

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2023-2024

15 JANVIER 2024

**Rapport d'information concernant le droit
à l'autodétermination corporelle et la lutte
contre les violences obstétricales**

**CONSTATATIONS ET
RECOMMANDATIONS
ADOPTÉES PAR LE COMITÉ D'AVIS
POUR L'ÉGALITÉ DES CHANCES
ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES
APRÈS RENVOI
PAR LA SÉANCE PLÉNIÈRE**

Voir:

Documents du Sénat:

7-245 – 2020/2021:

N° 1: Demande d'établissement d'un rapport d'information.

7-245 – 2022/2023:

N° 2: Rapport.

N° 3: Constatations et recommandations adoptées par le comité d'avis.

N° 4: Auditions.

N° 5: Avis écrits.

N° 6: Amendements déposés après l'approbation du rapport.

7-245 – 2023/2024:

N° 7: Amendements.

N° 8: Rapport complémentaire après renvoi par la séance plénière.

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2023-2024

15 JANUARI 2024

**Informatieverslag over lichamelijke
zelfbeschikking en het tegengaan van
obstetrisch geweld**

**VASTSTELLINGEN EN
AANBEVELINGEN
AANGENOMEN DOOR HET ADVIESCOMITÉ
VOOR GELIJKE KANSEN
VOOR VROUWEN EN MANNEN
NA TERUGZENDING
DOOR DE PLENAIRE VERGADERING**

Zie:

Documenten van de Senaat:

7-245 – 2020/2021:

Nr. 1: Verzoek tot het opstellen van een informatieverslag.

7-245 – 2022/2023:

Nr. 2: Verslag.

Nr. 3: Vaststellingen en aanbevelingen aangenomen door het adviescomité.

Nr. 4: Hoorzittingen.

Nr. 5: Schriftelijke adviezen.

Nr. 6: Amendementen ingediend na de goedkeuring van het verslag.

7-245 – 2023/2024:

Nr. 7: Amendementen.

Nr. 8: Aanvullend verslag na terugzending door de plenaire vergadering.

PARTIE I. CONSTATATIONS

I. INTRODUCTION

Force est de constater qu'au cours de la dernière décennie, la problématique des violences gynécologiques et obstétricales a de plus en plus souvent été dénoncée dans notre pays. Depuis 2014, des témoignages relatifs à ces violences surgissent dans une mesure croissante sur les réseaux sociaux, notamment par le biais de mots-clés (*hashtags*) tels que *#payetonutérus*, *#monpostpartum* ou *#genoegezwegen*.

Le concept de violences gynécologiques et obstétricales couvre une vaste réalité dont les contours sont difficiles à cerner. Il s'agit d'un ensemble de comportements inappropriés en matière de soins gynécologiques et reproductifs au sens large. Cela inclut aussi les questions relatives aux menstruations douloureuses, à la contraception, à l'avortement, aux affections gynécologiques, à la santé sexuelle, aux soins liés à la périnatalité, aux parcours de fertilité, etc. On peut citer le manque d'humanité à l'égard de la patiente et divers ressentis auxquels elle peut être confrontée. La patiente ayant le sentiment de ne pas être suffisamment informée, de ne pas pouvoir aborder facilement les problèmes qu'elle rencontre ou encore d'être trop peu écoutée.

On a souvent tendance à associer la problématique des violences obstétricales et gynécologiques à des établissements hospitaliers ou cliniques en sous-effectif situés en dehors des pays occidentaux, lesquels sont censés être à la pointe en termes de technologie médicale. Or, la Belgique et les pays voisins connaissent, eux aussi, cette problématique. Il a fallu beaucoup de temps pour que celle-ci soit mise en lumière car il s'agit en l'espèce de pratiques inadéquates parfois normalisées et donc plus difficilement remises en cause.

Des experts indiquent qu'en raison de l'ampleur de cette problématique et du manque de sensibilisation, la violence gynécologique et obstétricale est devenue systémique et institutionnelle. Beaucoup de personnes qui ont connu une expérience traumatisante déclarent qu'elles n'osent pas en parler avec leur entourage et leurs amis ni avec des professionnels de la santé. Le manque de soins ou la difficulté d'accès aux soins est aussi une forme de violence gynécologique. Les personnes en situation de handicap ou de pauvreté, celles qui sont en proie à des problèmes de résilience mentale, qui ont un faible niveau d'instruction ou qui ont une autre origine ethnoculturelle ou encore les allophones sont particulièrement vulnérables à cet égard.

DEEL I. VASTSTELLINGEN

I. INLEIDING

De kwestie van gynaecologisch en obstetrisch geweld wordt het afgelopen decennium in ons land steeds vaker aan de kaak gesteld. Sinds 2014 verschijnen getuigenissen over dergelijk geweld in toenemende mate op sociale netwerken, met name via *hashtags* als *#payetonutérus*, *#monpostpartum* of *#genoegezwegen*.

Gynaecologisch en obstetrisch geweld is breed en het is moeilijk de contouren ervan te bepalen: het betreft een grensoverschrijdend fenomeen in de gynaecologische en reproductieve zorg, met inbegrip van verschillende domeinen waaronder de behandeling van pijnlijke maandstonden, contraceptie, abortus, gynaecologische aandoeningen, seksuele gezondheidszorgen, perinatale zorg, vruchtbaarheidsbehandelingen enz. Het gaat ook over een gebrek aan menselijke toets, waardoor patiënten zich aan hun lot overgelaten voelen: «ik heb te weinig informatie, ik heb klachten maar ik vind het heel moeilijk om dat bespreekbaar te maken, ik voel me weinig gehoord.»

Het probleem van obstetrisch en gynaecologisch geweld wordt vaak in verband gebracht met onderbezette ziekenhuizen of klinieken buiten de westerse landen die geacht worden voorop te lopen op het gebied van medische technologie. Maar ook België en zijn buurlanden worden met dit verschijnsel geconfronteerd. Het heeft lang geduurd voor dit aan het licht kwam omdat bepaalde schadelijke gynaecologische en obstetrische praktijken soms zo gewoon zijn geworden dat ze daarom moeilijker in twijfel worden getrokken.

Experten geven aan dat, omwille van de grootschaligheid en het gebrek aan bewustzijn over deze problematiek, gynaecologisch en obstetrisch geweld zich systemisch en institutioneel voordoet. Veel mensen die een traumatische ervaring hebben meegemaakt, geven aan dat ze er niet over durven praten met hun familie en vrienden of met gezondheidswerkers. Het gebrek aan zorg of een moeilijke toegang tot zorg is ook een vorm van gynaecologisch geweld. Personen in armoede, personen met een handicap of mentale weerbaarheidsproblemen, kortgeschoolden, personen met een andere etnisch culturele achtergrond of anderstaligen zijn in dit opzicht bijzonder kwetsbaar.

En outre, les violences gynécologiques et obstétricales demeurent encore un tabou: nombre de femmes qui en parlent, par exemple au service de médiation de l'hôpital ou dans le cadre d'une consultation post-partum, disent qu'elles ne sont pas écoutées, que les faits qu'elles rapportent sont balayés d'un revers de main au motif que «tout ce qui a été fait était nécessaire», si bien qu'elles n'obtiennent *in fine* pas la reconnaissance escomptée. Il est donc clair qu'il faut avant tout sensibiliser davantage à la problématique, libérer la parole et assurer la prévention et l'information.

En dépit de leurs divergences de point de vue, les experts consultés s'accordent à dire qu'une prise de conscience est nécessaire pour lutter contre les violences gynécologiques et obstétricales. Il n'y a toutefois pas d'unanimité sur la définition, l'incidence et l'origine des expériences traumatiques.

L'objectif du rapport d'information proposé est de dresser un état des lieux concernant les violences gynécologiques et obstétricales dans notre pays et de formuler des recommandations qui seront adressées à toutes les autorités concernées, ainsi qu'aux nombreux partenaires de la société civile concernés par ces enjeux.

Par ailleurs, si ce rapport utilise les mots «femme, ou patiente», il concerne en réalité toutes les personnes concernées par des soins gynécologiques et obstétricaux.

Enfin, il est à noter que certaines recommandations en plus de s'adresser aux femmes, les premières concernées, englobent également leur entourage direct: partenaires, accompagnants éventuels, etc.

II. EXPOSÉ DU PROBLÈME, DÉFINITIONS, PRATIQUES ET CADRE JURIDIQUE

A. Exposé du problème

On ignore dans quelle mesure les violences gynécologiques et obstétricales sont fréquentes en Belgique et leur définition n'est pas unanimement validée.

On ne dispose pas non plus d'une connaissance suffisante des conséquences de cette forme de violence, qui peuvent être psychologiques, sociales et physiques. En ce qui concerne l'incidence psychosociale, les experts ont indiqué lors des auditions que 10 à 30 % des patientes vivaient leur accouchement comme une expérience traumatisante. Il s'agit en l'espèce d'un véritable défi de santé publique au sujet duquel on manque de chiffres systématiques dans notre pays.

Op gynaecologisch en obstetrisch geweld rust bovendien nog vaak een taboe: zij die er zich wel over uitdrukken bijvoorbeeld via de ombudsdienst van het ziekenhuis of tijdens een post-partumafpraak, geven aan dat ze niet gehoord worden, dat de zaken weggewuifd worden onder het mom van «alles wat er gebeurde, was nodig», zodat ze uiteindelijk blijven zitten met die vraag naar erkenning. Het is dus duidelijk dat er in eerste instantie meer bewustzijn en spreekruimte rond de problematiek moet komen alsook preventie en voorlichting.

Ondanks de divergente standpunten van de geraadpleegde experten, bestond er overeenstemming over het feit dat een *wake-up call* nodig is om gynaecologisch en obstetrisch geweld te bestrijden. Toch is er onenigheid over de definitie, de impact en de oorsprong van traumatische ervaringen.

De doelstelling van dit informatieverslag is een stand van zaken op te maken over het gynaecologisch en obstetrisch geweld in ons land en aanbevelingen te formuleren die gericht zijn aan alle betrokken overheden en aan de vele partners uit het middenveld die bij deze kwesties betrokken zijn.

Hoewel in dit verslag de woorden «vrouw of patiënte» worden gebruikt, betreft het in feite alle personen die te maken hebben met gynaecologische en verloskundige zorg.

Ten slotte moet worden opgemerkt dat sommige aanbevelingen zich niet enkel richten tot de vrouw, als eerst betrokkene, maar ook tot haar directe omgeving: partners, eventuele begeleiders, enz.

II. PROBLEEMSTELLING, DEFINITIES, PRAKTIJKEN EN JURIDISCH KADER

A. Probleemstelling

Het is niet geweten hoe vaak gynaecologisch en obstetrisch geweld in België voorkomt en de definitie ervan is niet unaniem gevalideerd.

De gevolgen van deze vorm van geweld zijn bovendien ook onvoldoende bekend. Deze kunnen onder meer van psychologische, sociale en fysieke aard zijn. Wat de psychosociale impact betreft, hebben experten in de hoorzittingen aangegeven dat 10 tot 30 % van de patiëntes hun bevalling beleven als een traumatische ervaring. Het gaat hier om een reële uitdaging voor de volksgezondheid, waarover er in eigen land een gebrek is aan systematische cijfers.

Les personnes appartenant à des groupes cibles vulnérables sont particulièrement concernées. En effet, elles courent un risque plus élevé d'être victimes de violences gynécologiques et obstétricales, de soins inappropriés ou d'absence de soins.

En Belgique, des normes issues d'un cadre juridique plus général, comme le Code pénal, peuvent être appliquées aux violences gynécologiques et obstétricales, mais il n'existe pas de législation distincte spécifique sur les violences gynécologiques et obstétricales. Le cadre juridique global applicable à ce type de violences (voir chapitre III) est déjà assez large, mais il est méconnu et les voies de recours pour les victimes ne sont pas toujours efficaces.

La formation joue aussi un rôle majeur dans le respect des droits gynécologiques. Dans le domaine de l'éducation et de la formation continue des prestataires de soins, il existe déjà plusieurs initiatives qui visent, notamment, à accroître la sensibilisation aux stéréotypes, mais des lacunes subsistent.

B. Définitions

La définition des violences obstétricales et gynécologiques se heurte à différentes opinions et interprétations comme les experts entendus au Sénat l'ont démontré. La notion de «violences obstétricales et gynécologiques» est relativement large et peut couvrir des circonstances de fait très diverses, pouvant aller d'une parole inappropriée à l'erreur médicale au sens strict du terme ou encore au défaut de consentement de la patiente (même s'il n'y a pas eu de conséquences sur le plan de l'intégrité physique). Différentes formes de violences obstétricales et gynécologiques sont par ailleurs possibles: physiques, sexuelles, verbales, basées sur la stigmatisation ou la discrimination, etc.

En ce qui concerne les prestataires de soins, la grande majorité du personnel soignant belge dit ne pas se reconnaître dans ces comportements qui ne correspondent ni à leur pratique quotidienne ni à leur déontologie. Certains pensent que les violences gynécologiques et obstétricales relèvent peut-être d'un phénomène en grande partie inconscient et organisationnel. D'autres y voient la manifestation d'un contexte institutionnel. Il ne s'agit pas, dans l'ensemble, d'intentions malveillantes.

Quant aux patientes, elles se trouvent dans une situation de relative vulnérabilité; lors d'examen, elles peuvent être victimes, par exemple, de sexisme, d'humiliations ou d'actes de violence physique et psychologique.

Vooral mensen uit kwetsbare doelgroepen worden erdoor getroffen. Zij zijn immers vaker het slachtoffer van gynaecologisch en obstetrisch geweld, onaangepaste zorg of gebrek aan verzorging.

In België kunnen principes uit een meer algemeen juridisch kader, zoals het Strafwetboek, worden toegepast op gynaecologisch en obstetrisch geweld, maar er bestaat geen afzonderlijke en specifieke wetgeving inzake gynaecologisch en obstetrisch geweld. Het algemeen rechtskader dat op dergelijk geweld van toepassing is (zie hoofdstuk III) is al vrij ruim maar weinig gekend en de rechtsmiddelen voor slachtoffers zijn niet altijd afdoende.

Ook opleiding speelt een grote rol bij de eerbiediging van gynaecologische rechten. Op het gebied van opleiding en permanente bijscholing van zorgverstrekkers, bestaan er reeds meerdere initiatieven onder meer om het bewustzijn rond stereotypen te verhogen, maar toch blijven er verschillende hiaten.

B. Definities

De definitie van obstetrisch en gynaecologisch geweld is problematisch vanwege het grote aantal verschillende meningen en interpretaties, zoals de deskundigen die door de Senaat zijn gehoord, hebben opgemerkt. Het begrip «obstetrisch en gynaecologisch geweld» is vrij ruim en kan een breed scala van omstandigheden omvatten, van een ongepaste uitspraak tot een medische fout in de strikte zin van het woord, of zelfs een gebrek aan toestemming van de patiënte (ook al heeft dit geen gevolgen op het vlak van de lichamelijke integriteit). Er zijn ook verschillende vormen van obstetrisch en gynaecologisch geweld mogelijk: lichamelijk, seksueel, verbaal, ingegeven door stigmatisering of discriminatie, enz.

Wat betreft de zorgverstrekkers, herkent de overgrote meerderheid van het Belgische zorgpersoneel zich niet in deze afkeurenswaardige gedragingen, die niet stroken met hun dagelijkse praktijk en hun deontologie. Sommigen onder hen geven aan dat gynaecologisch en obstetrisch geweld wellicht meestal onbewust en van organisatorische aard is. Anderen zien het als een uiting van een institutionele context. Het gaat in se niet over kwalijke intenties.

Wat betreft de patiëntes, bevinden zij zich in een relatief kwetsbare positie; zij kunnen tijdens onderzoeken bijvoorbeeld het slachtoffer worden van seksisme, vernederingen of lichamelijk en psychologisch geweld.

1) *Au niveau international: définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)*

En 2014, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a analysé le phénomène et assimilé les comportements suivants à des violences gynécologiques et obstétricales (1):

- agressions physiques;
- humiliations graves;
- agressions verbales;
- procédures médicales imposées;
- absence de consentement éclairé;
- manque de confidentialité;
- refus d'antidouleurs;
- violation flagrante de l'intimité;
- négligences entraînant des complications évitables.

Cette analyse a révélé que les violences obstétricales existaient bel et bien. L'OMS a élaboré une approche à partir de cette perspective: «*Operationalizing a human rights-based approach to address mistreatment against women during childbirth*» (2). Des concepts clés, tels que des «soins respectueux», ont été développés dans ce cadre pour lutter contre les «manques de respect» et «abus», et pas uniquement dans le domaine de l'obstétrique.

2) *Au niveau européen*

L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a adopté, en 2019, une résolution sur les violences obstétricales (3) qui appelle les États membres à adopter des mesures.

