



**Conseil Scientifique**  
Domaine de la Santé

# LES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES

**VERSION LONGUE**

2 0 2 1

# TABLE DES MATIÈRES

Messages-Clés.....	3
1. Introduction.....	4
2. Définitions.....	5
3. Cadre.....	6
4. Dates importantes.....	7
5. Les violences envers la femme au Luxembourg.....	9
6. Actes ou interventions constituant une violence obstétricale.....	9
7. Actes ou interventions constituant une violence gynécologique.....	16
8. Reconnaître et éviter ces violences.....	16
Abbreviations.....	17
9. Bibliographie.....	18
10. Le Groupe de Travail.....	20

## MESSAGES-CLÉS

- Les examens gynécologiques et l'accouchement touchent non seulement à la sphère médicale mais aussi à la sphère intime de la femme. La patiente peut être parfois très jeune. Pour que les consultations ne soient pas vécues comme des événements traumatisants, il faut respecter les désirs de la patiente tant que ses derniers ne la mettent pas en danger.
- La communication et des explications claires tenant compte des connaissances et de la culture des patientes est l'élément-clé afin de limiter les interventions gynécologiques ou obstétricales pouvant être perçues comme violence par la femme ou son partenaire. Il ne faut pas hésiter à redonner des explications lors d'une consultation spécialement dédiée si besoin.
- Un refus d'intervention peut être ressenti comme une violence.
- La préparation à la naissance et l'information sur le déroulement de l'accouchement et sur le fait qu'il peut prendre à tout moment un caractère d'urgence est essentielle.

# 1. INTRODUCTION

Suite à la question parlementaire no 1292 du 7 octobre 2019 concernant les violences obstétricales et gynécologiques, le Conseil Scientifique a été sollicité afin d'élaborer une recommandation adaptée au contexte luxembourgeois.

## La question parlementaire no 1292 du 7 octobre 2019 et réponse du 8 novembre 2019.

Les violences obstétricales et gynécologiques sont une forme de violence encore largement tabouisées. De plus en plus de femmes dénoncent cependant des actes sexistes et des violences subis pendant les consultations gynécologiques. En date du 3 octobre dernier l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a voté un rapport concernant ces violences. Plusieurs appels sont adressés au Etats membres. Dans ce contexte j'aimerais poser les questions suivantes à Monsieur le Ministre :

- 1) Est-ce que des cas de violences obstétricales et gynécologiques sont connus au Luxembourg ?
- 2) Dans l'affirmative, est-ce que des données plus concrètes existent ?
- 3) **Est-ce que Monsieur le Ministre le juge nécessaire d'élaborer le cas échéant des recommandations ?**
- 4) Est-ce qu'il y a lieu de mener des campagnes d'information et de sensibilisation sur la prévention et la lutte contre cette forme de violence envers les femmes ?
- 5) Est-ce qu'il est opportun de diffuser les bonnes pratiques promues par l'OMS ?

## Réponse du Ministre de la Santé

*Le Ministère de la Santé, suivi en cela par la Direction de la santé, est convaincu de la nécessité de sensibiliser plus largement l'ensemble des professionnels et la population à cette problématique. Le Ministère de la Santé vient d'ailleurs de solliciter un avis en ce sens auprès du Conseil scientifique dans le domaine de la santé.*

## 2. DÉFINITIONS

Il est difficile de définir les termes de violences obstétricales et gynécologiques de façon objective car l'impression de violence ou de geste violent est très subjective et varie d'une personne à l'autre.

Pour cette raison, plusieurs définitions sont reprises ci-dessous.

**La Convention d'Istanbul (2011)** définit la violence à l'égard des femmes comme :

*« Le terme « violence à l'égard des femmes » doit être compris comme une violation des droits de l'Homme et une forme de discrimination à l'égard des femmes, et désigne tous les actes de violence fondés sur le genre qui entraînent, ou sont susceptibles d'entraîner pour les femmes, des dommages ou souffrances de nature physique, sexuelle, psychologique ou économique, y compris la menace de se livrer à de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou privée. »*

[Texte de la Convention \(coe.int\)](#)

**Le Haut Conseil à l'Égalité entre Femmes et Hommes (HCE) en 2018** en France donne la définition suivante :

*« Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant.e.s — de toutes spécialités — femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant.e.s. Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves »*

Rapport n°2018-06-26-SAN-034, voté le 26 juin 2018.

