



MÉMORANDUM 2024

**ÉLECTIONS
FÉDÉRALES,
RÉGIONALES ET
EUROPÉENNES**



Plateforme
citoyenne pour
une naissance
respectée



Plateforme citoyenne pour une naissance respectée

NOTRE MISSION

La Plateforme citoyenne pour une naissance respectée est une association d'usagèr·es dont le but est l'amélioration des circonstances autour de la naissance en Belgique pour le bien-être de la mère ou de la personne enceinte, de ses enfants et de son/sa partenaire. L'association est convaincue que la sécurité médicale et affective des accouchements et naissances découlent du libre choix et du respect des droits et de la dignité des femmes et des personnes enceintes. Elle se concentre spécifiquement sur la période allant de la pré-conception au post-partum. Cela inclut les situations de procréation médicalement assistée, de suivi grossesse, d'interruption de grossesse, de prématurité, d'accouchement, d'allaitement, ou d'autres champs liés à la périnatalité comme par exemple la santé mentale, etc.

www.naissancerespectee.be

Depuis que le monde est monde la grossesse, l'accouchement et la naissance d'un enfant constituent des événements normaux et naturels. Il s'agit cependant d'une période de la vie où les femmes ont à prendre plusieurs décisions quant aux traitements et aux soins qu'elles recevront. Ces décisions leur reviennent de plein droit. Les événements liés à la naissance méritent de se vivre harmonieusement et elles ont le droit d'obtenir le soutien approprié (information, accompagnement, soins, etc.) pour qu'elles puissent faire des choix éclairés et d'accéder à des services de santé de qualité.

Les mots avec un * sont définis à la fin du document

Ce mémorandum est le fruit d'un long processus des membres de la Plateforme depuis sa création en 2014, de rencontres avec les usagères lors de soirées citoyennes organisées en Wallonie et à Bruxelles (Namur, Liège, Louvain-la-Neuve, Mons, Marche en Famenne et Bruxelles) et lors des différentes assemblées générales. Ce mémorandum, destiné aux futur.e.s dirigeant.e.s politiques, a pour but de transmettre le message de membres qui, au quotidien, mettent tout en œuvre pour améliorer les circonstances de la naissance en Belgique à travers des actions de plaidoyers, de campagnes médiatiques, d'événements publics, d'activités d'éducation permanente, de publications et d'information et orientation tant à destination des femmes, du public que des professionnel.le.s de santé. Ce travail de réflexion a rassemblé plus de 400 personnes.

LE CONTEXTE BELGE DE LA NAISSANCE :

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

En Belgique, un enfant sur cinq naît par **césarienne**. Si la moyenne reste raisonnable par rapport à d'autres pays européens qui dépassent les 30% voir les 50% (European Perinatal Health Report 2010¹), il existe des grandes disparités entre les hôpitaux qui ne sont pas toujours justifiées par le profil médical des mères et par le type d'établissement. Des logiques financières (une césarienne dure moins longtemps qu'un accouchement mais est facturée plus), d'organisation du service (les césariennes se programment durant les heures ouvrables), des facteurs individuels (certains médecins césarisent plus facilement que d'autres), le poids du médico-légal (on reprochera plus à un médecin de n'avoir pas fait une césarienne à temps que d'avoir fait trop de césariennes) contribuent également à l'augmentation du nombre de césariennes. Pour repère, les dernières études et revues scientifiques internationales démontrent qu'au-delà de 9 à 16% (selon l'Organisation Mondiale pour la Santé) de césariennes on n'améliore pas la santé de la mère et l'enfant mais qu'au contraire on peut entraîner des complications iatrogènes*. Les organisations professionnelles des gynécologues en Belgique ont reconnu ce risque lié à une augmentation du nombre de césariennes et ont émis des recommandations pour en diminuer le taux².

En ce qui concerne le **déclenchement* de l'accouchement la Belgique fait partie des pays où les femmes sont le plus déclenchées en Europe (avec Malte et le Luxembourg)**.