Au niveau européen, on peut constater que les violences gynécologiques et obstétricales, qui surviennent dans plusieurs périodes de la vie sexuelle et reproductive de

(1) Voir la Déclaration de l'OMS, «La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins», 2014.

(2) Voir Christina Zampas, Avni Amin, Lucinda O'Hanlon, Alisha Bjerregaard, Hedieh Mehrdash, Rajat Khosla et Ozge Tunçalp, *Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth*, 2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348458/>.

(3) Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, résolution n° 2306 sur les violences obstétricales et gynécologiques, 3 octobre 2019.

1) *Op internationaal niveau: definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO)*

In 2014 heeft de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) het fenomeen onderzocht en de volgende praktijken in verband gebracht met gynaecologisch en obstetrisch geweld (1):

- fysieke agressie;
- ernstige beledigingen;
- verbale agressie;
- verplichte medische procedures;
- gebrek aan geïnformeerde toestemming;
- gebrek aan vertrouwelijkheid;
- weigering van pijnstillers;
- flagrante schending van de intimiteit;
- slordigheden die vermijdbare complicaties veroorzaken.

Uit dit onderzoek is gebleken dat obstetrisch geweld wel degelijk reëel is. De WGO heeft vanuit dit perspectief een benadering naar voor geschoven: «*Operationalizing a human rights-based approach to address mistreatment against women during childbirth*» (2). met sleutelbegrippen als «*respectful care*» om «*disrespect and abuse*» tegen te gaan, en niet alleen binnen de verloskunde.

2) *Op Europees niveau*

De Parlementaire Assemblee van de Raad van Europa heeft in 2019 een resolutie over verloskundig geweld (3) aangenomen, waarin de lidstaten worden opgeroepen om maatregelen te nemen.

Op Europees niveau kan worden vastgesteld dat gynaecologisch en obstetrisch geweld, dat in verschillende perioden van het seksuele en reproductieve leven van

(1) *WHO statement*, «The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth», 2014.

(2) Zie Christina Zampas, Avni Amin, Lucinda O'Hanlon, Alisha Bjerregaard, Hedieh Mehrdash, Rajat Khosla, and Ozge Tunçalp, *Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth*, 2020, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348458/>.

(3) Parlementaire Assemblee van de Raad van Europa, resolutie nr. 2306 over verloskundig geweld, 3 oktober 2019.

la femme, découlent de l'articulation et du renforcement de deux types de violences: les violences liées au genre et celles pouvant être générées par l'établissement médical dans un contexte à la fois de surmédicalisation, de sous-médicalisation et de mauvaise médicalisation.

Ces violences se manifestent, par exemple, dans des pratiques professionnelles routinières et systématiques. Elles peuvent être ancrées dans des protocoles médicaux que les professionnels de la santé ne considèrent pas nécessairement comme violents. Elles n'en constituent pas moins une violation des droits humains et peuvent porter atteinte à l'intégrité physique ou psychique des femmes.

3) *Vers une définition belge*

Comme cela a déjà été précisé, il existe plusieurs définitions des violences gynécologiques et obstétricales, mais la plupart d'entre elles contiennent les éléments suivants:

- la question du non-respect des droits du patient (loi du 22 août 2002);
- l'inutilité médicale des gestes pratiqués;
- l'omission ou l'abstention de soins;
- un manque de dignité et d'humanité à l'égard de la patiente;
- la non-prise en charge de la douleur;
- des comportements inadéquats dans une relation de soins.

Par ailleurs, il est important d'assurer le droit des femmes à l'autodétermination et à l'intégrité physique lors des consultations médicales et, de manière plus générale, dans le secteur de la santé.

Xavier Capelle (CHU Liège) a défini les violences obstétricales comme «un ensemble de situations dont le point commun est un vécu traumatique dans le cadre d'une prise en charge professionnelle de la grossesse et de l'accouchement».

Ces éléments pourraient être intégrés dans une définition officielle des violences gynécologiques et obstétricales en Belgique.

de vrouw voorkomt, voortvloeit uit de articulatie en versterking van twee soorten geweld: gendergerelateerd geweld en geweld dat door de medische instelling kan worden gegenereerd, in een context van zowel overmedicalisering, ondermedicalisering als mismedicalisering.

Het komt bijvoorbeeld tot uiting in routinematige, systematische beroepspraktijken. Deze kunnen verankerd zijn in medische protocollen die door gezondheidswerkers niet noodzakelijkerwijs als gewelddadig worden geïdentificeerd. Niettemin vormen zij een schending van de mensenrechten en kunnen zij de fysieke of psychische integriteit van vrouwen aantasten.

3) *Naar een Belgische definitie*

Zoals eerder aangehaald zijn er verschillende definities van gynaecologisch en obstetrisch geweld, maar de meeste bevatten wel volgende elementen:

- het probleem van de niet-naleving van de rechten van de patiënt (wet van 22 augustus 2002);
- nodeloze en ongewenste medische handelingen;
- het nalaten of onthouden van zorg;
- een gebrek aan waardigheid en menselijkheid tegenover de patiënte;
- geen rekening houden met pijn;
- ongepast gedrag in een zorgrelatie.

Verder is het belangrijk dat het zelfbeschikkingsrecht en het recht op lichamelijke integriteit van vrouwen tijdens medische raadplegingen en in de gezondheidssector algemeen worden gewaarborgd.

Xavier Capelle (CHU Luik) definieerde obstetrisch geweld als «een geheel van situaties die een traumatische ervaring in het kader van de professionele begeleiding van zwangerschap en bevalling met elkaar gemeen hebben».

Deze elementen zouden opgenomen kunnen worden in een officiële definitie van gynaecologisch en obstetrisch geweld in België.

C. Quelques pratiques sous la loupe

Plusieurs pratiques, dont celles décrites ci-dessous, peuvent être assimilées à des violences gynécologiques et obstétricales. Il convient de préciser que les chiffres relatifs aux pratiques et aux actes obstétricaux peuvent varier fortement d'une région à l'autre et d'un hôpital à l'autre (4). Cette variation ne semble d'ailleurs pas toujours fondée sur la médecine factuelle; elle est parfois ancrée dans l'habitude et la culture. C'est un aspect à examiner.

1) Épisiotomie

L'épisiotomie est une incision chirurgicale pratiquée par l'obstétricien ou la sage-femme dans le périnée. Cet acte a pour but premier de faciliter la naissance du bébé, et l'incision est ensuite réparée par des points de suture. Toutefois, en Belgique, cette pratique semble être appliquée plus librement que ce qui est conseillé par le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) et l'OMS (5). Selon les derniers chiffres, une épisiotomie est pratiquée pour 34,9 % des accouchements vaginaux en Flandre, 20,2 % en Wallonie et 14,9 % à Bruxelles (6). Cette pratique peut être douloureuse et/ou traumatique, notamment lorsque la cicatrisation est difficile.

2) Induction

Il en est de même pour l'induction (le fait de provoquer médicalement le début du travail) (7). Si l'induction peut être justifiée, on constate qu'elle est aussi utilisée pour pouvoir programmer au mieux l'agenda des accouchements dans certaines maternités. La Belgique, avec Malte et le Grand-Duché de Luxembourg, est d'ailleurs classée dans le top trois européen des pays au sein desquels les femmes sont le plus «déclenchées». Le pourcentage (8) des accouchements avec induction du travail s'élève à 32,2 % en Région de Bruxelles-Capitale, à 31,1 % en Wallonie et à 26,2 % en Flandre.

(4) https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-12/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf.

(5) Recommandations de l'OMS, «Les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement – Transformer le soin des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être», WHO/RHR/18.12 (2018), et Mambourg Françoise, Gailly Jeannine et Zhang Wei-Hong, «Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque», *Good Clinical Practice* (GCP), Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), *KCE Reports* n° 139B, 2010.

(6) Voir: pour la Région de Bruxelles-Capitale, «Santé périnatale en Région bruxelloise – Année 2021», CEpiP; pour la Wallonie, «Santé périnatale en Wallonie – Année 2021», CEpiP; pour la Flandre, «Perinatale gezondheid in Vlaanderen – Jaar 2021», SPE.

(7) Voir lexique.

(8) Voir: pour la Région de Bruxelles-Capitale, «Santé périnatale en Région bruxelloise – Année 2021», CEpiP; pour la Wallonie, «Santé périnatale en Wallonie – Année 2021», CEpiP; pour la Flandre, «Perinatale gezondheid in Vlaanderen – Jaar 2021», SPE.

C. Enkele praktijken uitgelicht

Verschillende praktijken, waarvan sommige hieronder worden beschreven, kunnen in verband gebracht worden met gynaecologisch en obstetrisch geweld. Het is belangrijk te specificeren dat de cijfers over de verloskundige praktijken en handelingen per regio en per ziekenhuis sterk kunnen variëren (4). Deze variatie lijkt ook niet altijd verklaard te kunnen worden vanuit *evidence based medicine*; soms spelen gewoonte en cultuur een te grote rol. Dit is een werkpunt.

1) Episiotomie

Episiotomie is een chirurgische insnijding die door de verloskundige of vroedvrouw in het perineum wordt gemaakt. Het voornaamste doel van deze ingreep is de geboorte van de baby te vergemakkelijken, waarna het perineum met hechtingen wordt hersteld. Deze praktijk lijkt in België echter vrijer te worden toegepast dan het KCE en de WGO (5) aanbevelen. Volgens de laatste cijfers wordt in Vlaanderen bij 34,9 % van de vaginale bevallingen een episiotomie verricht, in Wallonië bij 20,2 % en in Brussel bij 14,9 % (6). Deze procedure kan pijnlijk en/of traumatisch zijn, in het bijzonder wanneer de wondheling lang duurt en pijnlijk is.

2) Inductie van de arbeid

Hetzelfde geldt voor inductie (het medisch op gang brengen van de bevalling) (7). Inductie kan gerechtvaardigd zijn, maar wordt ook gebruikt om bevallingen zo goed mogelijk in te plannen in de agenda van sommige kraamklinieken. België staat samen met Malta en het Groothertogdom Luxemburg in de top drie van Europese landen waar vrouwen het meest «geïnduceerd» worden. Het percentage (8) bevallingen met inductie van de arbeid bedraagt 32,2 % in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, 31,1 % in Wallonië en 26,2 % in Vlaanderen.

(4) https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-12/KCE_313C_Performance_Belgian_health_system_Report.pdf.

(5) Aanbevelingen van de WHO, «Intrapartum care for a positive childbirth experience – Transforming care of women and babies for improved health and well-being», WHO/RHR/18.12 (2018), en Mambourg Françoise, Gailly Jeannine, Zhang Wei-Hong. «richtlijn voor goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen», *Good Clinical Practice* (GCP), Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), *KCE Reports* 139A, 2010.

(6) Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, zie «Santé périnatale en Région bruxelloise – Année 2021», CEpiP, voor Wallonië zie «Santé périnatale en Wallonië – Année 2021», CEpiP en voor Vlaanderen. zie «Perinatale gezondheid in Vlaanderen Jaar 2021», SPI.

(7) Zie lexicon.

(8) Voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, zie «Santé périnatale en Région bruxelloise – Année 2021», CEpiP, voor Wallonië zie «Santé périnatale en Wallonië – Année 2021», CEpiP, en voor Vlaanderen zie «Perinatale gezondheid in Vlaanderen – Jaar 2021», SPI.

3) Césarienne

En Belgique, un enfant sur cinq naît par césarienne (9). Toutefois, le profil médical des mères ou leurs souhaits ne justifient pas toujours cette pratique. Des facteurs logistiques, financiers ou organisationnels peuvent parfois expliquer le recours à la césarienne. Plusieurs témoins ont déclaré que le souhait d'accélérer l'accouchement en vue de passer à une autre patiente plus rapidement jouait parfois un rôle. Selon la VVOG, de telles motivations sont contraires à l'éthique médicale et il ne s'agirait pas d'une pratique courante. Le nombre de césariennes pratiquées augmente globalement (pour les pays pour lesquels on dispose de statistiques). La recommandation de l'OMS en la matière (10) – qui, il est vrai, date de 2015 – est assortie de différents taux: si le taux de césarienne est inférieur à 5 %, on peut en déduire qu'il existe une mortalité maternelle et infantile résultant d'un manque de soins de qualité. À l'inverse, s'il est supérieur à 15 ou 20 %, il n'y a plus guère de plus-value. Néanmoins, la mise en œuvre d'une bonne politique est, dans tous les cas, beaucoup plus importante que l'obtention d'un score statistique faible ou élevé.

Le taux de naissances par césarienne en Belgique (20-21 %) est inférieur à la moyenne européenne (25,7 %) (11). La Belgique affiche un bon résultat en la matière, contrairement à des pays tels que le Brésil, où le pourcentage national atteint 50 % voire plus.

4) Expression abdominale

L'expression abdominale est une pratique qui consiste à appuyer sur le ventre de la patiente pour accélérer la naissance. Cette pratique est totalement déconseillée par l'OMS et d'autres organismes internationaux dans le cas des accouchements par voie basse car elle peut entraîner des fractures des côtes, engendrer des lésions nerveuses, un éclatement des organes dans le pire des cas, sans compter les séquelles psychologiques. Toutefois, elle subsiste toujours bel et bien en Belgique.

5) Point du mari

Il s'agit d'une suture destinée à rendre l'entrée du vagin plus étroite dans le but d'augmenter soi-disant le plaisir

(9) Le pourcentage de césariennes s'élève à 20,3 % en Région de Bruxelles-Capitale (voir «Santé périnatale en Région bruxelloise – Année 2021», CEpiP), à 22,6 % en Wallonie (voir «Santé périnatale en Wallonie – Année 2021», CEpiP) et à 21,9 % en Flandre (voir «Perinatale gezondheid in Vlaanderen – Jaar 2020», SPE).

(10) Voir la Déclaration de l'OMS sur les taux de césariennes, 2015, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf?sequence=1.

(11) La moyenne européenne s'élève à 25,7 % (2021), voir: «Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates», OMS.

3) Keizersnede

In België wordt één op de vijf kinderen geboren door middel van een keizersnede (9). Het medisch profiel van de moeders of hun wensen verantwoorden deze praktijk echter niet altijd. Logistieke, financiële of organisatorische factoren kunnen de toepassing van keizersneden soms verklaren. Enkele getuigen verklaarden dat de wens om de bevalling te bespoedigen om zo sneller naar een andere patiënte te kunnen overgaan, soms een rol speelde. Volgens de VVOG gaan deze motieven in tegen de medische ethiek en zou het geen courante praktijk zijn. Globaal bekeken (voor die landen waarvoor er cijfers beschikbaar zijn), stijgt het aantal keizersneden. De aanbeveling van de WGO binnen dat kader (10) – het gaat weliswaar om een aanbeveling uit 2015 – is gekoppeld aan percentages: als het cijfer onder de 5 % ligt, dan kan men uitgaan van vrouwen- en kindersterfte door een gebrek aan goede zorgen. Ligt het cijfer boven de 15 % of 20 %, dan is er niet veel toegevoegde waarde meer. Het is evenwel belangrijk dat een goed beleid in alle geval veel belangrijker is, dan hoog of laag scores in statistieken.

Het aantal geboortes via keizersnede in België (20-21 %) ligt onder het Europees gemiddelde (25,7 %) (11). België doet het goed op dat vlak, in tegenstelling tot landen zoals Brazilië, waar nationale cijfers van 50 % en meer opgetekend worden.

4) Fundusexpressie

Fundusexpressie is een praktijk waarbij men gaat drukken op de buik van de patiënte om de geboorte te bespoedigen. Deze praktijk wordt echter volstrekt afgeraden door de WGO en andere internationale instanties bij vaginale bevallingen aangezien men ribben kan breken, zenuwbeschadigingen veroorzaken, in het ergste geval organen scheuren, om nog maar te zwijgen van de psychologische gevolgen. Toch komt deze handeling nog steeds voor in België.

5) Echtgenotensteek

De «echtgenotensteek» bestaat uit hechtingen om de ingang van de vagina smaller te maken om zogenaamd

(9) Het percentage keizersneden bedraagt 20,3 % in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (zie «Santé périnatale en Région bruxelloise – Année 2021», CEpiP), 22,6 % in Wallonië (zie «Santé périnatale en Wallonie – Année 2021», CEpiP) en 21,9 % in Vlaanderen (zie «Perinatale gezondheid in Vlaanderen – Jaar 2020», SPI).

(10) Zie WHO Statement on Caesarean Section Rates, 2015, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf.

(11) Het Europees gemiddelde bedraagt 25,7 % (2021), zie: «Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates», WHO.

masculin. Cette pratique doit être considérée comme une violence gynécologique et obstétricale. Chez la femme, elle peut provoquer une douleur importante et prolongée, mais aussi des problèmes d'incontinence et une perte de plaisir sexuel.

La VVOG et le CRGOLFB indiquent que le point du mari est une pratique qui n'est pas appliquée et que, si elle devait l'être, elle constituerait un acte contraire à l'éthique médicale. Plusieurs associations auditionnées qui sont témoins de la pratique du point du mari en Belgique ont cependant évoqué la persistance de cette pratique.