Selon l'**Institut de Recherche et d'Action pour la Santé de la Femme (IRASF)**, les violences obstétricales et gynécologiques recouvrent à 3 dimensions :

Les violences obstétricales et gynécologiques (VOG) : définition de l'IRASF

### Physique



### Verbale



### Légale



Document IRASF

*« Les violences obstétricales et gynécologiques sont, ..., un ensemble de gestes, de paroles et d'actes médicaux qui vont toucher à l'intégrité physique et mentale des femmes de façon plus ou moins sévère. Ces actes ne sont d'une part, pas toujours justifiés*

médicalement, et d'autre part, s'opposent pour certains aux données et recommandations scientifiques actuelles.

Cela va se produire tout au long de la vie des femmes, pendant les visites gynécologiques, ou le suivi en obstétrique pour la grossesse, l'accouchement et le post-partum, ainsi qu'à l'occasion de certains examens médicaux n'ayant rien à voir avec la sphère génitale.

Dans ces accompagnements obstétricaux et gynécologiques nous trouverons des femmes ayant eu :

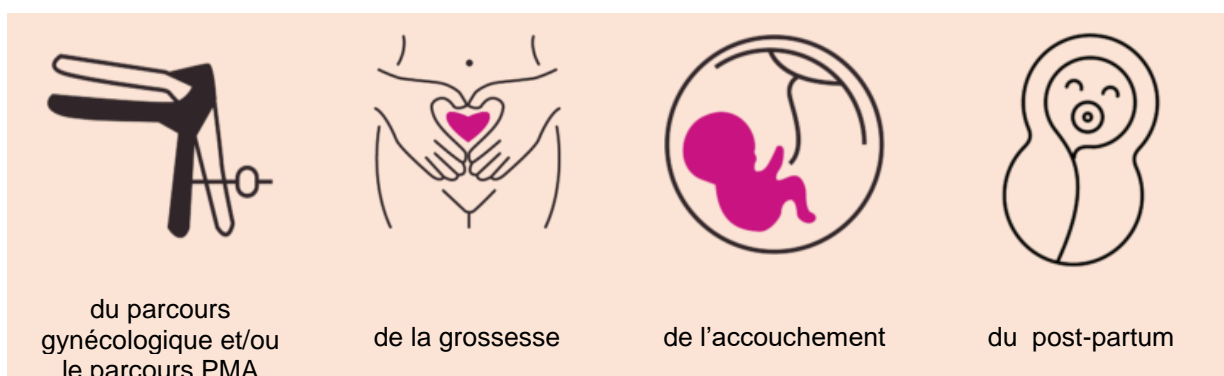
- Des interruptions volontaires de grossesse (IVG)
- Des interruptions médicales de grossesse (IMG)
- Des parcours de procréations médicalement assistées (PMA)
- Des grossesses désirées
- Des grossesses non désirées menées à leur terme
- Des fausses couches
- Des dénis de grossesse »

### 3. CADRE

Actuellement, au Luxembourg il n'y a pas d'enregistrement spécifique des violences gynécologiques et/ou obstétricales en tant que telles, ni d'enquête réalisée auprès des femmes. Néanmoins, aucun pays n'échappe à cette problématique même si les femmes ne réalisent pas toujours que ce qu'elles subissent constitue une violence.

Au Luxembourg, le seul indicateur de violence obstétricale quantifiable et comparable avec des données internationales disponibles est le taux d'épisiotomies réalisées hors indication médicale dans le registre PERINAT. On recense un taux d'épisiotomie de 26% en 2014 et 22.5% en 2016 hors déchirures (Rapport triennal PERINAT 2014-2016). Par comparaison, en France, le taux d'épisiotomie a diminué, passant de 27% en 2010 à 20% en 2016 (toutes femmes, primipares ou non) avec des disparités importantes selon les maternités. (Réponse du Ministre de la Santé à la question parlementaire).