On note des chiffres très élevés en particulier en Wallonie où 31% des accouchements ont été induits en 2017 (Centre d'épidémiologie périnatale, CEPIP, année 2017). Si on y ajoute les 10,4% de césariennes pratiquées avant le travail, cela signifie que seulement 58,6% des femmes enceintes ont commencé leur travail naturellement en Wallonie. En Flandre, 24 % des femmes qui accouchent sont déclenchées. Elles sont 28 % à Bruxelles. L'induction d'un accouchement en provoquant de manière artificielle des contractions – moins supportables pour la mère – entraîne un recours quasi-systématique à la péridurale, qui elle-même peut être à l'origine d'une malposition du bébé quand elle est posée trop tôt. On provoque ainsi une « cascade » d'interventions et l'induction peut être le point de départ de toute une série d'interventions : péridurale, ventouse ou forceps, voire césarienne. Si les taux d'inductions sont connus, une autre pratique courante est moins visible dans les statistiques hospitalières, c'est « l'optimalisation » de l'accouchement. On rompt la poche des eaux ou on pose une perfusion d'ocytocine sans l'information et /ou le consentement de la patiente pour accélérer l'accouchement. L'usage de l'ocytocine (l'hormone artificielle mise dans la perfusion pour provoquer des contractions) est banalisé alors qu'une étude française montre que son utilisation pendant le travail augmente le risque d'hémorragie grave du post-partum (et ceci proportionnellement à la dose reçue)³.

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

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

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

En matière **d'épisiotomie (incisions du vagin et du périnée)**, la Flandre arrive en tête avec 42% d'épisiotomie contre 20% à Bruxelles et 25% en Wallonie. Ces chiffres, déjà très élevés, cachent une grande disparité :

- entre les femmes, puisque 41 % des femmes bruxelloises qui accouchent pour la première fois subissent une épisiotomie ;
- entre les hôpitaux, puisqu'ils varient entre 12 % et 61% selon les maternités wallonnes

Pour repère, les dernières revues systématiques de la littérature démontrent l'intérêt d'un usage restrictif de l'épisiotomie et montrent les effets négatifs des épisiotomies de routine⁴. Les taux élevés d'épisiotomie en Belgique ne sont pas justifiés. En Suède et au Danemark, le taux d'épisiotomie était respectivement de 6,6% et de 4,9 % en 2010. Des femmes peuvent souffrir toute leur vie d'une cicatrice d'épisiotomie douloureuse. Cette douleur peut avoir un impact négatif pour la santé sexuelle des femmes. Diminuer les épisiotomies est donc un moyen de préserver leur droit à une vie sexuelle satisfaisante une fois qu'elles deviennent mères.

La prise en charge des **mères fortement précarisées** pose question. D'après le CEpiP en 2011⁵, à Bruxelles, 65% des mères qui ont accouché étaient d'origine étrangère et 12% étaient mères célibataires et vivaient seules. Selon les chiffres disponibles, on peut constater un taux plus important de césariennes chez les femmes d'origine africaine : pour les primipares* et un bébé vivant se présentant par la tête, on avait

en 2011 pour Bruxelles 28% de césariennes chez les femmes d'une nationalité d'un pays d'Afrique Sub-saharienne contre 15% chez les femmes de nationalité belge. Pour la Wallonie, l'écart est encore plus grand, 32% de césariennes chez les femmes d'une nationalité d'un pays d'Afrique Sub-saharienne contre 16% chez les femmes de nationalité belge pour la même situation. Ces données brutes, qui devraient être affinées par une analyse tenant compte du profil des mères et des pathologies associées, interpellent néanmoins du fait des écarts importants qu'elles mettent en lumière et appellent une étude plus approfondie.