III. CADRE LÉGAL

Il n'existe en Belgique aucune législation spécifique aux violences gynécologiques et obstétricales. Puisque les responsabilités civile, contractuelle ou extra-contractuelle, et pénale du praticien sont susceptibles d'être engagées, différents cadres légaux s'appliquent à cette question qui ne possède donc pas de cadre juridique propre.

Si les experts auditionnés par le Sénat s'accordent sur le fait que le cadre légal existant témoigne d'une véritable volonté de protection du patient, ils estiment néanmoins qu'il est encore trop peu souvent mobilisé, voire trop peu connu des patientes et du personnel soignant.

A. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient

Les droits du patient consacrés dans la loi du 22 août 2002 sont les suivants:

- pouvoir bénéficier d'une prestation de soins de qualité et répondant à ses besoins, dans le respect de la dignité humaine et de l'autonomie du patient, sans la moindre discrimination (par exemple classe sociale, orientation sexuelle, conviction philosophique);
- pouvoir choisir librement le praticien professionnel;
- être informé sur son état de santé;
- consentir librement à la prestation de soins, avec information préalable;
- être informé sur l'assurance du praticien et sur son autorisation à exercer sa profession;

het mannelijk genot te vergroten. De «echtgenotensteek» moet worden beschouwd als gynaecologisch en obstetrisch geweld. Bij de vrouw veroorzaakt deze ingreep immers hevige en langdurige pijn, maar ook problemen van incontinentie en een verlies van seksueel genot.

VVOG en CRGOLFB stellen dat de «echtgenotensteek» in ziekenhuizen niet wordt toegepast en dat deze handeling, voor zover ze zou voorkomen, indruist tegen de medische ethiek. Verschillende verenigingen die weet hebben van de toepassing van de «echtgenotensteek» in België, hebben tijdens de hoorzittingen verklaard dat dit nog altijd gebeurt.

III. RECHTSKADER

Er bestaat in België geen specifieke wetgeving inzake gynaecologisch en obstetrisch geweld. Aangezien de burgerlijke, contractuele of buitencontractuele, en strafrechtelijke aansprakelijkheid van de beroepsoefenaar kan worden aangevoerd, zijn er verschillende rechtskaders van toepassing op dit onderwerp, dat derhalve geen eigen rechtskader heeft.

De door de Senaat gehoorde deskundigen zijn het erover eens dat het bestaande rechtskader blijk geeft van een oprecht streven naar bescherming van de patiënt, maar ze vinden dat er nog te weinig gebruik van wordt gemaakt, of dat het zelfs te weinig bekend is bij patiënten en personeel in de gezondheidszorg.

A. Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt

De patiëntenrechten die zijn vastgelegd in de wet van 22 augustus 2002 zijn de volgende:

- zonder enige discriminatie (bijvoorbeeld sociale klasse, seksuele geaardheid, levensbeschouwing) kwalitatief hoogstaande zorg kunnen krijgen die beantwoordt aan de behoeften van de patiënt, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zelfbeschikking;
- de beroepsbeoefenaar vrij kunnen kiezen;
- geïnformeerd worden over zijn gezondheidstoestand;
- vrij instemmen met de zorgverlening, met voorafgaande informatie;
- geïnformeerd worden over de verzekering en vergoeding van de beroepsbeoefenaar;

- disposer d'un dossier tenu à jour, pouvoir le consulter librement et en obtenir copie;
- être assuré de la protection de sa vie privée;
- avoir la possibilité d'introduire une plainte auprès d'un service de médiation, ou auprès du service de médiation fédéral «Droits du patient» si le praticien exerce en dehors d'un hôpital.

Si ce texte légal impose une série de règles que le corps médical doit observer dans ses rapports avec les patients, il ne prévoit cependant pas de sanctions. Une des pistes serait d'assortir cette loi de sanctions pénales. De plus, lors des auditions menées au comité d'avis, plusieurs experts ont indiqué que la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient, quand elle est connue des praticiens, n'est pas toujours appliquée. Les prestataires de soins ignorent parfois comment agir face à une patiente enceinte qui refuse une certaine approche thérapeutique.

B. Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins

La loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé du 22 avril 2019 permet également de protéger le patient. Cette loi ne contient pas de dispositions spécifiques aux violences gynécologiques et obstétricales, mais en propose d'autres qui visent à promouvoir la qualité des soins et qui peuvent être mobilisées par les patients. Les articles 14 et 18 de cette loi imposent aux prestataires de soins de connaître précisément les limites de leurs compétences. Ainsi, la loi les oblige à s'assurer de la présence de l'encadrement nécessaire et d'une infrastructure optimale et à veiller, en cas de prestation à risque, à ce qu'une procédure d'urgence soit toujours mise en place. Il existerait un danger concernant les accouchements difficiles en termes de responsabilité *a posteriori*, notamment lors de transferts tardifs de parturientes en cours de travail de leur domicile à l'hôpital. La présence de maisons de naissance au sein même des hôpitaux ou accolées à ceux-ci renforce le respect des dispositions légales de la loi «qualité».

C. Le Code pénal

Enfin, la loi du 21 mars 2022 modifiant le Code pénal en ce qui concerne le droit pénal sexuel est entrée en vigueur le 1^{er} juin 2022. Le Code pénal précise dorénavant que les atteintes à l'intégrité sexuelle émanant d'un professionnel de la santé constituent un facteur aggravant (articles 417/21 et 417/23).

- beschikken over een bijgewerkt dossier, dit vrij kunnen raadplegen en een kopie kunnen verkrijgen;
- verzekerd zijn van privacy;
- de mogelijkheid hebben om een klacht in te dienen bij een ombudsdienst, of bij de federale ombudsdienst «Rechten van de patiënt» indien de arts buiten een ziekenhuis werkt.

Hoewel deze wettekst een reeks regels oplegt die de medische beroepsgroep in haar betrekkingen met patiënten in acht moet nemen, voorziet de wet niet in sancties. Een van de mogelijkheden zou zijn aan deze wet strafrechtelijke sancties toe te voegen. Bovendien hebben verschillende deskundigen tijdens de hoorzittingen van het adviescomité aangegeven dat de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, voor zover die al bekend zijn bij de beroepsbeoefenaars, niet altijd wordt toegepast. Zorgverleners weten soms niet hoe ze moeten omgaan met een zwangere patiënte die een bepaalde therapeutische aanpak weigert.

B. Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg

Ook de wet inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg van 22 april 2019 voorziet in de bescherming van de patiënt. Deze wet bevat geen specifieke bepalingen inzake gynaecologisch en obstetrisch geweld, maar wel andere bepalingen die tot doel hebben de kwaliteit van de zorg te bevorderen en waarvan patiënten gebruik kunnen maken. Volgens de artikelen 14 en 18 van de wet moeten zorgverleners zich bewust zijn van de grenzen van hun bevoegdheid. De wet verplicht hen bijvoorbeeld ervoor te zorgen dat de nodige ondersteuning en infrastructuur aanwezig zijn en dat er bij een risicovolle prestatie altijd een noodprocedure is. Er bestaat een risico van aansprakelijkheid bij moeilijke bevallingen, met name bij late overbrenging van bevallende vrouwen van hun woning naar het ziekenhuis. Het versterkt de naleving van de wettelijke bepalingen van de «kwaliteitswet» indien geboortehuizen in of aan ziekenhuizen gelegen zijn.

C. Strafwetboek

Tot slot is de wet van 21 maart 2022 houdende wijzigingen aan het Strafwetboek met betrekking tot het seksueel strafrecht in werking getreden op 1 juni 2022. Het Strafwetboek bepaalt voortaan dat seksuele misdrijven door een gezondheidswerker een verzwarende factor vormen (artikelen 417/21 en 417/23).

D. Autres législations

Il convient également de mentionner:

- la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé;
- la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé;
- l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

IV. CAUSES ET AMPLEUR DES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES**A. Causes possibles des violences**

Lors des auditions au sein du Sénat, certains experts ont cité quelques causes de violences. Les formes et causes principales de violences (liste non exhaustive) qu'ils ont développées sont entre autres:

1) Des pratiques archaïques

Certains protocoles et pratiques archaïques sont toujours appliqués couramment. Cela ne part pas systématiquement d'une mauvaise intention, mais s'explique par l'habitude ou l'absence de formation continue dans ces questions d'ordre plutôt déontologique.

2) Des pratiques standardisées et des considérations médicolégales

Les études internationales montrent que les violences gynécologiques et obstétricales sont plus fréquentes lorsque certaines pratiques s'inscrivent dans un processus d'économie d'échelle, de standardisation, de maximisation de l'efficacité ou de rationalisation. Souvent, des procédures standardisées finissent par être appliquées, notamment parce que c'est pratique d'un point de vue médicolégal, et dans l'hypothèse où une plainte serait déposée.

3) Une méconnaissance des droits du patient

La notion de «consentement» est au centre de la problématique. Les témoignages relatent souvent un manque d'informations avant le recours à certaines pratiques telles que l'épisiotomie. Pourtant la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient prône un consentement éclairé au moyen de toutes les informations disponibles. Selon Anissa D'Ortenzio (Soralia), lorsque les

D. Andere wetgeving

Ook vermeldenswaard zijn:

- de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg;
- de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen;
- het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

IV. OORZAKEN EN OMVANG VAN GYNAECOLOGISCH EN OBSTETRISCH GEWELD**A. Mogelijke oorzaken van geweld**

Tijdens de hoorzittingen in de Senaat, hebben bepaalde deskundigen een aantal oorzaken van geweld aangehaald. Als belangrijkste, maar niet-limitatieve vormen en oorzaken, gingen zij dieper in op de volgende:

1) Verouderde praktijken

Een aantal verouderde praktijken of protocollen wordt nog steeds courant toegepast. Dit is niet systematisch kwaad bedoeld, maar een kwestie van gewoonte of gebrek aan voortdurende bijscholing in deze veeleer deontologische kwesties.

2) Gestandaardiseerde praktijken en medico-legale overwegingen

Uit internationale studies blijkt dat obstetrisch en gynaecologisch geweld vaker voorkomen wanneer bepaalde praktijken deel uitmaken van een proces van schaalvoordeel, standaardisering, maximalisering van de efficiëntie of rationalisering. Vaak wordt teruggegrepen naar gestandaardiseerde procedures, ook al omdat dit vanuit medico-legaal standpunt handig is: stel dat er een klacht volgt.

3) Gebrek aan kennis over patiëntenrechten

Ook het begrip «toestemming» staat in deze problematiek centraal. In getuigenissen wordt vaak melding gemaakt van een gebrek aan informatie alvorens bepaalde handelingen, zoals een episiotomie, worden uitgevoerd. De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt pleit echter voor geïnformeerde toestemming op grond van alle beschikbare informatie. Wanneer

professionnels de la santé sont interrogés à ce sujet, peu d'entre eux connaissent cette loi ou l'appliquent pleinement.

4) *Une charge de travail élevée*

Les prestataires de soins qui encadrent la naissance, tant les gynécologues que les sages-femmes, indiquent qu'en raison de la forte pression qui pèse sur les soins de santé, il n'y a plus ou plus guère de place pour les contacts personnels et la concertation. Souvent, la naissance est abordée essentiellement comme un phénomène médical, trop rarement comme un événement de vie.

La réduction de la durée du séjour à la maternité a un impact évident sur les informations à transmettre dans des délais de plus en plus courts, ce qui a eu des effets considérables sur les structures de soins.

Si l'on parle beaucoup des violences envers les femmes qui prennent la forme d'actes invasifs – pratiqués trop rapidement, trop brutalement ou sans leur consentement –, nous oublions souvent d'aborder l'aspect humain et relationnel.

Au cours des vingt dernières années, les mesures d'économie se sont succédé, ce qui a créé et augmenté les différences de prise en charge, de suivi et de possibilités de choix pour les femmes. La sollicitude et le temps dont une femme a besoin ne sont pas financés, contrairement à d'autres actes médicaux.

5) *La culture du silence*

Les équipes de soins sont souvent organisées de manière très hiérarchique, de sorte que les stagiaires et jeunes soignants sont peu enclins à rapporter des difficultés.

Noëmi Willemen (UCLouvain) explique que la quasi-totalité des soignants qui relatent ces problèmes ont été témoins de violences, ont parfois dû y participer ou ont pensé avoir été mêlés à des actes excessifs. Cependant, il y a peu de place pour en discuter, il existe une sorte de culture du silence et beaucoup de jeunes soignants – comme l'ont montré les recherches internationales, ajoute l'intervenante – sont eux-mêmes traumatisés, mais pour eux, il n'y a pas non plus de suivi. Cet aspect est développé dans le chapitre V.

gezondheidswerkers over dit onderwerp worden bevraagd, blijken volgens Anissa D'Ortenzio (Soralia) slechts weinigen van hen op de hoogte van deze wet, laat staan dat ze de wet volledig toepassen.

4) *Hoge werkdruk*

De geboortewerkers, zowel de gynaecologen als de vroedvrouwen, geven aan dat er door de zware druk op de gezondheidszorg te weinig of zelfs geen ruimte is voor persoonlijk contact en overleg. Geboorte wordt vaak hoofdzakelijk als een medisch gegeven benaderd en er gaat te weinig aandacht naar de geboorte als levensgebeurtenis.

De inkorting van de ligdag op de materniteit heeft een duidelijke impact op wat er moet doorgegeven worden aan informatie binnen een – ingekort – tijdsbestek, wat aanzienlijke gevolgen heeft gehad voor de zorgstructuren.

Hoewel er veel gesproken wordt over geweld tegen vrouwen in termen van invasieve handelingen – die te snel, te brutaal of zonder hun toestemming worden uitgevoerd – vergeten we vaak het menselijke en relationele aspect aan te snijden.

De afgelopen twintig jaar heeft men voortdurend bezuinigingen doorgevoerd en zo verschillen in zorg, *follow-up* en keuzemogelijkheden voor vrouwen gecreëerd en doen toenemen. De noodzakelijke zorgzaamheid en tijd voor een vrouw die bevalt, worden niet gefinancierd, in tegenstelling tot andere medische handelingen.

5) *Zwijgcultuur*

Vaak zijn zorgteams zeer hiërarchisch georganiseerd waardoor het voor stagiairs en jonge zorgverleners moeilijk is om problemen aan te kaarten.

Noëmi Willemen (UCLouvain) geeft aan dat bijna elke zorgverlener die vertelt over de problematiek, getuige is geweest van geweld, daar soms ook heeft moeten aan meewerken of denkt dat hij betrokken was bij handelingen die grensoverschrijdend waren. Er is echter weinig ruimte om dit te bespreken, er heerst een soort zwijgcultuur en heel wat jonge zorgverleners – dat blijkt volgens spreekster alvast uit internationaal onderzoek – raken zelf ook getraumatiseerd, maar ook voor hen bestaat er geen nazorg. Dit aspect wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk V.

6) *Autres causes*

Selon certains experts, l'origine des violences gynécologiques et obstétricales est aussi liée:

- à des stéréotypes et au sexisme: les femmes sont à tort considérées comme faibles, fragiles, incapables, irrationnelles, insignifiantes, etc.;
- à la condescendance et au paternalisme qui restent toujours trop présents dans les soins de santé;
- à une accumulation de formes de discrimination (racisme, grossophobie, sexisme, handicap, etc.);
- à des lacunes dans la formation;
- à la tendance de certains soignants à protéger davantage l'enfant à naître que la patiente;
- au manque de continuité dans la prise en charge d'une grossesse.

B. L'ampleur des violences gynécologiques et obstétricales

1) Le manque de statistiques

Il n'existe pas de statistiques officielles sur les violences gynécologiques et obstétricales en Belgique, ni de point de contact où il est possible de signaler de tels problèmes et de demander de l'aide. Il est pourtant indispensable de collecter de telles données, non seulement pour la société civile, mais aussi pour le monde universitaire (historiens, sociologues, psychologues, anthropologues, juristes, etc.). De plus, la littérature scientifique sur le sujet est rare.

Il n'existe pas non plus en Belgique de statistiques sur les discriminations dans les soins de santé et les soins gynécologiques, qu'il s'agisse des discriminations fondées sur l'origine ethnique ou sur d'autres critères tels que le statut socioéconomique, l'orientation sexuelle, le niveau de formation, le handicap, etc. Selon les études internationales (12) citées par Noëmi Willemen (UCLouvain), la discrimination est un phénomène fréquent dans les soins de santé et il s'impose de collecter des données et de mener des recherches à ce sujet pour mieux le mettre en lumière.

(12) Voir entre autres: Kemp, S., Hu, W., Bishop, J. *et al.*, «Medical student wellbeing – a consensus statement from Australia and New Zealand», *BMC Med Educ*, vol. 19, n° 69, 2019, <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1505-2>.