Ces violences se produisent tout au long de la vie de la femme et en particulier lors :



Document IRASF

## 4. DATES IMPORTANTES

- a) **En 2011, la Convention d'Istanbul** : Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, **ratifiée par le Luxembourg en 2015**.
- b) **En 2018**, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) publie une recommandation sur les soins intra-partum pour une expérience positive de l'accouchement. Transformer les soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être :

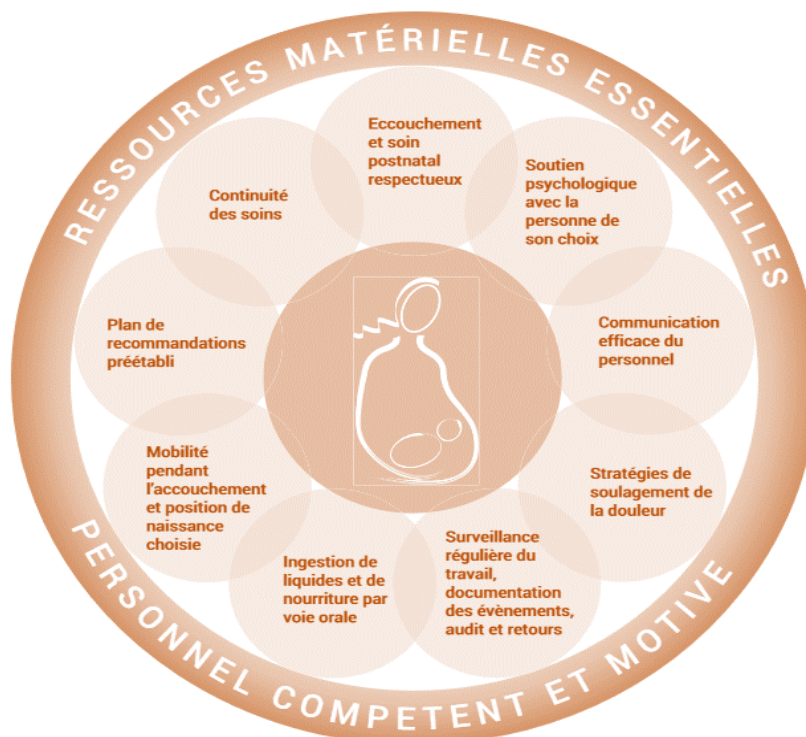


Figure 1: Représentation schématique du modèle de soins intrapartum OMS (OMS 2018)

- c) **11 juillet 2019, ONU** :

Adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales.

*« Les États sont tenus de respecter, de protéger et de réaliser les droits de la personne des femmes, y compris leur droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible dans le cadre des soins de santé procréative et de l'accouchement, sans être soumises à des mauvais traitements ou à des violences fondées sur le genre, et ils doivent adopter les lois et mesures voulues pour prévenir et combattre ces violences, en poursuivre les auteurs et accorder des réparations et une indemnisation aux victimes. »*