En matière **de compétences et de partage efficient des rôles entre les différents professionnels** de la naissance, il est important de souligner que la Belgique ne reconnaît pas suffisamment aux sages-femmes leur compétence dans le suivi et l'accouchement des femmes enceintes à bas risque. Alors que dans les pays voisins que sont la France, le Royaume-Uni ou les Pays-Bas, la majorité des accouchements sans complications sont réalisés par des sages-femmes, en Belgique, ce sont les gynécologues qui restent les premiers prestataires en matière d'accouchement. Ce mode de fonctionnement entraîne des dépenses supplémentaires pour le système de sécurité sociale : une césarienne coûte plus cher qu'un accouchement (en 2010, une césarienne coûtait 4013,31 € à l'assurance obligatoire, un accouchement voie basse en milieu hospitalier 2909,13 €⁶).

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

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

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

Dans le système actuel hospitalier en Belgique, de nombreuses de femmes se sont senties **dépossédées de leurs droits les plus fondamentaux** et ne se sont pas senties respectées dans leur projet de naissance. Certaines femmes se sont senties tellement diminuées, infantilisées, voire maltraitées psychologiquement ou physiquement qu'elles en souffrent encore plusieurs années après leurs accouchements. **Les interventions médicales non validées scientifiquement** et pratiquées sans le consentement éclairé de la patiente durant la grossesse et l'accouchement doivent être reconnues comme des **violences obstétricales***.

En 2021, la Plateforme a mené une enquête sur le vécu des femmes ayant accouché entre 2019 et 2021⁷. Voici les principaux constats :

- 40% des femmes ont subi une violence obstétricale (sur base de 6 critères).
- 1 femme sur 5 a subi des actes délétères, la violence augmente si on croise les discriminations (niveau socio-économique inférieur, couleur de peaux...)
- Dans 49,44% le consentement n'a pas été demandé (en considérant les césariennes, les épisiotomies et l'utilisation d'instruments)
- Les pratiques varient fortement d'une maternité à l'autre.
- Dans le cadre du respect du projet de naissance, seulement une femme sur deux qui a accouché en maternité estime que les professionnel-le-s l'ont toujours respecté. La presque totalité des femmes qui ont accouché dans les maisons de naissance ou les gîtes intra hospitalier (88,7%) et à domicile (92,3%) trouvent que leur projet de naissance a été respecté.

Ces chiffres sont similaires à d'autres études européennes sur le sujet :

- Une étude menée au Pays-Bas, menée auprès de plus de 12.000 femmes, conclut que 36,3% des femmes ayant accouché ont fait l'expérience de soins non respectueux ou de violence⁸.
- Selon une étude française menée auprès de plus de 7.000 femmes, un à deux tiers des interventions pendant l'accouchement sont réalisées sans le consentement de la femme. Selon l'auteur, « Le non-recueil du consentement est associé à un mauvais vécu, voire à un vécu traumatique de l'accouchement »

Entre 5% et 20% des femmes font une dépression post-partum et entre 1% et 6% développent des syndromes de stress post-traumatiques suite à leur accouchement. Selon une étude parue dans British Medical Journal, le risque de décès de la mère dans les 18 ans suivant l'accouchement est 6 fois plus élevé chez les femmes ayant fait une dépression périnatale (post partum ou ante partum)⁹. Rappelons que le suicide est la deuxième cause de mortalité maternelle en France.

Les coûts indirects liés à la médicalisation inutile et au non-respect des femmes lors de leur accouchement n'ont jamais été évalués.

Il est nécessaire d'améliorer la prise en charge des naissances en Belgique en prenant en compte tous ces paramètres pour améliorer la santé des femmes. Ces réalités préoccupantes nous encouragent à porter avec force cinq revendications prioritaires en faveur d'une naissance respectée.