6) *Overige oorzaken*

De oorsprong van gynaecologisch en obstetrisch geweld wordt volgens bepaalde experten ook gelinkt aan:

- stereotypen en seksisme: vrouwen worden ten onrechte beschouwd als zwak, broos, onbekwaam, irrationeel, onbeduidend, enz.;
- betuttelingsdrang en paternalisme die nog steeds te sterk aanwezig zijn in de gezondheidszorg;
- een opeenstapeling van vormen van discriminatie (racisme, *fatshaming*, seksisme, handicap, enz.);
- gebreken in de opleiding;
- de neiging van sommige zorgverleners om het ongeboren kind meer te beschermen dan de patiënte;
- het gebrek aan continuïteit in de begeleiding van een zwangerschap.

B. De omvang van gynaecologisch en obstetrisch geweld

1) Het ontbreken van cijfers

Officiële cijfers over gynaecologisch en obstetrisch geweld voor België ontbreken, evenals een meldpunt om dergelijke problematiek aan te kaarten of om hulp te zoeken. Nochtans is er wel een grote nood aan het verzamelen van deze data, niet enkel voor het middenveld, maar ook vanuit academische hoek (historici, sociologen, psychologen, antropologen, juristen, enz.). Bovendien is de wetenschappelijke literatuur hierover zeer beperkt.

Ook cijfers over cijfers betreffende discriminatie in de gezondheidszorg en gynaecologische zorg op basis van etniciteit of andere criteria van discriminatie, zoals socio-economische status, geardeerdheid, opleidingsgraad, handicap enzovoort, bestaan voor België niet. Buitenlands onderzoek (12) aangehaald door Noëmi Willemen (*UCLouvain*) toont aan dat discriminatie in de gezondheidszorg herhaaldelijk voorkomt en dat dataverzameling en onderzoek noodzakelijk zijn om dit in kaart te brengen.

(12) Zie o.a.: Kemp, S., Hu, W., Bishop, J. *et al.*, «Medical student wellbeing – a consensus statement from Australia and New Zealand», *BMC Med Educ*, vol. 19, nr. 69, 2019, <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1505-2>.

L'ASBL AMIS (Association des médiateurs en institutions de soins) précise qu'à l'heure actuelle, les violences ou maltraitements gynécologiques et obstétricaux ne font pas l'objet d'un recensement ou d'un classement formel dans le cadre de la médiation. À ce jour, les médiateurs ne disposent ni d'une base légale ni de critères précis leur permettant d'attribuer le statut de violence ou maltraitance gynécologique et obstétricale à un dossier. Il en résulte qu'il est impossible de fournir une fréquence ou un nombre de procédures engagées dans ce domaine.

2) Une enquête à grande échelle

Du 4 juin au 15 juillet 2021, la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée a mené une enquête en ligne (13), financée dans le cadre d'un appel à projets de la Communauté française et d'Alter Égales sur le thème «Accoucher à Bruxelles et en Wallonie avant et pendant le Covid-19». Cette enquête a recueilli de nombreuses réponses puisque plus de quatre mille femmes ont répondu à l'ensemble du questionnaire. Si l'enquête comporte des biais (réponse sur base volontaire, sans recrutement des participantes), ses résultats donnent des indications sur la situation.

Selon les résultats de l'enquête, l'acte médical n'a été expliqué à la patiente que dans un cas sur trois et, dans un cas sur deux, le consentement de cette dernière n'a pas été demandé. La loi de 2002 n'est donc pas respectée à cet égard.

Les résultats montrent aussi que les pratiques sont très divergentes d'une maternité à l'autre. Le pourcentage de répondantes ayant indiqué avoir subi une forme de violence gynécologique et obstétricale variait ainsi de 28,9 % dans une maternité à 54 % dans une autre. Le taux moyen était de 41 % pour l'ensemble des maternités analysées. Les formes de violences citées étaient la violence physique, la violence psychologique et la violence verbale.

C. Impact de la pandémie

Plusieurs experts ont souligné que la crise de la Covid-19 et les restrictions y afférentes avaient malheureusement rendu plus difficile l'accès des femmes et des jeunes filles aux informations, services et biens essentiels en matière de santé gynécologique, sexuelle et reproductive.

(13) Amjahad Anissa, Chiara Cosentino, Fabienne Richard, Florence Guiot, Julie Servais, Michèle Warnimont, *Les conditions d'accouchement en Belgique francophone avant et pendant le COVID*, Plateforme pour une naissance respectée, novembre 2021, <https://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2022/02/PCNR-synthese-Rapport-2021.pdf>.

De vzw AMIS (*Association des médiateurs en institutions de soins*) verklaart dat geweld of mishandeling op gynaecologisch en obstetrisch gebied momenteel niet formeel wordt geregistreerd of geëvalueerd in het kader van bemiddeling. Tot op heden beschikken de ombudspersonen noch over een wettelijke basis, noch over precieze criteria om aan een dossier de status van geweld of mishandeling op gynaecologisch en obstetrisch gebied toe te kennen. Bijgevolg is het onmogelijk een frequentie of een aantal procedures op dit gebied aan te geven.

2) Grootschalige enquête

Het *Plateforme citoyenne pour une naissance respectée* heeft van 4 juni tot 15 juli 2021 een online-enquête (13) gehouden, die gefinancierd werd via een projectoproep van de Franse Gemeenschap en *Alter Égales* over het thema «Bevallen in Brussel en Wallonië voor en tijdens de Covid-19 pandemie». Op die enquête kwam een grote respons aangezien meer dan vierduizend vrouwen de volledige vragenlijst beantwoordden. Hoewel de enquête *biases* bevat (antwoord op vrijwillige basis zonder rekrutering van de deelnemers), geven de resultaten van de enquête wel een indicatie van de situatie.

Volgens de cijfers van de enquête werd de verrichte medische handeling slechts één keer op drie aan de patiënte uitgelegd en werd bijna één keer op twee geen toestemming gevraagd. De wet van 2002 wordt in die zin niet nageleefd.

De resultaten wijzen ook op zeer uiteenlopende praktijken in de kraamklinieken. Zo varieerde het percentage van de respondenten dat aangaf slachtoffer te zijn van een vorm van gynaecologisch en obstetrisch geweld van 28,9 % in een kraamkliniek, tot wel 54 % in een andere. Het gemiddelde percentage bedroeg 41 % voor alle onderzochte kraamklinieken samen. De vormen van geweld die aan bod kwamen waren fysiek geweld, psychologisch geweld en verbaal geweld.

C. Impact van de pandemie

Meerdere experts hebben erop gewezen dat de Covid-19-crisis en de daaropvolgende beperkingen het helaas voor vrouwen en meisjes moeilijker heeft gemaakt om toegang te krijgen tot essentiële gynaecologische, seksuele en reproductieve gezondheidsinformatie, diensten en goederen.

(13) Amjahad Anissa, Chiara Cosentino, Fabienne Richard, Florence Guiot, Julie Servais, Michèle Warnimont, *Les conditions d'accouchement en Belgique francophone avant et pendant le COVID*, Plateforme pour une naissance respectée, november 2021, <https://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2022/02/PCNR-synthese-Rapport-2021.pdf>.

Tout essentiel qu'il soit au respect des droits de la femme, y compris dans un contexte pandémique, l'accès à des soins de santé de qualité pour les mères n'a pas toujours été assuré, car les professionnels de la santé étaient moins nombreux et moins disponibles dans les services de maternité en raison de réaffectations ou de la prise en charge d'autres missions. De plus, la présence de personnes assurant un service indispensable telles que les interprètes pour les personnes allophones, les partenaires, les sages-femmes ou doula's accompagnantes a souvent été interdite.

Il apparaît en outre que la pandémie a aggravé certaines pratiques ou situations qui s'apparentent à des violences gynécologiques et obstétricales.

Selon l'enquête réalisée par la Plateforme pour une naissance respectée, cette situation peut avoir entraîné des pratiques nuisibles imposées aux femmes pendant l'accouchement: une séparation médicalement injustifiée de la mère et de l'enfant, l'interdiction d'un accompagnant de naissance et d'autres dysfonctionnements préjudiciables à l'application de normes de soins adéquates et au respect des droits, de la dignité et de l'autonomie des femmes pendant l'accouchement.

La communication et l'information pendant la pandémie ont également été jugées problématiques par certains. Selon l'enquête précitée de la Plateforme pour une naissance respectée, les patientes ont été contraintes, dans 20 % des cas, de rechercher elles-mêmes les informations relatives au protocole appliqué par leur maternité.

Enfin, il a été constaté que les femmes étaient en proie, pendant la pandémie, à davantage d'inquiétudes et de craintes suscitées par la perte de l'environnement et des réseaux qui leur étaient familiers, alors que l'accès à des réseaux de soins de qualité était limité.

V. APPROCHE PSYCHO-SOCIALE DES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES

Pendant la grossesse et lors de l'accouchement, la femme, bien qu'elle reste tout à fait en capacité de poser des choix pour elle-même, se trouve dans une disposition psychique particulière induisant une posture de fragilité et de sensibilité accrue; les événements qui interviennent ont donc un impact important sur sa santé mentale.

De toegang tot hoogwaardige gezondheidszorg voor moeders, hoewel essentieel voor de eerbiediging van de rechten van de vrouw, zelfs in de context van een pandemie, was niet altijd verzekerd omdat de gezondheidswerkers minder talrijk en minder beschikbaar waren op kraamafdelingen vanwege reffectatie of andere opdrachten. Ook noodzakelijke diensten zoals tolken voor anderstalige personen, partners, of begeleidende vroedvrouwen en doula's werden vaak niet toegelaten.

De pandemie blijkt ook bepaalde praktijken of situaties die lijken op gynaecologisch en obstetrisch geweld, te hebben verergerd.

Dit kan, volgens de enquête van het *Plateforme pour une naissance respectée*, hebben geleid tot schadelijke praktijken die vrouwen tijdens de bevalling werden opgelegd: ongerechtvaardigde medische scheiding van moeder en kind, ontzegging van een geboortebegeleider en andere disfuncties die adequate zorgnormen en eerbiediging van de rechten, de waardigheid en de autonomie van vrouwen tijdens de bevalling in de weg staan.

De communicatie en informatie tijdens de pandemie was voor sommigen ook problematisch. Overeenkomstig de bovengenoemde enquête van het *Plateforme pour une naissance respectée*, hebben in 20 % van de gevallen de patiënten zelf moeten zoeken naar de informatie over het protocol van hun kraamkliniek.

Ten slotte werd tijdens de pandemie een toename van de ongerustheid en angst onder vrouwen vastgesteld als gevolg van het verlies van hun vertrouwde omgeving en netwerken terwijl de toegang tot kwalitatieve zorgnetwerken beperkt was.

V. PSYCHOSOCIALE BENADERING VAN GYNAECOLOGISCHEN OBSTETRISCH GEWELD

Hoewel de vrouw volledig in staat blijft om zelf keuzes te maken, bevindt ze zich tijdens de zwangerschap en de bevalling in een bijzondere psychische hoedanigheid die haar in een toestand van fragiliteit en verhoogde gevoeligheid brengt. De gebeurtenissen die zich voordoen hebben bijgevolg een grote weerslag op haar geestelijke gezondheid.

A. La sécurité émotionnelle

La santé ne se limite pas à l'absence de problèmes physiques. En effet, bien que la Belgique n'ait pas à rougir de ses performances en matière de sécurité physique, de nombreuses personnes indiquent ne pas s'être senties en sécurité dans le cadre des soins visés. Les chiffres issus de l'étude (14) de la gynécologue néerlandaise Claire Stramrood sur les accouchements traumatiques sont révélateurs à cet égard: un accouchement est ressenti comme un événement traumatisant pour 10 à 20 % des femmes (voire 30 %, selon d'autres études).

Il est frappant de constater que de nombreuses répondantes ont indiqué que les facteurs interpersonnels étaient extrêmement importants. Les témoignages ne portent pas à proprement parler sur une contrainte physique, mais font très souvent état de la sensation d'avoir été mise sous pression, de ne pas avoir été suffisamment informée ou d'avoir reçu des informations contradictoires, de ne pas avoir été suffisamment soutenue ou écoutée. On constate dès lors que des femmes qui ont été confrontées à une pathologie lourde ou qui ont vécu un accouchement très difficile en étant bien soutenues s'en sortent parfois mieux que d'autres qui ont vécu un accouchement sans problème, mais en se sentant peu soutenues.

1) Les traumas

Deux postulats ont été posés par la psychologue québécoise, Nicole Reeves (15) concernant les anxiétés spécifiques à la grossesse:

- les peurs des femmes sont liées à la peur centrale de perdre prise sur leur corps à un moment hypersensible. Il est donc impératif pour elles de se sentir en sécurité et respectées;
- malgré la diminution drastique des risques liés à la grossesse et l'accouchement, les femmes en ont toujours aussi peur.

Cette peur peut être renforcée, voire décuplée, par une soudaineté, une «sensation de mort» ou d'indignité, générant un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ou un trauma. Il s'agit de blessures psychiques aux effets durables qui entraînent la dépression, l'addiction,

(14) Hollander, van Hastenberg, van Dillen, van Pampus, de Miranda, & Stramrood, «Onderzoek bij vrouwen met traumatische bevallingservaringen», *Archives of Womens's Mental Health*, 2017.

(15) Nicole Reeves, «L'anxiété spécifique à la grossesse: une entité clinique distincte? Étude prospective et longitudinale comparée de l'évolution, de l'intensité, des facteurs de risque, des corrélats associés et de la prédiction de l'humeur maternelle postnatale», *Psychologie*, Université Sorbonne Paris Cité, 2017.

A. Emotionele veiligheid

Gezondheid gaat niet alleen over de afwezigheid van fysieke problemen, België scoort immers goed op het vlak van fysieke veiligheid. Er zijn echter heel wat mensen die aangeven dat ze zich niet veilig gevoeld hebben in de desbetreffende zorg. In dat opzicht zijn de cijfers – gebaseerd op het onderzoek (14) van de Nederlandse gynaecoloog Claire Stramrood – over traumatische bevallingen veelzeggend: 10 tot 20 % (ander onderzoek heeft het zelfs over 30 %) ervaart een bevalling als traumatisch.

Opvallend is dat veel van de ondervraagden aangeven dat de interpersoonlijke factoren extreem belangrijk waren. De getuigenissen gaan op zich niet over fysieke dwang, maar heel vaak over het zich onder druk gezet voelen, het ontvangen van weinig of tegenstrijdige informatie, het krijgen van weinig steun of inspraak. In dat opzicht kan dan ook vastgesteld worden dat mensen die heel heftige bevallingen hebben meegemaakt en goed ondersteund werden, of die een heel zware pathologie meemaakten, er soms beter uitkomen dan mensen met een vlotte bevalling die zich weinig gesteund voelden.

1) Trauma's

De Quebecse psychologue Nicole Reeves (15) formuleerde twee hypothesen in verband met de specifieke angsten bij zwangerschap:

- de angsten van vrouwen hebben te maken met de centrale angst de greep op het lichaam te verliezen op een uiterst gevoelig moment. Het is dus onontbeerlijk dat zij zich veilig en gerespecteerd voelen;
- ondanks de drastische afname van de risico's rond zwangerschap en bevalling, zijn vrouwen er nog steeds even bang voor.

Die angst kan versterkt, zelfs vertienvoudigd worden door iets onverwachts, een «doodsgevoel» of een gevoel van minderwaardigheid, dat een posttraumatische stressstoornis (PTSS) of een trauma veroorzaakt. Het zijn psychische wonden met duurzame gevolgen die depressie, verslaving,

(14) Hollander, van Hastenberg, van Dillen, van Pampus, de Miranda, & Stramrood, «Onderzoek bij vrouwen met traumatische bevallingservaringen», *Archives of Womens's Mental Health*, 2017.

(15) Nicole Reeves, «L'anxiété spécifique à la grossesse: une entité clinique distincte? Étude prospective et longitudinale comparée de l'évolution, de l'intensité, des facteurs de risque, des corrélats associés et de la prédiction de l'humeur maternelle postnatale», *Psychologie*, Université Sorbonne Paris Cité, 2017.

l'invalidité, le désajustement relationnel, voire des tendances suicidaires (le suicide étant devenu selon l'Inserm (16), l'une des deux premières causes de mortalité maternelle (13,4 %) en 2013-2015 en France, après les maladies cardiovasculaires (13,7 %)).

Selon Luc Roegiers (ULB/UCL), les violences gynécologiques et obstétricales ne peuvent, par essence, pas être assimilées à un problème psychologique chez la femme. Les violences gynécologiques et obstétricales émergeraient notamment quand la patiente n'est pas entendue ou quand ses besoins ne sont pas pris en compte. Un trauma préalable peut potentiellement accentuer le malaise qui, parfois, engendre ou réveille un stress post-traumatique.