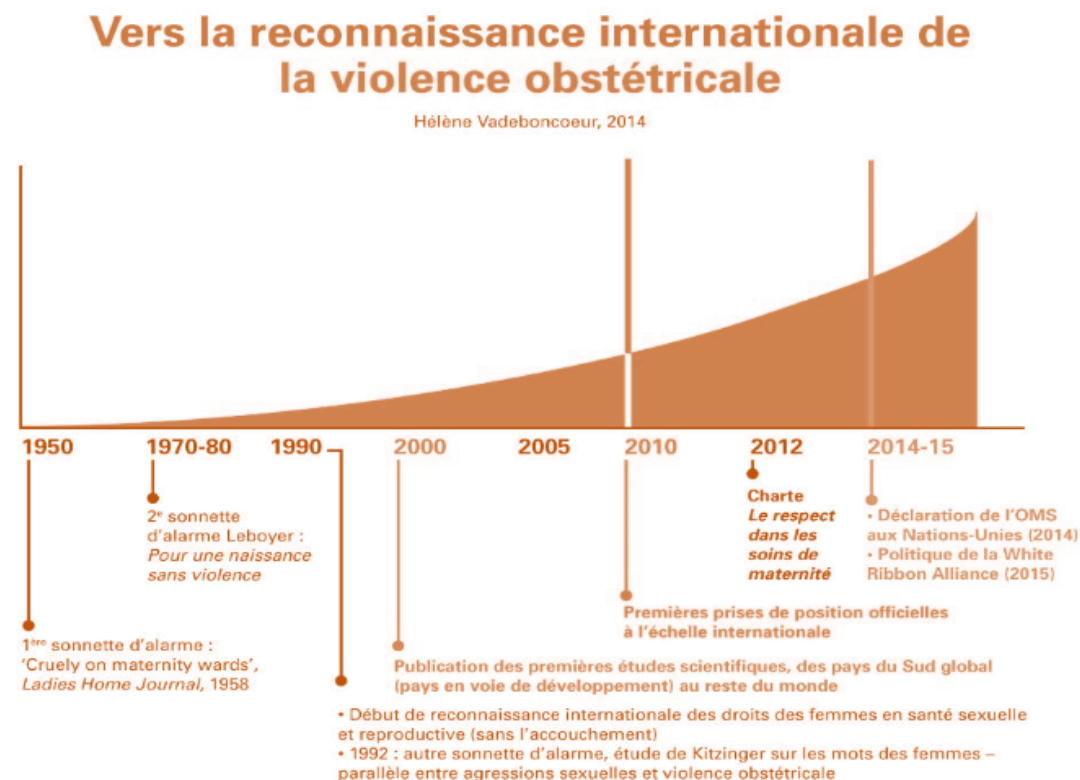


d) 2019 : Conseil de l'Europe, Résolution 2306 :

**Violences obstétricales et gynécologiques**

« Les violences **obstétricales et gynécologiques** sont une forme de violence restée longtemps cachée et encore trop souvent ignorée. Dans l'intimité d'une consultation médicale ou d'un accouchement, des femmes sont victimes de pratiques violentes ou pouvant être perçues comme telles. Il s'agit d'actes non appropriés ou non consentis, tels que des épisiotomies et des touchers vaginaux pratiqués sans consentement, l'utilisation de l'expression abdominale ou la non-utilisation de l'anesthésie pour des interventions douloureuses. Des comportements sexistes ont aussi été recensés lors de consultations médicales. »

e) Chronologie des grandes étapes de la reconnaissance des violences obstétricales :





## 5. LES VIOLENCES ENVERS LA FEMME AU LUXEMBOURG

A partir des recommandations spécifiques du HCE, le GT retient comme violence envers la femme :

- 1) Non-respect de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation / du contexte
- 2) Exprimer un propos dégradant et en dehors du cadre de la prise en charge sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant, ....
- 3) Injures et commentaires sexistes
- 4) Actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente et actes ou refus d'acte non justifiés médicalement
- 5) Refuser de suivre les demandes de la femme sans l'informer des alternatives
- 6) Violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol

## 6. ACTES OU INTERVENTIONS CONSTITUANT UNE VIOLENCE OBSTÉTRICALE

La grossesse et l'accouchement sont des phases dans la vie de la femme pendant lesquelles les interventions médicales et de soins sont plus nombreuses et qui peuvent prendre une notion d'urgence, dans certaines situations.

Ce sont donc des moments critiques pendant lesquels la femme peut subir des interventions ressenties comme violentes.

Sur base des recommandations publiées par l'OMS en 2018, pour une expérience positive de l'accouchement, le GT a regroupé les principaux actes et soins intrapartum et les a classés selon leur décision de les recommander ou non.