7 <https://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2022/03/Rapport-1.pdf>

8 Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey, <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-022-01460-4>

9 Perinatal depression and its health impact, <https://www.bmj.com/content/384/bmj.p2777>

LES PROPOSITION DE LA PLATEFORME CITOYENNE POUR UNE NAISSANCE RESPECTÉE:

01

GARANTIR LE CHOIX DES CIRCONSTANCES DE LA NAISSANCE

Comme préalable à toute autre proposition permettre aux femmes d'**avoir le choix** des circonstances de la naissance et ce **sur tout le territoire de la Belgique**. Accéder à **des services de santé de qualité**, prendre des décisions éclairées et être actrices des premières étapes de la maternité sont des droits à défendre et à conquérir au même titre que d'autres droits sexuels et reproductifs comme l'éducation sexuelle, la liberté dans l'orientation sexuelle, l'accès à la contraception et l'interruption volontaire de grossesse. Convaincu.e.s que la sécurité médicale et affective des accouchements et naissances découlent du libre choix et du respect des droits et de la dignité des femmes. **S'il n'y a pas d'alternatives, il n'y a pas de choix.**

Rappelons les différents principes repris dans la loi belge du 22 août 2002 relative aux droits du patient :

- **Une prestation de services de qualité** : "Chaque patient reçoit au vu de ses besoins, les meilleurs soins possibles en fonction des connaissances médicales et de la technologie disponible. Les prestations sont dispensées dans le respect de la dignité humaine et de l'autonomie du patient, sans la moindre discrimination fondée sur la classe sociale, l'orientation sexuelle ou la conviction philosophique."¹⁰
- **Le consentement à toute intervention** : tout acte médical doit recueillir le consentement du patient. Ce qui veut dire : informer de la situation médicale, des dangers qu'elle représente, expliquer la/les solutions proposées (avantages et inconvénients), laisser le choix, envisager des alternatives éventuelles... Dans le cas où la patiente n'est plus en capacité de décider ou en cas d'urgence extrême, la personne de confiance qu'elle aura désignée (parent, ami, ...) est informée du suivi.
- La patiente a le droit de **retirer son consentement** à tout moment.

Nous réclamons de :

- Garantir les droits sexuels et reproductifs des femmes en soutenant à la fois les femmes qui décident d'interrompre leur grossesse (en sortant l'IVG du code pénal) mais également celles qui décident de poursuivre leur grossesse alors que leurs conditions matérielles et/ou sanitaires sont précaires.
- Permettre aux femmes de choisir parmi une diversité de lieux d'accouchement et de structures d'accouchement. Soutenir la création et l'existence de structures alternatives à l'hôpital tel que : maison de naissance, gîte intra-hospitalier, l'accès à des plateaux techniques aux sages-femmes libérales ainsi que le soutien aux accouchements à domicile.
- Soutenir un remboursement équivalent aux femmes qui choisissent une de ces alternatives au remboursement qu'elles peuvent avoir si elles vont à l'hôpital.

10 Extrait du site internet : www.health.belgium.be/eportal/Myhealth/PatientrightsandInterculturalm/Patientrights/

02

UNE INFORMATION SYSTÉMATIQUE ET COMPLÈTE SUR L'ACCOUCHEMENT.

L'accès à des modes de prise en charge adaptés à chaque usagère dépend, en grande partie, de l'information dont elle dispose sur les différent.e.s professionnel.le.s de la naissance susceptibles de les accompagner (gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes) et des différents lieux où accoucher (maternité hospitalière, gîte intra-hospitalier, maison de naissance, domicile).

Dans ce sens, nous proposons que les responsables en éducation permanente, en promotion de la santé, à l'ONE et aux mutuelles :

- **d'informer objectivement et systématiquement** toutes les femmes enceintes, dès la confirmation d'une grossesse qu'elles désirent mener à terme, sur les différentes possibilités qui s'offrent à elles pour le suivi prénatal (sages-femmes hospitalières ou libérales, gynécologues et médecins généralistes) et pour le type de lieu d'accouchement en Belgique (maternité, maison de naissance, domicile)
- d'inclure dans les **animations EVRAS** dans les écoles (Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle) des contenus relatifs à ces différentes possibilités et au déroulement d'un accouchement physiologique.
- de mettre en place une **permanence téléphonique et messageries en ligne** tenue par des professionnels pour répondre de manière objective aux questions des parents sur le suivi de la grossesse et l'accouchement.
- d'apporter une **attention particulière aux femmes enceintes en situation d'exil** ne maîtrisant pas une des langues nationales et aux **femmes en grande précarité** qui sont souvent les moins informées de leurs droits et les plus vulnérables (recours à un traducteur, dépliants explicatifs en plusieurs langues,...).