De nombreuses circonstances peuvent constituer un terreau fertile à la survenue d'un traumatisme obstétrical. Parmi celles-ci, des attentes irréalistes par rapport à la grossesse ou l'accouchement, des représentations erronées de la maternité, mais aussi toute une série de contextes psychosociaux de vulnérabilité: antécédents d'abus ou de violences obstétricales, ambivalence par rapport au désir de grossesse, famille multiculturelle, mariage mixte, maman isolée ou très jeune, violence intrafamiliale, victimes de mutilations génitales féminines, toxicomanie, dépression, difficultés financières, etc.

2) Des conséquences dans la relation mère-enfant

Les nourrissons ont un besoin immédiat de sécurité émotionnelle pour grandir, se développer et évoluer. Les gestes et actions de la maman, mais aussi des équipes médicales qui la soutiennent et l'accompagnent, ont un impact indéniable sur le niveau de sécurité émotionnelle des nouveau-nés et sur le développement du lien mère-enfant. En effet, outre la sécurité physique, il est prouvé qu'un nourrisson a besoin de créer des liens émotionnels forts avec sa maman dès les premiers instants pour avoir confiance dans le fait que le monde qui l'accueille est un endroit sûr.

Pour ce faire, une mère doit se sentir psychologiquement apte à trouver un rythme avec son enfant, à créer un cocon de proximité et d'intimité avec lui.

Or, il est démontré que les violences gynécologiques et obstétricales engendrent des difficultés pour nouer

(16) *Les maladies cardiovasculaires et les suicides premières causes de décès maternels en France en 2013-2015*, Inserm, janvier 2021.

invaliditeit, relationele problemen, of zelfs suïcideneigingen kunnen veroorzaken (volgens het Inserm (16) is zelfdoding een van de twee belangrijkste oorzaken van moedersterfte geworden (13,4 %) in 2013-2015 in Frankrijk, naast hart- en vaatziekten (13,7 %)).

Volgens Luc Roegiers (ULB/UCL) mag gynaecologisch en obstetrisch geweld per definitie niet als een psychologisch probleem van de vrouw worden beschouwd. Gynaecologisch en obstetrisch geweld zal namelijk ontstaan wanneer de patiënte niet gehoord wordt of wanneer geen rekening wordt gehouden met haar behoeften. Een reeds bestaand trauma kan het onbehagen verscherpen, waardoor het soms posttraumatische stress veroorzaakt of doet herleven.

Heel wat omstandigheden kunnen een vruchtbare voedingsbodem zijn voor het ontstaan van een obstetrisch trauma. Enkele daarvan zijn onrealistische verwachtingen rond zwangerschap of bevalling, een onjuist beeld van het moederschap, maar ook een hele reeks psychosociale contexten van kwetsbaarheid: antecedenten van misbruik of obstetrisch geweld, ambivalentie rond het zwangerschapsverlangen, een multicultureel gezin, een gemengd huwelijk, een alleenstaande of heel jonge moeder, intrafamiliaal geweld, slachtoffers van vrouwelijke genitale verminking, drugsverslaving, depressie, financiële problemen, enz.

2) Gevolgen voor de moeder-kindrelatie

Zuigelingen hebben een onmiddellijke behoefte aan emotionele veiligheid om te groeien, zich te ontwikkelen en te evolueren. De bewegingen en handelingen van de moeder, maar ook van de medische teams die haar ondersteunen en begeleiden, hebben een onweerlegbare impact op de emotionele veiligheid van de pasgeborene en op de ontwikkeling van de band tussen moeder en kind. Het is immers bewezen dat een zuigeling reeds in zijn eerste ogenblikken niet alleen behoefte heeft aan lichamelijke veiligheid, maar ook aan het scheppen van een stevige emotionele band met zijn moeder, om er vertrouwen in te hebben dat de wereld die hem ontvangt een veilige plek is.

Een moeder moet zich daarom psychologisch in staat voelen om een ritme met haar kind te vinden, om een cocon van nabijheid en intimiteit met het kind tot stand te brengen.

Nu is het bewezen dat gynaecologisch en obstetrisch geweld problemen veroorzaakt bij het aanknopen van een

(16) *Hart- en vaatziekten en zelfmoord als belangrijkste oorzaken van moedersterfte in Frankrijk in 2013-2015*, Inserm, januari 2021.

des liens avec l'enfant né d'une grossesse ou d'un accouchement ressenti comme problématique, causant des répercussions directes sur la santé mentale du bébé et de sa famille.

En effet, une insécurité émotionnelle découlant notamment de violences gynécologiques et obstétricales, peut avoir des conséquences délétères sur la santé mentale d'un nourrisson, car la mère est résolument l'actrice des besoins fondamentaux de son bébé. Si la mère a perdu toute estime d'elle-même et éprouve des sentiments de culpabilité ou de honte face aux événements intervenus lors de son accouchement ou de la naissance de son bébé pouvant entraîner notamment une dépression post-partum, le risque de voir apparaître des «boucles relationnelles» de désengagement de la mère par rapport à l'enfant est bien réel. Le père ou un autre membre de la famille prendra alors le relais, renforçant ainsi le sentiment d'inutilité ressenti par la mère.

Soulignons par ailleurs que les bébés ont une sensibilité neurobiologique forte au stress maternel et à l'ambiance environnante. Un désengagement maternel aura des répercussions tant sur les expériences sensorielles et motrices que sur la cognition de l'enfant. Les bébés peuvent aussi présenter très tôt des symptômes dépressifs.

L'accompagnement des nouvelles mamans et des nouveaux parents par des professionnels de la santé avant, pendant et après une grossesse semble être la clé pour assurer la sécurité émotionnelle du nourrisson et éviter tout problème de santé mentale chez celui-ci. Le soutien du corps médical est précieux pour contribuer à la création de connexions familiales, notamment du bébé avec sa maman ou avec ses parents.

De même, un service d'accompagnement périnatal peut, sans se substituer au suivi médical, offrir aux familles un appui pluridisciplinaire, en se concentrant sur la création du lien parents-bébé et au soutien à la parentalité.

B. Les clés du sentiment de confiance

1) Prise en compte des besoins tout au long du parcours

La naissance est considérée comme un événement de vie marquant pour les femmes. Aussi, il est nécessaire de les informer et de les écouter en amont de l'accouchement.

Un accompagnement de grossesse passe non seulement par la surveillance du bien-être maternel et fœtal en

band met het kind dat geboren is uit een zwangerschap of een bevalling die als problematisch werd ervaren, wat rechtstreekse gevolgen veroorzaakt voor de geestelijke gezondheid van de baby en het gezin.

Emotionele onveiligheid als gevolg van gynaecologisch en obstetrisch geweld kan schadelijke gevolgen hebben voor de geestelijke gezondheid van een zuigeling, want de moeder heeft beslist de hoofdrol inzake de fundamentele behoeften van haar baby. Indien de moeder elk zelf-respect verloren heeft en schuld- of schaamtegevoelens heeft voor wat er bij haar bevalling en bij de geboorte van haar baby gebeurd is, hetgeen onder meer een post-partumdepressie kan veroorzaken, dan is het risico heel reëel dat er «relationele *loops*» ontstaan, waardoor de moeder zich van haar kind afkeert. De vader of een ander gezinslid zal dan de taak overnemen, zodat het gevoel van nuttelosheid van de moeder nog sterker wordt.

Tevens moet worden benadrukt dat baby's een sterk neurobiologisch gevoel hebben voor stress van de moeder en voor de heersende stemming. Een moeder die zich afkeert zal zowel voor de zintuiglijke en motorische ervaringen als voor de cognitie van het kind gevolgen hebben. Baby's kunnen ook heel vroeg symptomen van depressie hebben.

De begeleiding van nieuwe moeders en nieuwe ouders door gezondheidswerkers voor, tijdens en na een zwangerschap lijkt de sleutel te zijn om de emotionele veiligheid van de zuigeling te verzekeren en alle problemen met diens geestelijke gezondheid te voorkomen. De steun van het medische korps bij het scheppen van gezinsbanden, met name van de baby met zijn moeder of ouders is kostbaar.

Tevens kan een dienst voor perinatale begeleiding, zonder de geneeskundige *follow-up* te vervangen, de gezinnen pluridisciplinaire ondersteuning bieden en zich toeleggen op het ontstaan van de band tussen ouders en baby en op ouderschapsondersteuning.

B. Sleutels voor het gevoel van vertrouwen

1) Het hele traject rekening houden met de noden

Een geboorte wordt beschouwd als een belangrijke gebeurtenis in het leven van vrouwen. Het is daarom nodig dat men hen informeert en naar hen luistert voor de bevalling.

Zwangschapsbegeleiding beperkt zich niet tot het waken over het welzijn van moeder en fœtus door het

réalisant des gestes médicaux et techniques, mais aussi par l'écoute, l'échange, la communication et l'établissement d'une relation de confiance entre la parturiente et l'équipe médicale. Les professionnels de la santé possèdent un rôle d'éducation auprès de la mère en lui apportant toutes les informations nécessaires à la compréhension de sa grossesse, de son accouchement et des premiers jours avec son nourrisson. Prendre soin de la femme et du couple de manière préventive pendant l'anténatal et la grossesse est par ailleurs payant car cela augmentera leur capacité à prendre en charge leur bébé, en activant des supports face à la vulnérabilité.

Dans ce cadre, renforcer l'autonomie des femmes et les rendre actrices de leur parcours de naissance est pertinent depuis la phase de préparation à l'accouchement jusqu'au retour à domicile. Il est autant primordial de dialoguer avec les patientes afin de leur donner confiance en elles, que d'instaurer une confiance mutuelle avec les soignants, en considérant les parents comme partenaires du parcours de maternité.

D'autres exemples d'écoute des attentes des mamans ou des couples sont l'accessibilité, la disponibilité, l'ouverture d'esprit des soignants et la non-discrimination. La rédaction d'un projet de naissance est l'occasion d'une réflexion anticipative des parents sur leurs souhaits concernant l'ensemble de leur parcours de maternité, et discuté avec les équipes soignantes.

2) La prévention

Pour prévenir au mieux le risque de trauma périnatal, les professionnels de la santé sont en première ligne pour identifier à l'avance les situations à risques, pour anticiper les difficultés et au besoin proposer une aide ou une prise en charge adaptée.

Détecter les familles – les mamans – psychologiquement vulnérables peut se réaliser via un *screening* psychosocial pendant la grossesse, qui complète un dossier médical traditionnel. Un tel *screening* est non seulement l'occasion de faire connaissance, de rencontrer les différents intervenants et d'informer les parents, mais aussi d'identifier les éventuelles difficultés psychosociales et les situations potentiellement conflictuelles pour en discuter posément avant l'accouchement. Cela permet souvent de mettre en place des solutions avant que des problèmes ne se posent, avec l'aide d'une équipe psychosociale qui collabore étroitement avec l'ensemble des professionnels de la santé.

stellen van medische en technische handelingen, maar gaat ook gepaard met luisteren, gedachtewisseling, communicatie en het scheppen van een vertrouwensrelatie tussen de barende vrouw en het medisch team. De gezondheidswerkers hebben een educatieve rol voor de moeder omdat ze haar alle informatie verstrekken om haar zwangerschap, haar bevalling en de eerste dagen met haar zuigeling te begrijpen. Voor de geboorte en tijdens de zwangerschap preventief voor de vrouw en het paar zorgen loont bovendien, want het zal hun vermogen om de zorg voor hun baby op te nemen vergroten, omdat het hen wapent tegen kwetsbaarheid.

In die context is het belangrijk om de zelfstandigheid van vrouwen te versterken en hen de controle te geven over hun geboortetraject, van de voorbereiding van de bevalling tot de terugkeer naar huis. Het is even belangrijk met de patiëntes in dialoog te gaan om hun zelfvertrouwen te geven als om te zorgen voor wederzijds vertrouwen met de zorgverleners, waarbij men de ouders als partners in het moederschapstraject beschouwt.

Andere voorbeelden van luisteren naar de verwachtingen van de moeders of de koppels zijn: de toegankelijkheid, de beschikbaarheid, de openheid van de zorgverleners en non-discriminatie. Het opstellen van een geboorteproject is de gelegenheid voor de ouders om na te denken over hun wensen met betrekking tot hun hele zwangerschapstraject, en deze te bespreken met de zorgteams.

2) Preventie

Om het risico op een perinataal trauma zo goed mogelijk te voorkomen, bevinden de gezondheidswerkers zich in de eerste lijn om vooraf risicosituaties te identificeren, om op problemen te anticiperen en indien nodig hulp of aangepaste zorg aan te bieden.

Gezinnen – moeders – opsporen die psychologisch kwetsbaar zijn kan via een psychosociale *screening* tijdens de zwangerschap, die het traditioneel medisch dossier aanvult. Een dergelijke *screening* is niet alleen de gelegenheid om kennis te maken, de diverse betrokkenen te ontmoeten en de ouders te informeren, maar ook om de eventuele psychosociale problemen en de potentiële conflictsituaties te bepalen om er voor de bevalling rustig over te praten. Dat maakt het vaak mogelijk met de hulp van een psychosociaal team dat nauw met alle gezondheidswerkers samenwerkt, oplossingen aan te brengen vóór de problemen ontstaan.

À cet égard, le KCE a mentionné dans un rapport daté du 23 janvier 2023 (17) un manque de prestataires de soins spécialisés en santé mentale et disposant d'une expérience dans les questions prénatales vers lesquels les patientes peuvent se tourner.

3) *Coopération et continuité*

Le parcours de soins intégré constitue également un obstacle possible au bien-être de la patiente. À cet égard, Marlene Reyns (Organisation professionnelle flamande des sages-femmes) a fait référence à l'étude du KCE sur le cadre qualitatif (cercle mère-enfant), qui met en évidence les points suivants:

- des soins de qualité (un aspect étroitement lié aux exigences fixées dans la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé);
- l'approche orientée patients (disponibilité vingt-quatre heures sur vingt-quatre);
- le parcours de soins (basé sur l'*evidence based midwifery*);
- et surtout l'aspect «coopération», qui concerne la coopération avec les gynécologues, mais aussi avec d'autres prestataires de soins et aidants informels en première et deuxième ligne qui sont associés aux soins de la famille.

La discontinuité dans le suivi de la grossesse et de l'accouchement par le prestataire de soins est aussi un point auquel il faut être attentif. Mais il arrive que la sage-femme qui a effectué le suivi de grossesse de la patiente ou d'autres accompagnants, comme un interprète, une doula ou un proche, n'aient pas l'autorisation ou soient dans l'impossibilité d'être présents à l'hôpital lors de l'accouchement.

Dans son rapport du 23 janvier 2023, le KCE indique que la coopération interprofessionnelle entre les gynécologues et les sages-femmes dans le suivi prénatal n'est pas toujours fluide en Belgique. Toutefois, une coopération harmonieuse est nécessaire pour garantir des soins prénatals sûrs, efficaces, appropriés et centrés sur la patiente. Les principaux obstacles à la coopération interprofessionnelle mentionnés sont la surconsommation de soins prénatals, les effets pervers de certains modèles de financement et les comportements qui ne respectent

(17) Costa E., Christiaens W., Zeevaert R., Benahmed N., «Le référencement lors des grossesses à bas risque – Synthèse», Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), *KCE Reports 363As*, 2023, <https://kce.fgov.be/fr/publications/le-referencement-lors-du-suivi-des-grossesses-a-bas-risque>.

In dit verband vermeldt het KCE in een rapport van 23 januari 2023 (17) dat er een gebrek is aan zorgverleners met ervaring in prenatale kwesties waar patiënten met psychische problemen terecht kunnen.

3) *Samenwerking en continuïteit*

Een geïntegreerd zorgpad is ook één van de struikelblokken voor het welzijn van de patiënte. Marlene Reyns (Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen) verwijst in dit verband naar onderzoek van het KCE naar het kwaliteitskader (moeder- en kind *circle*). De volgende punten komen als overheersend naar voren:

- de kwaliteitszorg, sterk aanleunend bij de eisen uit de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg;
- een aanpak gericht op wie zorg vraagt (vierentwintig uur op vierentwintig bereikbaarheid);
- het zorgpad, gebaseerd op *evidence based midwifery*;
- en vooral het aspect «samenwerking». Dit betekent samenwerking met gynaecologen, maar ook met andere zorgverleners en informele primaire en secundaire zorgverleners die betrokken zijn bij de ondersteuning van de gezinszorg.

De discontinuïteit van de zorgverlener bij de zwangerschap en de bevalling is zeker ook een aandachtspunt. Zo komt het voor dat de vroedvrouw die de zwangerschap van de patiënte heeft opgevolgd of andere bevallingspartners zoals een tolk, doula of naaste, vervolgens niet mag of kan aanwezig zijn op het ogenblik dat de vrouw gaat bevallen in het ziekenhuis.