## Liste récapitulative des soins intrapartum de l'OMS adaptée pour le Luxembourg

<b>Il est recommandé</b>	
<b>Soins tout au long de l'accouchement et de la naissance</b>	
Soins maternels respectueux	Des soins de maternité respectueux – cela fait référence à des soins organisés et fournis à toutes les femmes de façon à préserver leur dignité, leur intimité et la confidentialité, à garantir leur protection contre la souffrance et les mauvais traitements, et à permettre des choix éclairés ainsi que le soutien continu pendant le travail et l'accouchement – sont recommandés.
Communication efficace	La communication efficace entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, utilisant des méthodes simples et culturellement acceptables, est recommandée.
Accompagnement pendant l'accouchement et la naissance	Un accompagnant choisi est recommandé pour toutes les femmes pendant l'accouchement que ce soit par voie basse ou césarienne.
<b>Pendant le travail : 1ère phase du travail</b>	
Définition des phases de latence et active du travail	L'utilisation des définitions suivantes est recommandée pour la pratique : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La phase de latence est une période qui se caractérise par des contractions utérines et des changements variables du col de l'utérus, comprenant un certain degré d'effacement et une progression lente de la dilatation allant jusqu'à 5 cm.</li> <li>• La phase active du travail est une période qui se caractérise par des contractions utérines intenses régulières, un degré important d'effacement du col de l'utérus et une dilatation du col de l'utérus plus rapide allant de 5 cm à la dilatation complète.</li> </ul>
Durée de la première phase du travail	Les femmes devraient être informées que la durée standard de la phase de latence n'a pas été établie et peut grandement varier d'une femme à l'autre. De même l'intensité de la douleur ressentie est très variable d'une femme à l'autre. Toutefois, la durée de la phase active (de 5 cm jusqu'à la dilatation complète) ne dépasse généralement pas 12 heures pour les premiers accouchements, et 10 heures pour les accouchements suivants.

Suivi à la maternité	Le monitoring du fœtus à l'aide d'un CTG est recommandé lors de l'admission pour l'accouchement.
Auscultation intermittente de la fréquence cardiaque du fœtus pendant le travail	Le monitoring intermittent du fœtus à l'aide d'un CTG est recommandé. Faute de CTG, p.ex lors d'un accouchement à domicile, un Doppler peut être utilisé.
Toucher vaginal	Un toucher vaginal toutes les quatre heures est recommandé pour l'évaluation systématique de la phase active du premier stade du travail d'accouchement chez les femmes à faible risque obstétrical.
Analgésie péridurale pour le soulagement de la douleur	L'analgésie péridurale est recommandée pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.
Techniques de relaxation pour la gestion de la douleur	Les techniques de relaxation, incluant la relaxation musculaire progressive, la respiration, la musique, la pleine conscience et d'autres techniques, sont recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.
Techniques manuelles pour la gestion de la douleur	Les techniques manuelles, comme le massage ou l'application de compresses tièdes, sont des options recommandées pour les femmes enceintes en bonne santé demandant un soulagement de la douleur pendant le travail, selon les préférences de la femme.
Liquides et nourriture par voie orale	Chez les femmes à faible risque obstétrical, la prise de liquide et de nourriture par voie orale pendant l'accouchement est recommandée.
Mobilité maternelle et position	Il est recommandé d'encourager la mobilité et une position verticale pendant le travail chez les femmes à faible risque obstétrical.
<b>Pendant le travail : 2ème phase du travail</b>	
Définition et durée de la deuxième phase du travail	L'utilisation de la définition suivante et de la durée de la deuxième phase du travail est recommandée dans la pratique. <ul style="list-style-type: none"> <li>• La deuxième phase est la période entre la dilatation complète du col de l'utérus et la naissance de l'enfant, pendant laquelle la femme ressent le besoin involontaire de pousser suite aux contractions utérines d'expulsion.</li> <li>• Les femmes devraient être informées que la durée de la deuxième phase varie d'une femme à l'autre. Lors des premiers accouchements, la naissance a généralement lieu en moins de 3 heures, tandis que pour les accouchements</li> </ul>