03

UNE TRANSPARENCE DES PRATIQUES HOSPITALIÈRES ET EXTRAHOSPITALIÈRES

La transparence des pratiques selon les structures (hôpital, maison de naissance, accouchement à domicile) est une condition pour permettre aux femmes et aux couples de choisir de façon éclairée leur lieu d'accouchement. Elles sont aussi nécessaires en démocratie pour un débat public éclairé.

Afin de pouvoir choisir en toute connaissance de cause les circonstances et les professionnel.le.s qui vont les accompagner lors de l'accouchement, nous proposons :

- D'avoir accès aux statistiques de chaque structure en ce qui concerne notamment : le taux de césariennes pratiquées, le taux d'épisiotomies, et le taux de recours à l'anesthésie péridurale, le taux d'inductions et le taux d'optimisations (accélération du travail par différentes méthodes), le taux d'accouchements physiologiques (sans aucune médicalisation), taux de positions d'accouchement autre que décubitus dorsal, le respect du peau à peau, le fait de ne pas laver le bébé immédiatement, les résultats des enquêtes de satisfaction...
- la mise en place d'une grande enquête qualitative nationale sur le vécu des femmes dans les différents lieux d'accouchement. La définition des critères d'évaluation doit être formulée en concertation avec les usagères.

04

UNE PRÉVENTION DES INTERVENTIONS MÉDICALES NON JUSTIFIÉES

Toute structure d'accompagnement des naissances, que celles-ci soient ou non médicalisées, doit veiller à préserver et valoriser le sentiment de compétence des femmes comme mères, leur compétence fondamentale à mettre leur enfant au monde et à en prendre soin d'une manière appropriée. Ce vécu positif a en effet un impact déterminant sur la santé physique et psychique des femmes et sur la qualité de l'attachement mère-enfant tout au long de la vie. Ce sentiment de compétence est nourri par le fait de se sentir respectée dans sa dignité d'être humain et d'adulte responsable et de jouir de ses droits tout au long de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

Nous réclamons:

- Un accompagnement centré sur la femme qui la remet en position d'actrice capable de décider pour elle et son enfant : c'est la femme qui accouche avec ses ressources et celles de son enfant.
- d'apporter une attention particulière aux femmes enceintes en situation d'exil ne maîtrisant pas une des langues nationales et aux femmes en grande précarité qui sont souvent les moins informées de leurs droits et les plus vulnérables (recours à un traducteur, dépliants explicatifs en plusieurs langues,...).
- La reconnaissance de l'existence de la violence obstétricale en Belgique
- La création d'un groupe de travail fédéral incluant associations professionnelles, représentants du Ministère de la santé et usagers sur les meilleures façons de prévenir cette violence obstétricale.
- La reconnaissance du terme de la grossesse par les gynécologues à 41 semaines d'aménorrhée (à l'instar de la France) au lieu de 40 SA afin d'éviter les déclenchements inutiles sur des grossesses non menées à terme.

05

UN RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES ET DE LA COMPLÉMENTARITÉ DES DIFFÉRENT.E.S PROFESSIONNEL.LE.S DE LA NAISSANCE.

Lors d'une grossesse, différent.e.s professionnel.le.s (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes, doulas, psychologues, kinésithérapeutes,...) accompagnent la future mère. Les besoins de la femme, de l'enfant et du partenaire éventuel doivent être au cœur des préoccupations de tous les acteurs concernés. La cohérence entre les membres de l'équipe périnatale est à la base d'une relation de confiance avec les parents.