In voornoemd rapport van 23 januari 2023 stelt het KCE dat de interprofessionele samenwerking tussen gynaecologen en vroedvrouwen bij prenatale opvolging in België niet altijd even vlot verloopt. Om veilige, efficiënte, gepaste en patiëntgerichte prenatale zorg te verzekeren, is nochtans een vlotte samenwerking noodzakelijk. De belangrijkste obstakels voor interprofessionele samenwerking die worden genoemd zijn de overconsumptie van prenatale zorg, de perverse effecten van bepaalde financieringsmodellen en gedragingen die het werk

(17) Costa E., Christiaens W., Zeevaert R., Benahmed N., «Doorverwijzing bij het opvolgen van zwangerschappen met laag risico – Synthèse», Brussel, Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), *KCE Reports 363As*, 2023, <https://kce.fgov.be/nl/doorverwijzing-bij-het-opvolgen-van-zwangerschappen-met-laag-risico>.

pas le travail et les compétences de l'autre. Une grande volonté a également été constatée chez les gynécologues et les sages-femmes d'améliorer la coopération interprofessionnelle en formant des partenariats et en améliorant le transfert d'informations et la communication.

4) *Le débriefing*

L'étape du débriefing entre pairs mais également entre soignants et patientes est primordiale. Il importe de considérer avec sérieux le discours des femmes et leurs souffrances. Le CHU de Liège, par exemple, procède au moyen de débriefings et de témoignages de patientes qui sont analysés lors des réunions de soignants et de soignés organisées lorsque les situations se sont mal déroulées. Mises sur pied dans une optique de franchise et de transparence, elles permettent d'apprendre beaucoup sur la souffrance des patientes et les difficultés rencontrées par les soignants. Le syndrome de stress post-traumatique (voir chapitre V, point 1) passe très souvent inaperçu s'il n'y a pas de dépistage ciblé ou de questionnement «tardif», sachant que ce syndrome peut survenir quelques semaines voire quelques mois après l'accouchement.

C. Prendre en compte tous les publics

Chaque étape du processus diagnostique et thérapeutique doit être expliquée à la patiente dans un langage compréhensible et approprié. Ce n'est que lorsque le médecin s'est assuré que la patiente a compris le processus que l'on peut lui demander si elle y adhère et quel choix elle effectue.

Le manque de soins ou la difficulté à en recevoir constitue aussi une forme de violence gynécologique et obstétricale. Les personnes en situation de pauvreté ou de handicap, celles qui sont en proie à des problèmes de santé mentale, qui ont un faible niveau d'instruction, qui appartiennent à la communauté LGBTQIA+, qui ont une autre origine ethnoculturelle, qui ont un statut (de séjour) spécifique ou les allophones sont particulièrement vulnérables à ce propos. En outre, les personnes qui ne maîtrisent pas suffisamment une des langues nationales ne seront pas en mesure de dénoncer les faits de violences dont elles ont été victimes.

De plus, les (futurs) mères seules, dans une situation précaire, issues de minorités ou en situation de handicap n'ont pas toujours accès à des soins de santé de qualité, notamment des soins de santé mentale.

Ces femmes qui vivent des difficultés sociales évidentes (barrière linguistique, problèmes financiers ou dettes,

en de compétences van de ander niet respecteren. Er werd bij gynaecologen en vroedvrouwen ook een grote bereidheid gevonden om de onderlinge samenwerking te verbeteren door partnerschappen aan te gaan en de informatieoverdracht en communicatie te verbeteren.

4) *De debriefing*

De fase van de debriefing tussen collega's, maar ook tussen zorgverleners en patiënten is van groot belang. Het is belangrijk dat men het verhaal van vrouwen en hun leed ernstig neemt. Het CHU van Luik bijvoorbeeld werkt met debriefingen en getuigenissen van patiënten die geanalyseerd worden op vergaderingen van zorgverleners en verzorgden, die georganiseerd worden wanneer een en ander fout is gelopen. Ze worden in een optiek van oprechtheid en transparantie gehouden en maken het mogelijk veel te leren uit het lijden van de patiënten en de moeilijkheden die de zorgverleners ervaren. De posttraumatische stressstoornis (zie hoofdstuk V, punt 1) blijft heel vaak onopgemerkt wanneer er geen gerichte *screening* of «late» vraagstelling is – men moet weten dat die stoornis enkele weken of zelfs enkele maanden na de bevalling kan ontstaan.

C. Rekening houden met alle doelgroepen

Elke stap in het diagnostisch en therapeutisch proces moet in begrijpelijke en adequate taal uitgelegd worden aan de patiënte. Pas wanneer de arts zich ervan vergewist heeft dat de patiënte het proces begrijpt, kan gevraagd worden of zij zich hierin kan vinden en welke keuze de patiënte wenst te maken.

Het gebrek aan zorg of de beperking ervan is immers ook een vorm van gynaecologisch en obstetrisch geweld. Personen in armoede, personen met een handicap of met mentale gezondheidsproblemen, kortgeschoolden, LGBTQIA+-personen, personen met een andere etnisch-culturele achtergrond, personen met een bepaald (verblijfs-)statuut of anderstaligen zijn in die context bijzonder kwetsbaar. Personen die geen van de landstalen voldoende beheersen, zullen niet in staat zijn het geweld waarvan zij het slachtoffer werden aan te klagen.

Alleenstaande (toekomstige) moeders in een kwetsbare situatie, afkomstig uit een minderheid of met een handicap hebben niet altijd toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg, onder andere tot geestelijke gezondheidszorg.

Die vrouwen, die met duidelijke sociale problemen te kampen hebben (taalbarrière, financiële problemen of

logement inadéquat pour accueillir un enfant, etc.) sont parfois marginalisées, voire totalement exclues d'une prise en charge psychologique adéquate.

Pouvoir s'exprimer quand on reçoit un soin est le premier droit du patient. Dans la communication entre le corps médical et les patientes issues de publics vulnérables, la mauvaise connaissance de la langue est un problème fréquent. Il est ainsi primordial que chaque femme puisse bénéficier d'un accompagnant ou d'un interprète si elle ne maîtrise pas la langue parlée par le soignant. Il est impératif dès lors d'augmenter le nombre de médiateurs interculturels au sein des hôpitaux et de soutenir les associations d'interprétariat social. Ce temps de traduction constitue une charge de travail supplémentaire qui doit, dès lors, être reconnue. Le temps imparti aux consultations prénatales est déjà habituellement trop court, *a fortiori* en cas de besoin de traduction.

D. Vécu et charge mentale des soignants

Le présent rapport d'information ne veut pas passer à côté de la question essentielle du vécu des soignants et de leur charge mentale. En effet, le manque ou l'absence de personnel en suffisance pour fournir un accompagnement adéquat et individualisé aux patientes, entraînant une surcharge de travail et un stress accru, peut mener aux violences gynécologiques et obstétricales.

Il est fréquent de rencontrer des soignants contrariés par des soins inappropriés dont ils ont été témoins ou par des violences obstétricales auxquelles ils ont été contraints de participer ou qu'ils n'ont pas pu empêcher. C'est ainsi que la souffrance faite aux femmes se répercute aussi chez les soignants. Les professionnels sont d'ailleurs souvent déconcertés face à une remise en question de leurs pratiques, car ils estiment appliquer les bons gestes et n'envisagent pas leurs actes médicaux comme violents. Il s'agit là aussi d'une source de stress pour les soignants et le corps médical.

Ces derniers subissent par ailleurs aussi des violences d'un autre ordre: augmentation de la vitesse des soins, importance grandissante des pratiques médicalisées et de la technique, morcellement des soins et structure pyramidale des hôpitaux. Certains soignants déclarent aussi, selon Pascale Gustin (direction du service de santé mentale «Le chien vert»), avoir peur de dénoncer certains actes médicaux de leurs pairs.

La charge de travail et l'impact émotionnel peuvent, qui plus est, conduire à l'épuisement psychologique des professionnels de la santé. Le personnel soignant

schulden, een ongeschikte woning om een kind in onder te brengen, enz.) leven soms in de marge of hebben zelfs niet de minste kans op goede psychologische zorg.

Zich kunnen uiten wanneer men zorg krijgt, is het eerste recht van de patiënt. Slechte talenkennis is een vaak voorkomend probleem in de communicatie tussen het medische corps en de patiëntes uit kwetsbare groepen. Het is primordiaal dat elke vrouw kan terugvallen op een begeleider of een tolk wanneer ze de taal van de zorgverleners niet beheerst. Het is dan ook absoluut noodzakelijk dat het aantal interculturele bemiddelaars of bemiddelaarsters in de ziekenhuizen wordt opgetrokken en dat men de verenigingen voor sociaal tolken ondersteunt. Die vertaaltijd is een bijkomende werklust die bijgevolg erkend moet worden. De tijd voor prenatale consulten is gewoonlijk al te kort en dit is des te meer het geval als er nog nood is aan vertaling.

D. Beleving en mentale last van de zorgverleners

Dit informatieverlag wil de essentiële kwestie van de beleving en de mentale last van de zorgverleners niet ontlopen. Het personeelsgebrek of -tekort waardoor men de patiëntes niet de gepaste en individuele begeleiding kan bieden, brengt een te grote werklust en meer stress met zich mee, wat tot gynaecologisch en obstetrisch geweld kan leiden.

Vaak ontmoet men zorgverleners die gefrustreerd zijn door ongepaste zorg waarvan ze getuige waren of door obstetrisch geweld waaraan ze hebben moeten meewerken of dat ze niet konden beletten. Zo komt het leed dat men vrouwen aandoet ook bij de zorgverleners terecht. Gezondheidswerkers zijn overigens vaak uit hun lood geslagen wanneer vragen worden gesteld bij hun optreden, want ze vinden dat ze het juiste doen en ervaren hun medische handelingen niet als gewelddadig. Ook dat is een bron van stress voor zorgverleners en het medische corps.

Deze laatsten ondergaan ook een ander soort geweld: de toenemende snelheid van de zorg, het grotere belang van gemedicaliseerde praktijken en technieken, de versnippering van de zorg en de piramidale structuur van de ziekenhuizen. Volgens Pascale Gustin (directeur van de dienst voor geestelijke gezondheidszorg «Le chien vert») geven sommige zorgverleners ook aan dat ze bang zijn om bepaalde medische handelingen van hun collega's aan de kaak te stellen.

Bovendien kunnen de werklust en de emotionele impact leiden tot psychologische burn-out bij gezondheidswerkers. Het zorgpersoneel moet het hoofd bieden aan een

est soumis à de hauts niveaux de stress et de risques psychosociaux. La dispensation de soins anténatals et périnatals nécessite en outre de grandes compétences techniques et émotionnelles.

Plusieurs experts ont par ailleurs indiqué qu'un travail en collaboration avec une équipe multidisciplinaire favorise de meilleurs résultats chez les patientes et soutient la valorisation des professionnels des soins de santé.

VI. LES VOIES DE RECOURS

Les auditions ont mis en lumière l'existence d'un décalage entre le droit et la pratique. Même si les recours judiciaires contre les violences gynécologiques et obstétricales existent, ils sont en réalité peu utilisés – et «utilisables» – dans la pratique. Peu de femmes introduisent une action en justice, notamment parce qu'elles sont conscientes qu'il est peu probable que l'action soit tranchée en leur faveur.

A. La médiation

La médiation est prévue à l'article 11 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Tout patient, s'il estime que ses droits concernant une prestation médicale n'ont pas été respectés, peut faire appel, soit au service de médiation fédéral «Droits du patient» (si le praticien exerce en dehors d'un hôpital), soit au service de médiation de l'hôpital concerné. La médiation proprement dite ne se déroule toutefois que sur la base volontaire de chacune des parties.

Quelques réserves ont été exprimées durant les auditions quant à la médiation intra-hospitalière. Pour commencer, sur la neutralité du médiateur: quand son employeur est aussi l'employeur du médecin dont il doit traiter le cas, sa neutralité ne serait plus forcément assurée. En outre, la confiance des patientes en la neutralité du processus peut être entamée dès lors que le médiateur est mandaté par l'hôpital.

L'ASBL AMIS ne partage pas cette analyse et rappelle que le médiateur, présent au sein de chaque hôpital, travaille en toute indépendance. Il est neutre et impartial. Il est tenu au secret professionnel. Le médiateur hospitalier joue également un rôle informatif et préventif. En effet, conformément à l'arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre, le médiateur est tenu de respecter le secret professionnel et de faire preuve d'une neutralité et d'une impartialité strictes. Il ne peut être

hoog stressniveau en psychosociale risico's. Het verlenen van prenatale en perinatale zorg vereist ook een hoog niveau van technische en emotionele vaardigheden.

Verschillende deskundigen gaven ook aan dat de samenwerking met een multidisciplinair team tot betere resultaten leidt bij de patiënten en de valorisatie van gezondheidswerkers ondersteunt.

VI. DE RECHTSMIDDELEN

De hoorzittingen brachten een kloof aan het licht tussen wetgeving en praktijk. Ook al zijn er rechtsmiddelen tegen gynaecologisch en obstetrisch geweld, ze worden in de praktijk weinig gebruikt – en «bruikbaar» gemaakt. Weinig vrouwen stellen een rechtsvordering in, meer bepaald omdat ze beseffen dat er weinig kans is dat de zaak in hun voordeel zal worden beslecht.

A. Bemiddeling

De bemiddeling is voorzien in artikel 11 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Elke patiënt die meent dat zijn rechten met betrekking tot een medische handeling niet zijn geëerbiedigd, kan zich wenden tot ofwel de federale ombudsdienst «Rechten van de patiënt» (indien de arts buiten een ziekenhuis werkt) ofwel tot de ombudsdienst van het betrokken ziekenhuis. De bemiddeling zelf verloopt echter alleen op vrijwillige basis voor beide partijen.

Tijdens de hoorzittingen werd enig voorbehoud gemaakt ten aanzien van bemiddeling in het ziekenhuis. Om te beginnen over de neutraliteit van de bemiddelaar: wanneer zijn werkgever ook de werkgever is van de arts wiens zaak hij moet behandelen, is zijn neutraliteit niet per se gewaarborgd. Bovendien kan het vertrouwen van de patiënten in de neutraliteit van het proces worden aangetast wanneer de bemiddelaar door het ziekenhuis wordt afgevaardigd.

De vzw AMIS deelt deze analyse niet en herinnert eraan dat de bemiddelaar, die in elk ziekenhuis aanwezig is, volledig onafhankelijk werkt. Hij is neutraal en onpartijdig. Hij is gebonden door het beroepsgeheim. De ziekenhuisbemiddelaar speelt ook een informatieve en preventieve rol. Overeenkomstig het koninklijk besluit van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen, moet de bemiddelaar het beroepsgeheim eerbiedigen en blijk geven van strikte neutraliteit en

sanctionné par son employeur pour des actes accomplis dans le cadre de sa mission.

La médiation intra-hospitalière semble pertinente pour restaurer le dialogue entre le prestataire de soins et les patients dans des dossiers aux conséquences plutôt limitées. Par contre, dès que les conséquences physiques sont plus lourdes, la médiation n'est généralement pas l'outil adéquat pour la mise en cause des responsabilités ou pour l'obtention d'une indemnité financière. En effet, dès lors qu'il y a une mise en cause de la responsabilité, c'est l'assurance qui prend la direction du litige. Le médecin n'est alors plus libre de faire et dire ce qu'il veut dans le processus de médiation qui ne sera plus soumis aux règles de confidentialité.

Si les parties parviennent à un accord, le dossier de médiation peut être clôturé. À défaut d'accord, les différentes parties seront orientées vers une autre forme de règlement de conflit, (via l'Ordre des médecins, les tribunaux, etc.)

B. La plainte auprès de l'Ordre des médecins

Conformément aux dispositions légales en la matière, une procédure disciplinaire peut être introduite auprès du conseil provincial de l'Ordre des médecins de la province dans laquelle le médecin est inscrit (18). Une plainte auprès de l'Ordre contre un médecin doit concerner la déontologie médicale. Elle doit être formulée par écrit, contenir une relation des faits claire et chronologique et préciser les griefs et l'identité du ou des médecins mis en cause. La sanction peut prendre la forme d'un avertissement, d'un blâme, d'une interdiction d'exercer ne pouvant excéder deux ans ou d'une radiation. Des voies de recours contre la décision prise par le conseil provincial existent: opposition, appel et pourvoi en cassation.

Selon Marie Debelle (*UCLouvain*), le fonctionnement et la composition de l'Ordre des médecins posent question quant à l'impartialité et l'indépendance des jugements rendus. En effet, le conseil est composé principalement de médecins, les deux magistrats qui y siègent – en tant qu'assesseur effectif et suppléant – n'ont qu'une voix consultative. Miriam Ben Jattou (*ASBL Femmes de droit, droit des femmes*), considère cette voie de recours comme discutable dès lors que les plaignants n'obtiennent aucune information sur la décision prise,

(18) Arrêté royal n° 79 relatif à l'Ordre des médecins du 10 novembre 1967. À l'article 2, il est indiqué: «Les médecins dont le domicile est situé dans la Région de Bruxelles-Capitale choisissent d'être inscrits soit au tableau du conseil provincial du Brabant flamand et de Bruxelles, soit au tableau du conseil provincial de Bruxelles et du Brabant wallon.»

onpartijdigheid. Hij kan niet worden gestraft door zijn werkgever voor handelingen die hij in het kader van zijn opdracht heeft verricht.