	suivants, la naissance a généralement lieu en moins de 2 heures.
Position de naissance (pour les femmes <b>sans</b> analgésie épidurale)	Pour les femmes sans analgésie épidurale, il est recommandé d'encourager l'adoption des positions d'accouchement choisies individuellement par la femme, y compris les positions verticales.
Position de naissance (pour les femmes <b>avec</b> analgésie épidurale)	Pour les femmes avec analgésie épidurale, il est recommandé d'encourager l'adoption des positions d'accouchement choisies individuellement par la femme, y compris les positions verticales
Méthode de poussée	Les femmes, dans la phase d'expulsion de la deuxième phase du travail, devraient être encouragées et soutenues à suivre leur propre envie de pousser.
Techniques de prévention du traumatisme du périnée	Pour les femmes dans la deuxième phase du travail, les techniques visant à réduire le traumatisme du périnée et à faciliter la naissance spontanée (y compris le massage du périnée, les compresses chaudes, et une surveillance « manuelle » du périnée) sont recommandées, selon les préférences de la femme et les options disponibles.
<b>Pendant le travail : 3ème phase du travail</b>	
Prévention des hémorragies du post-partum : Utérotoniques prophylactiques	L'utilisation d'utérotoniques pour la prévention d'hémorragie du post-partum (HPP) pendant la troisième phase du travail est recommandée pour toutes les naissances.  L'ocytocine (10 IU, IM/IV) est le médicament utérotonique recommandé pour la prévention de l'HPP.  Dans les contextes où l'ocytocine n'est pas disponible, l'utilisation d'autres utérotoniques injectables (ergométrine/méthylergométrine, ou l'association à d'ocytocine et d'ergométrine) ou de misoprostol oral (600 µg) est recommandée.
Clampage tardif du cordon ombilical	Le clampage tardif du cordon ombilical (pas avant la 1ère minute après la naissance) est recommandé pour une meilleure santé de la mère comme du nourrisson ainsi que pour sa nutrition.
<b>Soins de la femme après l'accouchement</b>	
Surveillance de la tonicité utérine	La surveillance de la tonicité utérine dans le post-partum pour l'identification précoce de l'atonie utérine est recommandée pour toutes les femmes.
Surveillance maternelle postpartum de routine	Toutes les femmes dans le post-partum devraient avoir un examen régulier de routine du saignement vaginal, des contractions utérines, de la hauteur utérine, de la température et de la fréquence cardiaque pendant les premières 24 heures à

	compter de la première heure après la naissance. La tension artérielle devrait être mesurée peu de temps après la naissance. Si elle est normale, la deuxième mesure de pression artérielle devrait être prise dans les six heures suivantes.
Sortie de l'hôpital après une naissance sans complications	Après une naissance sans complications dans un établissement de santé, les mères en bonne santé et leur nouveau-né devraient recevoir des soins dans l'établissement jusqu'à la sortie de la mère et l'enfant.

## Il n'est pas recommandé

### Pendant le travail

Progression de la première phase du travail	Un rythme de dilatation d'1 cm/heure au minimum au cours de la phase active est peu réaliste et trop rapide pour certaines femmes et n'est donc pas recommandé pour identifier la progression normale du travail. La seule dilatation du col de l'utérus à un rythme inférieur à 1 cm/heure ne devrait pas être une indication de routine pour une intervention obstétricale. <b>Le travail peut ne pas s'accélérer naturellement avant qu'un seuil de dilatation du col de l'utérus de 5 cm ne soit atteint. Par conséquent, l'utilisation d'interventions médicales pour accélérer le travail et l'accouchement (comme l'administration d'ocytocine ou la césarienne) avant ce seuil n'est pas recommandée si les conditions fœtales et maternelles sont rassurantes.</b>
Cardiotocographie continue pendant l'accouchement	La cardiotocographie continue n'est pas recommandée pour l'évaluation de l'état du fœtus en l'absence de facteur de risque maternel ou fœtal.
Rasage du périnée/du pubis	Le rasage de routine du périnée/du pubis n'est pas recommandé avant un accouchement par voie basse. Il ne doit donc pas être imposé mais il ne doit pas être refusé, s'il fait l'objet d'une demande de la patiente.
Lavement à l'admission	L'administration d'un lavement pour réduire le recours à l'accélération du travail n'est pas recommandée. Il ne doit donc pas être imposé mais il ne doit pas être refusé s'il fait l'objet d'une demande de la patiente.
Préparation vaginale	La préparation vaginale de routine à l'aide d'une solution antiseptique pendant le travail n'est pas recommandée dans le but de prévenir les morbidités infectieuses.