Une hiérarchisation des soins en fonction du niveau de risque est nécessaire. Elle permet de prodiguer les soins adéquats et de faciliter la prise en charge médicale judicieuse de chaque femme enceinte. Ainsi le cadre légal en Belgique et les régulations internationales de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de la Confédération Internationale des sages-femmes (ICM) reconnaissent les compétences des sages-femmes pour l'accompagnement des accouchements euto-ciques* en toute autonomie au sein des maternités et en-dehors de celles-ci. De nombreuses études européennes démontrent en effet qu'une femme enceinte sans complications pendant sa grossesse aura moins de risque d'avoir un déclenchement, une épisiotomie, une césarienne si elle est suivie et accompagnée par une sage-femme que par un gynécologue pour son accouchement.¹¹ Dans l'intérêt des femmes, de leur partenaire et de leurs enfants, la coopération et la reconnaissance mutuelle entre ces professionnels doivent être améliorées. L'accouchement physiologique, qui limite les interventions pouvant être une source de complications parfois graves, doit rester la référence parmi les femmes en bonne santé, c'est-à-dire dont la grossesse et le travail ne montrent pas d'indicateurs exigeant une intervention.

La physiologie de la naissance n'est pas assez enseignée dans les écoles de médecine. La plupart des gynécologues belges n'ont pas vu de naissances physiologiques* au cours de leurs études car ils n'ont fait leur stage qu'en milieu hospitalier où le recours à l'ocytocine est banalisé pendant le travail. Les compétences des professionnels dans le domaine de la physiologie de la naissance devraient être renforcées. Les données scientifiques plaidant en faveur d'un

respect de la physiologie sont nombreuses mais ne sont pas encore assez reconnues et mise en œuvre par les instances de santé publique. Respecter la physiologie, c'est pour les professionnels apprendre à s'effacer et à redonner confiance à la femme dans ses capacités à mettre au monde son enfant.

Nous réclavons:

- Le renforcement des compétences des professionnels dans le domaine de la physiologie de la naissance (théorie dans le curriculum et stages dans des structures qui préservent la physiologie de la naissance)
- La prise en compte par les instances hospitalières des données scientifiques qui valident le respect de la physiologie et leur mise en œuvre comme la recommandation de l'OMS pour un accompagnement optimal des femmes en travail : « une sage-femme pour chaque femme en travail »
- d'assurer une continuité de soins efficace et respectueuse en cas de transfert des accouchements à domicile qui exigent d'être pris en charge par des équipes médicales hospitalières. Des études comparatives entre les USA et au Royaume-Uni démontrent que, dans les situations où les accouchements à domicile sont stigmatisés (comme aux USA) les transferts ont une tendance à être perçus comme un échec et se font dans un climat d'angoisse et méfiance réciproque provoquant des retards dans la prise en charge et ayant des conséquences néfastes dans les cas les plus délicats. Les sages-femmes qui exercent à domicile sont en demande au contraire d'un gynécologue de référence à qui elles pourraient demander un deuxième avis dans certaines situations.

11 Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub3.

LEXIQUE

accouchement eutocique : accouchement qui se déroule sans complications.

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

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

iatrogène (adjectif) : tout effet secondaire ou indésirable provoqué par un traitement ou une prise en charge médicale. On parle d'effet iatrogène d'un médicament ou d'une thérapie.

primipare : femme dont c'est le premier accouchement

violence obstétricale : Le Venezuela est le premier pays à avoir reconnu la violence obstétricale et à l'avoir intégré dans le code pénal vénézuélien. Elle est définie dans les termes suivants : "l'appropriation du corps et du processus reproducteur des femmes par les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé, appropriation qui se manifeste sous les formes suivantes : traitement déshumanisé, abus d'administration de médicaments, et conversion de processus naturels en processus pathologiques. Ceci entraîne pour les femmes une perte d'autonomie et la capacité à décider en toute liberté de ce qui concerne leur propre corps et sexualité, affectant négativement leur qualité de vie."



**Plateforme
citoyenne pour
une naissance
respectée**

Éditeur responsable : ASBL Plateforme
citoyenne pour une naissance respectée
Florence Guiot, Avenue Jef Lambeaux 18,
1060 Saint-Gilles

www.naissancerespectee.be
info@naissancerespectee.be