Bemiddeling in het ziekenhuis lijkt relevant om de dialoog tussen de zorgverlener en de patiënt te herstellen in dossiers met veeleer beperkte gevolgen. Zodra de lichamelijke gevolgen ernstiger zijn, is bemiddeling daarentegen doorgaans niet het geschikte instrument om aansprakelijkheden aan de orde te stellen of financiële schadeloosstelling te verkrijgen. Zodra aansprakelijkheid in het geding is, neemt de verzekering immers de leiding in het geschil. De arts is dan niet langer vrij om te doen en te zeggen wat hij wil in het bemiddelingsproces, dat niet langer onder de regels van geheimhouding valt.

Als de partijen tot een akkoord komen, kan het bemiddelingsdossier worden gesloten. Indien er geen akkoord wordt bereikt, worden de verschillende partijen verwezen naar een ander soort geschillenregeling (via de Orde der artsen, rechtbanken, enz.)

B. Klacht bij de Orde der artsen

Overeenkomstig de wettelijke bepalingen ter zake kan er een tuchtprocedure worden ingeleid bij de provinciale raad van de Orde der artsen van de provincie waar de arts is ingeschreven (18). Een klacht bij de Orde tegen een arts moet betrekking hebben op de medische deontologie. De klacht moet schriftelijk worden ingediend, een duidelijke en chronologische weergave van de feiten en de grieven bevatten en de identiteit van de betrokken arts(en) vermelden. De sanctie kan een waarschuwing zijn, een blaam, een beroepsverbod van ten hoogste twee jaar of een schrapping. De rechtsmiddelen tegen de beslissing van de provinciale raad zijn: verzet, hoger beroep en cassatie.

Volgens Marie Debelle (*UCLouvain*) doen de werking en de samenstelling van de Orde der artsen vragen rijzen over de onpartijdigheid en onafhankelijkheid van de uitspraken. De raad bestaat immers hoofdzakelijk uit artsen. De twee magistraten die hier zitting hebben, – als effectieve en plaatsvervangende assessor – hebben slechts een adviserende stem. Miriam Ben Jattou (*vzw Femmes de droit, droit des femmes*) vindt dit rechtsmiddel twijfelachtig aangezien de klagers geen informatie krijgen over de genomen beslissing,

(18) Koninklijk besluit nr. 79 betreffende de Orde der artsen van 10 november 1967 vermeldt in artikel 2: «De artsen die hun woonplaats hebben in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, kiezen of zij worden ingeschreven op de lijst van de provinciale raad van Vlaams-Brabant en Brussel of op de lijst van de provinciale raad van Brussel en Waals-Brabant.»

compte tenu des règles de confidentialité (19) que l'Ordre des médecins applique, au motif du respect de la vie privée (20).

C. Les actions en justice

Les dossiers qui mènent à une procédure judiciaire concernent généralement des cas où il y a eu des lésions corporelles. Ces actions devant les cours et tribunaux sont motivées par la volonté de voir les responsabilités établies et d'obtenir une réparation financière. Les préjudices moraux mènent plus rarement à des procédures judiciaires car ils sont plus difficiles à prouver, tant en termes d'existence que d'étendue. Au sein de l'ASBL «Femmes de droit, droit des femmes», plus de 95 % des personnes qui demandent conseil ne s'adressent pas à un avocat car les violences qu'elles ont subies ne sont, d'un point de vue juridique, pas jugées comme suffisamment graves pour mener à une condamnation. C'est la principale raison pour laquelle peu de recours sont introduits en comparaison de la quantité de violences subies.

1) La procédure pénale

Dans le cadre d'une procédure pénale, les victimes peuvent soit déposer plainte au commissariat de police qui les orientera vers le procureur du Roi, soit adresser une lettre recommandée à ce dernier. Cette seconde solution est préférable, puisqu'elle permet de décrire avec davantage de détails les actes commis et de joindre une copie de l'ensemble du dossier. Après réception de la plainte, le procureur du Roi décide de classer la plainte sans suite ou d'engager des poursuites. Dans ce dernier cas, une enquête, suivie d'une procédure pénale, peuvent aboutir à un jugement du soignant pour les actes commis. La sanction est une amende ou une peine de prison pour le soignant.

Les violences gynécologiques et obstétricales ne figurent pas, en tant que telles, dans le Code pénal. Les femmes doivent donc se référer à d'autres infractions prévues par le Code pénal, notamment les coups et blessures (suite à une césarienne sans raison médicale ou après une expression abdominale, etc.), le viol (touchers vaginaux non consentis explicitement ou implicitement, etc.), la mutilation génitale (une épisiotomie non justifiée médicalement qui n'a pas fait l'objet d'un consentement, ou le point du mari, par exemple), etc., au risque de voir leur action déboutée. À ce propos, le GAMS (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles féminines) estime

vanwege de vertrouwelijkheidsregels (19) die de Orde der artsen hanteert, op grond van de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer (20).

C. Rechtsvorderingen

De dossiers die tot een gerechtelijke procedure leiden, gaan meestal over zaken waarin sprake is van lichamelijk letsel. Deze zaken worden voor rechtbanken en hoven gebracht om de aansprakelijkheid vast te stellen en financieel herstel te verkrijgen. Morele schade leidt minder vaak tot een gerechtelijke procedure omdat deze moeilijker te bewijzen is, zowel wat het bestaan als de omvang ervan betreft. Bij de vzw «Femmes de droit, droit des femmes» neemt meer dan 95 % van de mensen die advies vragen geen contact op met een advocaat omdat het geweld dat zij hebben ondergaan vanuit juridisch oogpunt niet ernstig genoeg wordt geacht om tot een veroordeling te leiden. Dat is de belangrijkste reden waarom er weinig vorderingen worden ingesteld in vergelijking met het geweld dat ondergaan werd.

1) Strafprocedure

Bij strafzaken kunnen slachtoffers ofwel een klacht indienen op het politiebureau, dat hen zal doorverwijzen naar de procureur des Konings, ofwel kunnen zij een aangetekende brief sturen naar laatstgenoemde. De tweede optie verdient de voorkeur, omdat men de gepleegde feiten gedetailleerder kan beschrijven en een kopie van het hele dossier kan bijvoegen. Na ontvangst van de klacht beslist de procureur des Konings of hij de zaak seponereert of vervolging instelt. In het laatste geval kan een onderzoek, gevolgd door een strafrechtelijke procedure, leiden tot een veroordeling van de zorgverlener voor de gepleegde feiten. De sanctie is een boete of een gevangenisstraf voor de zorgverlener.

Gynaecologisch en obstetrisch geweld als dusdanig is niet opgenomen in het Strafwetboek. Vrouwen moeten dus een beroep doen op andere misdrijven die in het Strafwetboek zijn opgenomen, meer bepaald slagen en verwondingen (na een keizersnede zonder medische reden of na een fundusexpressie, enz.), verkrachting (vaginale aanraking zonder impliciete of expliciete toestemming, enz.), genitale verminking (een niet-medisch verantwoorde episiotomie waarvoor geen toestemming gegeven is of echtgenotensteek, bijvoorbeeld), enz., met het risico dat hun zaak wordt afgewezen. In dit verband meent GAMS (Groep voor de afschaffing van

(19) Article 14 de la «Note au sujet de la procédure disciplinaire devant les conseils de l'ordre des médecins». Source: <https://ordomedic.be/fr/l-ordre/competence-disciplinaire>.

(20) Source: <https://ordomedic.be/fr/privacy-policy/privacy-policy>.

(19) Artikel 14 van de «Nota over de tuchtprocedure voor de reden van de Orde der artsen». Bron: <https://ordomedic.be/nl/orde/tuchtbevoegdheid>.

(20) Bron: <https://ordomedic.be/nl/privacy-policy/privacy-policy>.

que les épisiotomies de routine sans raison médicale, et les interventions comme le point du mari, pourraient être considérées comme une violation de l'article 409 du Code pénal, c'est-à-dire comme une mutilation génitale féminine.

Pour Marie Debelle, l'adoption d'une législation spécifique aux violences gynécologiques et obstétricales apporterait une réelle reconnaissance et une visibilité de la maltraitance vécue par les femmes dans leur suivi médical ainsi qu'une sécurité juridique de par la sanction que l'article de loi lui conférerait.

2) *La procédure civile*

Pour porter plainte au civil, les victimes doivent saisir le tribunal de première instance; elles doivent prouver qu'elles ont subi un dommage en lien causal avec une faute du médecin. La faute, analysée au regard du critère du médecin normalement prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances, peut résulter du non-respect de la loi et plus particulièrement de la violation du droit d'information et de consentement prévu par la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002. Le dommage réparable peut aller des coûts de consultations psychologiques, aux pertes de revenus professionnels ainsi qu'aux séquelles physiques et morales (douleurs, difficultés à reprendre une vie sexuelle, etc.) que l'auteur devra rembourser ainsi que les frais de procédure. Même si les chances de remporter le procès sont plus élevées au civil qu'au pénal en raison de l'absence de possible classement sans suite, force est de constater qu'aucune affaire civile pour violence obstétricale n'a abouti à ce jour. La procédure n'est pas aisée étant donné que la charge de la preuve, en particulier celle du lien causal, incombe à la victime.

Ce lien causal peut être éminemment difficile à prouver dans les situations qui impliquent une «cascade d'actes médicaux», chaque acte médical posé pouvant affecter le processus de l'accouchement et entraîner de nouveaux actes médicaux. La cascade d'interventions rend donc épineuse la preuve du lien de causalité entre l'acte posé par le soignant et le dommage subi. Il est, par exemple, très difficile de démontrer qu'une induction aura mené à une épisiotomie qui aurait pu être évitée sans accélération du travail.

En outre, l'appréciation de la faute est complexe, car l'expert cherchera à connaître les lignes de conduite médicales applicables pour le cas qui lui est soumis.

vrouwelijke genitale verminking) dat routinematige episiotomieën zonder medische reden en ingrepen zoals de echtgenotensteek, kunnen worden beschouwd als een schending van artikel 409 van het Strafwetboek, met andere woorden genitale verminking bij vrouwen.

Voor Marie Debelle zou de goedkeuring van een specifieke wetgeving inzake gynaecologisch en obstetrisch geweld een reële erkenning zijn van en zichtbaarheid geven aan de mishandeling die vrouwen ervaren bij medische zorg en voor rechtszekerheid zorgen vanwege de sanctie die het wetsartikel zou opleggen.

2) *Burgerlijke rechtsvordering*

Om een burgerlijke vordering in te stellen, moeten slachtoffers een zaak aanhangig maken bij de rechtbank van eerste aanleg; zij moeten bewijzen dat zij schade hebben geleden die in oorzakelijk verband staat met een fout van de arts. De fout, die bekeken wordt vanuit het criterium van wat een normaal voorzichtige en zorgvuldige arts zou doen in dezelfde omstandigheden, kan voortvloeien uit de niet-naleving van de wet en meer in het bijzonder uit de schending van het recht op informatie en toestemming waarin de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 voorziet. De herstelbare schade kan gaan van de kosten van psychologische begeleiding tot het verlies van beroepsinkomsten, alsook lichamelijke en morele gevolgen (pijn, moeilijkheden bij het hervatten van het seksleven, enz.), die de schuldige zal moeten vergoeden, net als de procedurekosten. Ook al zijn de kansen om de zaak te winnen groter bij een burgerlijke dan bij een strafrechtelijke procedure omdat seponering niet mogelijk is, moet toch worden vastgesteld dat tot op heden geen enkele burgerrechtelijke zaak voor obstetrisch geweld succesvol is geweest. De procedure is niet eenvoudig omdat de bewijslast, met name het oorzakelijk verband, bij het slachtoffer ligt.

Dit oorzakelijk verband kan uiterst moeilijk te bewijzen zijn in situaties waarbij het om een «opeenvolging van medische handelingen» gaat, aangezien elke medische handeling het bevallingsproces kan beïnvloeden en tot nieuwe medische handelingen kan leiden. De opeenvolging van ingrepen maakt het dus moeilijk om het oorzakelijk verband tussen de handeling van de zorgverlener en de geleden schade te bewijzen. Het is bijvoorbeeld zeer moeilijk om te bewijzen dat een inductie heeft geleid tot een episiotomie die vermeden had kunnen worden indien de arbeid niet versneld was.

Bovendien is de beoordeling van de schuld complex, aangezien de deskundige zal proberen na te gaan wat de medische richtlijnen zijn die van toepassing zijn op

La difficulté sera de savoir ce qui est reconnu dans ces directives comme l'attitude optimale à avoir face à une patiente.

Une procédure civile peut également être initiée devant le Fonds des accidents médicaux (21). Cette procédure est surtout pertinente en cas d'accident médical sans responsabilité ou en cas de ressources financières insuffisantes dans le chef du plaignant puisqu'il s'agit d'une procédure gratuite.

VII. LA FORMATION DES SOIGNANTS

A. La multiplicité des apprentissages

Un certain nombre des compétences et manquements potentiels des soignants, qu'il s'agisse de gynécologues-obstétriciens, de sages-femmes, de doulas, de kinésithérapeutes, de médecins, etc., trouvent leur source dans les formations suivies par ces derniers.

Les réalités et les enseignements peuvent logiquement différer de façon parfois importante selon les spécialités, les établissements scolaires ou hospitaliers, les années ou – plus largement – les Communautés, voire selon les pays. Mettre en exergue des tendances, qu'elles soient bonnes ou mauvaises, devient dès lors complexe. Il est cependant possible de citer certaines pratiques qui gagneraient à être reproduites ou étudiées mais aussi d'en pointer d'autres davantage perfectibles.

Parmi les certitudes: la formation des infirmières spécialisées, des sages-femmes et des obstétriciens comprend, outre une partie théorique sur les accouchements physiologiques, un cursus sur la réduction des procédures iatrogènes (22), la promotion du travail humanisé et la réduction de pratiques injustifiées. Le nombre limité de périodes disponibles et l'absence d'uniformité dans les cours mais aussi de socle commun font néanmoins office de freins à une parfaite intégration de ces valeurs et réflexes si essentiels.

B. D'inquiétants manquements

Quelques chiffres, même parcellaires, peuvent d'emblée illustrer une partie de la problématique.

de situation die hem wordt voorgelegd. De moeilijkheid is na te gaan wat in die richtlijnen wordt gezien als de optimale houding tegenover een patiënte.

Ook bij het Fonds voor de medische ongevallen kan een burgerlijke rechtsvordering worden ingesteld (21). Deze procedure is vooral relevant voor een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid of indien de eiser onvoldoende financiële middelen heeft, want deze procedure is gratis.

VII. DE OPLEIDING VAN DE ZORGVERLENERS

A. Een veelheid aan opleidingen

Een aantal vaardigheden en mogelijke tekortkomingen van zorgverleners, of het nu gynaecologen-verloskundigen, vroedvrouwen, doula's, kinesisten, artsen, enz., zijn, komen voort uit de opleiding die zij krijgen.

Logischerwijs kunnen de realiteiten en opleidingen soms aanzienlijk verschillen, naargelang de specialiteiten, de scholen of de ziekenhuizen, de jaren of – in ruimere zin – de Gemeenschappen of de landen. Het vaststellen van trends, goede of slechte, wordt daardoor ingewikkeld. Het is echter mogelijk om bepaalde praktijken aan te duiden die het navolgen of bestuderen waard zijn, maar ook om te wijzen op andere die voor verbetering vatbaar zijn.

Een van de zekerheden: de opleiding van gespecialiseerde verpleegkundigen, vroedvrouwen en verloskundigen omvat, naast een theoretisch gedeelte over fysiologische bevalling, een curriculum over de vermindering van iatrogene (22) procedures, de bevordering van gehumaniseerd werk en de afbouw van ongerechtvaardigde praktijken. Door het beperkte aantal beschikbare lessen, het gebrek aan uniformiteit van de cursussen en het ontbreken van een gemeenschappelijke basis, kunnen deze essentiële waarden en reflexen echter niet optimaal in het leerpakket worden opgenomen.

B. Verontrustende tekortkomingen

Enkele cijfers, hoe fragmentarisch ook, geven meteen een goede illustratie van een deel van het probleem.

(21) Voir <https://www.inami.fgov.be/fr/inami/structure/Pages/fonds-accidents-medicaux.aspx>.

(22) Voir lexique.

(21) Zie <https://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/structure/Paginas/fonds-medische-ongevallen.aspx>.

(22) Zie lexicon.

Au travers des travaux d'élaboration de son mémoire de bachelier intitulé «*Mag ik?*» (23), Madhi Sysmans (Haute école Thomas Moore), devenue entretemps sage-femme, note quelques résultats marquants: 44 % des étudiants en maïeutique interrogés ignoraient ce qu'était la violence obstétricale et de quelles manières celle-ci pouvait se manifester.