Amniotomie de routine	Le recours à l'amniotomie seule pour accélérer le travail n'est pas recommandé.
Amniotomie et ocytocine précoces	Le recours à l'amniotomie précoce avec une accélération précoce du travail par ocytocine pour prévenir le travail prolongé n'est pas recommandé.
Ocytocine pour les femmes sous analgésie épidurale	L'utilisation systématique de l'ocytocine pour prévenir le travail prolongé chez les femmes sous analgésie épidurale n'est pas recommandée.
Antispasmodiques	L'utilisation systématique d'antispasmodiques pour prévenir le travail prolongé n'est pas recommandée.
Indication à l'épisiotomie	L'épisiotomie de routine ou son large emploi ne sont pas recommandés pour les femmes qui accouchent spontanément.
Expression abdominale	L'expression abdominale pour faciliter l'accouchement pendant la deuxième phase du travail n'est pas recommandée systématiquement.
Massage utérin	Le massage utérin soutenu n'est pas recommandé en tant qu'intervention préventive visant à empêcher l'HPP chez les femmes ayant reçu de l'ocytocine prophylactique.
<b>Soins de la femme après l'accouchement</b>	
Antibiotiques pour naissance sans complications	L'antibiothérapie prophylactique de routine n'est pas recommandée pour les femmes ayant eu un accouchement par voie basse sans complications.
Antibiothérapie prophylactique de routine pour l'épisiotomie	L'antibiothérapie prophylactique de routine n'est pas recommandée pour les femmes ayant eu une épisiotomie.

## Facteurs psycho-sociaux associés aux risques de violences obstétricales



Source: *Birth Monopoly*, <https://birthmonopoly.com/obstetric-violence/>, consulté le 21 mars 2019.



## 7. ACTES OU INTERVENTIONS CONSTITUANT UNE VIOLENCE GYNECOLOGIQUE

Selon l'IRASF

*« Les violences gynécologiques se produisent tout au long de la vie des femmes. Les femmes et/ou très jeunes femmes et/ou très jeunes patientes, vont se voir imposer des frottis, et/ou des touchers vaginaux, et/ou des traitements et des commentaires inutiles et hors des recommandations.*

*Elles ne seront pas accompagnées dans le choix éclairé d'une contraception, mais se verront en imposer une selon l'avis du praticien dans la grande majorité des cas observés.*

*Leurs besoins et la connaissance de leur propre corps seront niés, jusqu'au refus de poser des contraceptifs de longue durée comme les dispositifs intra-utérins aux primipares ou aux nullipares.*

*Les violences gynécologiques peuvent également être des examens cliniques invasifs et non consentis, et/ou qui sont faits en dehors de toute explication sur leur utilité.*

...

*A cela vont s'ajouter, comme en obstétrique, des comportements et attitudes personnelles et professionnelles inadaptées de la part des soignant.e.s, qui vont se traduire par :*

- *des agressions physiques*
- *des agressions verbales*
- *des jugements et commentaires personnels*
- *des humiliations graves*
- *le manque de confidentialité*
- *des violations flagrantes de l'intimité »*

## 8. RECONNAÎTRE ET ÉVITER CES VIOLENCES

- Il est important de sensibiliser et d'informer les professionnels de santé à une prise en charge centrée sur la patiente.
- L'élément-clé, afin d'éviter toute situation pouvant donner l'impression à une patiente d'avoir subi une violence gynécologique ou obstétricale est la communication.

En dehors de toute urgence vitale, il est impératif que toute intervention médicale et soignante soit effectuée avec le consentement libre et éclairé de la patiente.

Remarque : De plus amples renseignements à propos de la communication et de l'information de la patiente sont disponibles sous :

<https://conseil-scientifique.public.lu/fr/publications/information-patients/info-patients/info-patients.html>

- Dans le cas d'un accouchement, il peut arriver qu'en cas de complications, l'intervention prenne un caractère d'urgence et/ou que la patiente ne soit plus en mesure de prendre un choix libre et éclairé.

