 blocs hospitaliers (le médiateur et le représentant de l'hôpital). Ce n'est pas très engageant. Il me semble que beaucoup renonceraient avant même d'avoir lancé les procédures.

J'ai eu recours à la médiatrice de l'hôpital en expliquant ma situation à savoir que je faisais une fausse couche, que je n'ai pas été examinée ni par gynécologue ni par sage femme et qu'on m'imposait de prendre un médicament, ce que je refusais sans avoir été examinée. La médiatrice de l'hôpital m'a fourni comme réponse que la sage femme qui m'a mis un ultimatum (soit médicament soit signer une décharge) était une gentille sage femme. Ma requête vers le service médiation de l'hôpital a été totalement inutile. Je suis sortie, j'ai consulté ailleurs dans la journée et le médicament en question (provocant des contractions) n'était pas nécessaire. Il aurait sans doute été préférable de faire appel à une médiation externe mais j'étais exténuée.

Je n'en vois pas l'intérêt dans la mesure ou cela ne changera rien à mes séquelles...

Je pense que cela m'aurait aidée à me sentir davantage respectée. Mais encore aurait-il fallu qu'au moment des faits je me rende compte qu'il s'agissait de violence médicale, ce qui n'était pas le cas car je n'avais pas conscience que cela n'était pas normal et ensuite même si je m'en suis rendue compte, je culpabilisais en me disant que j'en étais en partie responsable ce qui maintenant me paraît faux. Avoir du recul n'est pas toujours possible dans l'immédiat.

Besoin de faire entendre aux personnes concernées que leur comportement est violent, besoin d'entendre qu'iels l'entendent.

J’aurais préféré un médiateur externe qui ne « prêche pas » pour sa paroisse ou ses collègues.

BIBLIOGRAPHIE

Législation

Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, signée à Istanbul le 11 mai 2011.

Résolution du Conseil de l'Europe sur les violences obstétricales et gynécologiques, Doc. 14965, 16 septembre 2019.

Code judiciaire, art. 1724 à 1737.

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

Arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre, *M.B.*, 26 août 2003.

Ouvrages et articles

BOUSQUET, D., COURAUD, G. et COLLET, M., « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical », Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, https://www.hautconseilegalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_2 0180629.pdf, 2018.

COMMISSION FÉDÉRALE « DROITS DU PATIENT », « La fonction de médiation prévue dans la loi relative aux droits du patient : vers une professionnalisation, un statut, une harmonisation des pratiques dans l'intérêt de la qualité des soins », Avis, http://www.mediateurs-amis.be/wp-content/uploads/2015/12/2017.05.19_avis_fonction_de_mediation_prevue_dans_la_loi_relative_aux_droits_du_patient.pdf, 19 mai 2017.

FAGET, J., *Médiations : les ateliers silencieux de la démocratie,* Toulouse, Erès, 2014.

JASSOGNE, P., *Les violences gynécologiques et obstétricales : médecine et droit sous le prisme du genre*, Faculté de droit et de criminologie, Université catholique de Louvain, http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:26508, 2020.

KCE, « Césariennes : ce que les futurs parents doivent savoir », https://kce.fgov.be/fr/cesariennes-ce-que-les-futurs-parents-doivent-savoir#:~:text=Les%20naissances%20par%20c%C3%A9sarienne%20sont,de%2012%25%20%C3%A0%2033%25), 4 novembre 2016.

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

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

LAHAYE, M.-H., « Qu'est-ce que la violence obstétricale », http://marieaccouchela.net/index.php/2016/03/09/quest-ce-que-la-violence-obstetricale/, 9 mars 2016.

LEFEBVRE, A. et DE BAUW, I., « Médiations et exclusion : deux termes antinomiques ? », *in* Revue Quart Monde n°211 – Relation cherche médiation, https://www.revue-quartmonde.org/3443, 2009.

LEVESQUE, S., BERGERON, M., FONTAINE, L. et ROUSSEAU, C., « La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle. Recherches Féministes », https://doi.org/10.7202/1050662ar, 25 juillet 2018.

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 », https://makemothersmatter.org/wpcontent/uploads/2019/07/201905-Final-submission-to-UN-rapporteur-obstetric-violence-updated.pdf, 17 mai 2019.

OMS, « WHO recommendations : Intrapartum care for a positive childbirth experience », https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf, 2018.

PLATEFORME POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE, « Accoucher en Belgique francophone avant et pendant le covid », https://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2022/03/Rapport-1.pdf, novembre 2021.

PREMISSE ASBL, « Touche pas à mon corps sans mon accord. Petit guide pratique pour lutter contre les violences gynécologiques et obstétricales. », https://premisse.be/wp-content/uploads/2019/01/BrochurePremisse-webFR.pdf, 2019.

Documentaires

#Investigation, « Accoucher, le mal des mères », Rtbf, 2022

Ovidie, « Tu enfanteras dans la douleur », Arte, 2019

Evènements

Plateforme Citoyenne pour une naissance respectée, soirée de présentation des résultats de l'enquête « Accoucher en Belgique francophone avant et pendant le covid », 19 novembre 2021.

Comité d'avis pour l'égalité des chances entre les femmes et les hommes – Sénat de Belgique, Audition sur les violences obstétricales en COMEQUITAS, 25 octobre 2021.

Interviews

Entretien accordé le 31 janvier 2022, par Michèle Warnimont, sage-femme référente du Cocon.

Entretien accordé le 22 mars 2022, par Miriam Ben Jattou, présidente de Femmes de droit – Droit des femmes (a.s.b.l.).

Entretien accordé le 8 avril 2022, par Alexandra Cogan, gynécologue-obstétricienne au CHU Saint-Pierre à Bruxelles.

Entretien accordé le 16 mai 2022, par Pauline Etienne, médiatrice hospitalière au CHU Saint-Pierre à Bruxelles.