Pour cette raison, il est important que la patiente puisse communiquer ses attentes en ce qui concerne le déroulement de l'accouchement avant le début de celui-ci. Mais la patiente doit également être informée avant l'accouchement de la possibilité que des complications pourront rendre certaines interventions urgentes et que ses souhaits ne pourront être satisfaits dans son intérêt comme de celui de l'enfant à naître.

- Il faut donner la possibilité aux patientes de s'exprimer dans le cas où elles auraient l'impression d'avoir été victime d'une violence gynécologique ou obstétricale.

## ABBREVIATIONS

<b>HCE :</b>	<b>Haut Conseil à l'Egalité entre Femmes et Hommes (en France)</b>
<b>HHP :</b>	<b>hémorragie du post-partum</b>
<b>IRASF :</b>	<b>Institut de Recherche et d'Action pour la Santé de la Femme</b>
<b>OMS :</b>	<b>Organisation mondiale de la santé (WHO en anglais)</b>
<b>ONU :</b>	<b>Organisation des Nations Unies</b>
<b>PERINAT :</b>	<b>Réseau de surveillance de la santé périnatale au Luxembourg</b>
<b>CTG :</b>	<b>Cardiotocographe</b>
<b>GT :</b>	<b>Groupe de travail</b>

## 9. BIBLIOGRAPHIE

- Assemblée parlementaire - Conseil de l'Europe ; Résolution 2306 (2019) : Violence obstétricales et gynécologiques

Accessible sur le site :

<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=28236&lang=FR>

- Conseil de l'Europe ; Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique-dite Convention d'Istanbul ; 2011

Accessible sur le site :

<https://rm.coe.int/1680462533>

- Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE), Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme, Rapport no 2018-06-26-SAN-034

Accessible sur le site :

[http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_les\\_actes\\_sexistes\\_durant\\_le\\_suivi\\_gynecologique\\_et\\_obstetrical\\_20180629.pdf](http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf)

- Institut de Recherche et d'Action pour la santé de la Femme (IRASF), Les violences obstétricales et gynécologiques – définitions.

Accessible sur le site :

<https://www.irasf.org/definition-violences-obstetriques-gynecologiques/>

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth; 2015; WHO/RHR/14.23

Accessible sur le site :

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1)

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience]; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Accessible sur le site :

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259584/9789242549911-fre.pdf?sequence=1>



- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartums pour une expérience positive de l'accouchement ; 2018 ; WHO/RHR/18.12

Accessible sur le site :

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/fr/>

- Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) ; Avis sur les mauvais traitements et les violences envers les femmes dans les services de soins de santé reproductive avec attention particulière sur l'accouchement ; 2019

Accessible sur le site :

<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Regroupement%20Naissance-Renaissance%20Canada.pdf>

## 10. LE GROUPE DE TRAVAIL

### GT Santé de la femme

**Dr Isabelle ROLLAND**, coordinatrice du GT,  
Cellule d'Expertise Médicale,

**Dr Françoise BERTHET**, Membre du Conseil Scientifique

**Dr Jean-Pierre CLEES**, Membre de la Société Luxembourgeoise de Gynécologie  
et d'Obstétrique

**Mme Sandrine COLLING**, Cellule d'Expertise Médicale

**Mme Änny HOFFMANN**, Membre de l'Association Luxembourgeoise des Sages-  
Femmes

**Dr Nora MORES**, Membre de la Société Luxembourgeoise de Gynécologie et  
d'Obstétrique

**Dr Cristina Ioana Nicolaie**, Cellule d'Expertise Médicale

#### Invitée :

**Mme Nadine Barthel**, Membre de l'Association Luxembourgeoise des Sages-  
Femmes

Les membres ont déclaré leurs conflits d'intérêts potentiels.

Secrétariat du Conseil Scientifique  
[conseil-scientifique.public.lu](mailto:conseil-scientifique.public.lu) | [csc@igss.etat.lu](mailto:csc@igss.etat.lu)

B.P. 1308 | L-1013 Luxembourg  
26, rue Ste Zithe | L-2763 Luxembourg | T +352 247-86284 | F +352 247-86225