Par ailleurs, neuf étudiants sur dix avaient indiqué avoir, durant leurs stages respectifs, déjà été témoins de violences obstétricales (avec les risques inhérents d'être choqués ou encore de les accepter puis de les répéter par la suite). Également interpellant, le fait que seulement 13 % des étudiants déclaraient respecter les procédures de consentement éclairé et les appliquer de façon idoine.

Ces chiffres illustrent un manque de prise de conscience des étudiants quant à leurs propres comportements.

C. L'importance des stages

Prépondérants dans l'apprentissage d'un futur métier, les stages amènent parfois à vivre des expériences traumatisantes. L'importance des stages n'est toutefois pas remise en cause, notamment parce qu'ils permettent de découvrir des réalités parfois très diverses. Au travers du stage, l'étudiant peut en effet observer de grandes variations en fonction de l'endroit (commune, région, pays), de l'hôpital, mais aussi du personnel encadrant. Des différences qui peuvent se marquer matériellement, au niveau des comportements ou autres.

Comme l'ont souligné les Académies de médecine de Belgique, «des séminaires d'enseignement spécifiques et des sessions pratiques sur la manière d'informer les femmes enceintes (sur les aspects de l'accouchement, le consentement éclairé, les césariennes d'urgence, les épisiotomies, les extractions à l'aide de forceps ou de ventouses) sont déjà organisés pour les stagiaires en gynécologie-obstétrique, dans plusieurs universités. Les stagiaires reçoivent des informations sur les problèmes liés aux violences gynécologiques et obstétricales». Ils sont actuellement organisés sur base volontaire avec une importante variabilité. Ils ne sont par contre pas destinés aux étudiants en médecine ni aux médecins généralistes.

Dans le même ordre d'idée, les ateliers de simulation, quand ils sont organisés, ont eux aussi un intérêt

Tijdens de voorbereiding van haar bachelorscriptie «*Mag ik?*» (23), noteerde Madhi Sysmans (Thomas Moore Hogeschool), die inmiddels vroedvrouw is geworden, enkele opvallende resultaten: 44 % van de ondervraagde studenten verloskunde wist niet wat obstetrisch geweld was en hoe het zich kon uiten.

Overigens meldden negen van de tien studenten dat zij tijdens hun stages getuige waren geweest van obstetrisch geweld (met het daaraan verbonden risico om gechoqueerd te zijn, of om het te aanvaarden en vervolgens te herhalen). Even verontrustend was het feit dat slechts 13 % van de studenten meldde de procedures voor geïnformeerde toestemming te volgen en op de juiste wijze toe te passen.

Deze cijfers illustreren een gebrek aan bewustzijn onder studenten over hun eigen gedrag.

C. Het belang van stages

Stages zijn een essentieel onderdeel van het leren van een toekomstig beroep, maar leiden soms tot traumatische ervaringen. Het belang van stages staat echter niet ter discussie, vooral omdat studenten hierdoor met soms zeer uiteenlopende situaties kennismaken. Tijdens de stages kan de student immers grote verschillen vaststellen, afhankelijk van de plaats (gemeente, regio, land), het ziekenhuis, maar ook het omkaderingspersoneel. Deze verschillen kunnen materiële aspecten, gedragingen of andere zaken betreffen.

Zoals de Belgische Academies van geneeskunde hebben aangegeven: «Over de wijze waarop zwangere vrouwen moeten worden geïnformeerd over de aspecten van de bevalling, met inbegrip van de geïnformeerde toestemming bij een laagrisicobevalling of in geval van spoedkeizersnede, episiotomie, vaginale extractie met een tang of vacuümpomp, worden al enkele jaren specifieke seminaries en praktische sessies georganiseerd aan verschillende universiteiten voor stagiairs in de verloskunde en de gynaecologie. Stagiairs worden al voorgelicht over de problemen in verband met gynaecologisch en obstetrisch geweld.» Zij worden momenteel op vrijwillige basis en heel wisselvallig georganiseerd. Zij zijn echter niet bedoeld voor studenten geneeskunde en huisartsen.

Ook simulatieworkshops, wanneer die worden georganiseerd, zijn van evident belang voor een goede opleiding

(23) Sysmans Madhi, «*Mag ik?*» Een kwantitatief en beschrijvend onderzoek naar de ervaringen van studenten vroedkunde met betrekking tot obstetrisch geweld binnen de verloskamer, Thomas Moore Kempen, 2021.

(23) Sysmans Madhi, «*Mag ik?*» Een kwantitatief en beschrijvend onderzoek naar de ervaringen van studenten vroedkunde met betrekking tot obstetrisch geweld binnen de verloskamer, Thomas Moore Kempen, 2021.

manifeste pour la bonne formation des futurs professionnels de la santé. Y sont abordées diverses techniques obstétricales ainsi que des simulations d'incidents obstétricaux où sont analysées les séquences décisionnelles et la communication entre praticiens et parents (24); le tout parfois dans un cadre multidisciplinaire, favorable aux échanges et à une meilleure communication entre futurs spécialistes. Les techniques de résolution des conflits sont, elles aussi, étudiées dans le cadre de certains de ces exercices.

Ces ateliers, qui incarnent un excellent moyen d'apprendre à travailler en équipe, demandent toutefois énormément de temps pour leur préparation ainsi que leur exécution.

D. D'autres inquiétudes

D'autres imperfections peuvent également être mises en lumière. Aux yeux du docteur Dominique Roynet (Centre de planning familial de Jemelle), la bienveillance n'est pas suffisamment inscrite au cœur des programmes de nombre de cycles d'enseignement. Ce constat est sous-tendu par diverses conclusions de l'intéressée telles que la charge, très lourde, de la formation en médecine où est légitimée une relation dominant-dominé. Il est impératif que les cursus scolaires enseignent aux soignants les gestes, comportements et mots de la bienveillance le plus tôt possible.

De plus, il est également nécessaire de mieux former les dispensateurs de soins sur les droits des patients. Le droit médical en tant que tel ne faisant pas partie du cursus de base ni des sages-femmes, ni des médecins, il semble nécessaire de l'y inclure afin de pouvoir analyser les différents cas selon une approche académique.

Autre manque à avoir été cité lors des auditions: le faible développement des contenus relatifs aux personnes LGBTQIA+, de même qu'aux partenariats multidisciplinaires, aux situations cliniques diversifiées, aux publics vulnérables, à la formation des enseignements par rapport aux genres, à la communication, à l'interculturalité, à la prise en charge des patientes souffrant d'un trauma (*trauma-informed care*), etc. Notons toutefois que la question des porteurs de handicap figure déjà dans plusieurs formations.

Pourraient également être pointées la trop faible importance accordée aux cours de psychologie et de philosophie, l'insuffisance de cours de sexologie au cours des études de gynécologie ainsi que les trop faibles collaborations avec les centres de planning familial.

(24) La formation à la relation et à la communication médecin-patient est un enjeu majeur, même si de nombreux progrès ont été réalisés.

van toekomstige gezondheidswerkers. Men bespreekt er verschillende verloskundige technieken, evenals simulaties van verloskundige incidenten waarbij besluitvormingssequenties en de communicatie tussen gezondheidswerkers en ouders worden geanalyseerd (24). Dit alles gebeurt soms in een multidisciplinaire *setting*, die bevorderlijk is voor de uitwisseling en betere communicatie tussen toekomstige specialisten. In sommige van deze oefeningen worden ook conflictoplossingstechnieken bestudeerd.

Deze *workshops* zijn een uitstekende manier om als team te leren werken, maar vergen veel tijd voor de voorbereiding en uitvoering.

D. Andere bezorgdheden

Er zijn ook andere tekortkomingen. Voor dokter Dominique Roynet (*Centre de planning familial de Jemelle*) staat een zorgzame behandeling van de patiënt onvoldoende centraal in de curricula van veel onderwijscycli. Zij onderbouwt deze vaststelling door verschillende van haar conclusies, zoals de zware last van de medische opleiding, die een relatie van dominantie rechtvaardigt. Het is absoluut noodzakelijk dat de opleidingen de zorgverleners zo vroeg mogelijk de gebaren, gedragingen en woorden van een zorgzame aanpak bijbrengen.

Daarnaast moeten zorgverleners beter worden voorgelicht over de rechten van patiënten. Aangezien het medisch recht geen deel uitmaakt van het basiscurriculum voor vroedvrouwen of artsen, lijkt het noodzakelijk het erin op te nemen om de verschillende gevallen vanuit academisch oogpunt te kunnen analyseren.

Een andere tekortkoming die tijdens de hoorzittingen aan bod is gekomen, is het gebrek aan informatie over LGBTQIA+-personen, multidisciplinaire partnerschappen, gediversifieerde klinische situaties, kwetsbare groepen, gendertraining, communicatie, interculturaliteit, traumagerichte zorg (*trauma-informed care*), enz. De kwestie van personen met een handicap komt in verschillende cursussen wel aan bod.

Minpunten zijn ook de geringe aandacht voor cursussen psychologie en filosofie, onvoldoende cursussen seksuologie tijdens de studie gynaecologie en het gebrek aan samenwerking met centra voor gezinsplanning.

(24) Opleiding tot de relatie en communicatie met de patiënt is een grote uitdaging, al is er reeds veel vooruitgang geboekt.

Il serait enfin utile que les lieux de stages offrent plus de diversité aux étudiants en médecine ou aux sages-femmes. Aborder sur le terrain les conditions de vie de nombre de patients, notamment les plus défavorisés, permettrait de s'ouvrir à la réalité de tous les publics et ainsi ne pas limiter la dimension sociale que se doit d'offrir la médecine.

E. Les violences gynécologiques et obstétricales sont au programme

Si les programmes d'études et les nombres d'heures inhérentes varient selon les établissements, de nombreuses autorités académiques affirment consacrer déjà une importance manifeste à la problématique des violences gynécologiques et obstétricales et de leurs conséquences, sans doute sous l'effet de la médiatisation accrue de la problématique. Dans certains établissements, cependant, aucune approche particulière n'est prévue en ce qui concerne les conséquences des violences gynécologiques et obstétricales sur la liaison mère-enfant et sur la façon dont elles sont vécues par le ou la partenaire.

Quant à la notion de consentement éclairé, elle figure également dans les programmes, notamment dans la formation théorique de base en médecine, au même titre que la loi sur la qualité des systèmes de santé et l'accompagnement de la douleur.

Les études de kinésithérapie intègrent également le consentement éclairé (explicite ou tacite) dans plusieurs modules relatifs à l'examen ou au traitement du patient. En revanche, la formation de base de rééducation périnéale ne contient aucun module relatif aux violences gynécologiques et obstétricales. Les cours dispensés soulignent cependant régulièrement que la rééducation pelvienne concerne une zone intime et requiert dès lors une approche professionnelle spécifique.

Pourtant, l'application des bonnes pratiques apprises lors de la formation est un élément essentiel pour parvenir à une prise en charge intégrée, individualisée, personnalisée et continue de la femme au cours de sa grossesse, pendant et après son accouchement.

Il est néanmoins important de souligner que les études de sage-femme durent entre trois (en Communauté flamande) et quatre ans (en Communauté française), ce qui ne permet pas, lors de la formation, d'approfondir nombre d'aspects (sociologiques et psychologiques, notamment). De plus, il existe en Flandre une formation

Ten slotte zouden de stageplaatsen die worden aangeboden aan studenten geneeskunde en vroedvrouwen diverser kunnen zijn. De confrontatie met de levensomstandigheden van vele patiënten, met name de meest kansarme, kan hen openstellen voor de realiteit van alle soorten publiek. Zo houdt men rekening met de sociale dimensie die eigen moet zijn aan geneeskunde.

E. Gynaecologisch en obstetrisch geweld staat op het programma

Hoewel de leerplannen en het aantal lessen van school tot school verschillen, verklaren veel academische instanties dat zij al duidelijk de nadruk leggen op het thema gynaecologisch en obstetrisch geweld en de gevolgen ervan, waarschijnlijk als gevolg van de toegenomen media-aandacht voor dit onderwerp. In sommige instellingen ontbreekt echter een specifieke aanpak van de gevolgen van gynaecologisch en obstetrisch geweld voor de relatie moeder-kind en de beleving ervan door de partner.

Het concept van geïnformeerde toestemming is ook opgenomen in de curricula, met name in de medische theoretische basisopleiding, net als de wet op de kwaliteit van de zorg en de pijnbegeleiding.

In de studie kinesitherapie komt ook de geïnformeerde toestemming (expliciet of stilzwijgend) aan bod in verschillende modules met betrekking tot het onderzoek of de behandeling van de patiënt. De Revaki-basisopleiding (Revaki is een afkorting van «revalidatiewetenschappen en kinesitherapie») bevat daarentegen geen enkele module over gynaecologisch en obstetrisch geweld. In de cursussen wordt echter regelmatig benadrukt dat de bekkenrevalidatie een intiem gebied betreft en daarom een specifieke professionele aanpak vereist.

De toepassing van de goede praktijken die tijdens de opleiding zijn aangeleerd, is nochtans essentieel om te komen tot geïntegreerde, geïndividualiseerde, gepersonaliseerde en continue zorg voor vrouwen tijdens de zwangerschap en tijdens en na de bevalling.

Wij wijzen er niettemin op dat de studies verloskunde tussen drie (in de Vlaamse Gemeenschap) en vier jaar (in de Franse Gemeenschap) duren, waardoor het niet mogelijk is een aantal aspecten (bijvoorbeeld de sociologische en psychologische) tijdens de opleiding grondiger te bestuderen. Bovendien bestaat er in Vlaanderen een

«*Master in de verpleegkunde en de vroedkunde*», ce qui n'est pas le cas en Communauté française).

Enfin, il est à noter que la formation des étudiants en médecine et la formation continue sont censées respecter les articles 17, 30 et 31 du Code de déontologie médicale de 2018 (25), qui décrivent les principes de dignité humaine, de non-discrimination et de respect envers les patients.

F. La formation continue

Différentes initiatives de formation continue peuvent être épinglées.

En termes de formation continue, les groupes locaux d'évaluation médicale partagent et évaluent, entre médecins et de manière critique, leurs pratiques médicales dans le but de promouvoir la qualité des soins. Le consentement éclairé, la communication et l'éthique y sont fréquemment traités.

Par ailleurs, des débats, séminaires et initiatives individuelles locales de prévention des violences gynécologiques et obstétricales sont parfois organisés sur une base volontaire par le personnel de maternités ou par les organisations professionnelles. Ils s'adressent aux stagiaires obstétriciens, aux sages-femmes, aux infirmiers spécialisés et aux spécialistes dans le cadre de la formation permanente. Lors des auditions, il est apparu que le fait de compléter la formation de base par des activités de sensibilisation aux violences obstétricales et gynécologiques constitue une étape importante à cet égard pour bon nombre de soignants.

De leur côté, les sociétés scientifiques telles que le CRGOLFB (Collège royal des gynécologues-obstétriciens de langue française de Belgique) ou l'ABeFUM (société d'échographie) disent consacrer régulièrement des réunions à la problématique, de même que les institutions hospitalières – universitaires ou non – qui organisent des réunions, séminaires et confrontations interdisciplinaires sur ce thème.

Enfin, notons qu'en 2009, le groupe interdisciplinaire interuniversitaire de périnatalité (GIP) a vu le jour. Son but est de réfléchir, enseigner et partager sur les aspects psychologiques et éthiques de la périnatalité par le biais de groupes de réflexion, de séminaires, etc. qui sensibilisent et forment de nombreux acteurs de soins périnataux au vécu traumatique des patientes autour du suivi de leur grossesse, de la naissance, de la période néonatale et du post-partum.

(25) <https://ordomedic.be/fr/code-2018>.

opleiding «*Master in de verpleegkunde en de vroedkunde*» en is dit in de Franse Gemeenschap niet het geval.

Ten slotte worden de opleiding van studenten geneeskunde en de bijscholing geacht te voldoen aan de artikelen 17, 30 en 31 van de Code van medische deontologie van 2018 (25), waarin de beginselen van menselijke waardigheid, non-discriminatie en respect ten aanzien van patiënten worden beschreven.

F. Bijscholing

Er zijn verschillende initiatieven op het gebied van bijscholing.

Voor de bijscholing wisselen artsen van lokale medische evaluatiegroepen hun medische praktijken uit, die zij onderwerpen aan een kritische evaluatie om de kwaliteit van de zorg te bevorderen. Geïnformeerde toestemming, communicatie en ethiek komen vaak aan bod.

Daarnaast worden soms, op vrijwillige basis, lokale debatten, seminaries en individuele initiatieven over de preventie van gynaecologisch en obstetrisch geweld georganiseerd door het personeel van kraamklinieken of beroepsorganisaties. Zij zijn bedoeld voor verloskundigen, vroedvrouwen, gespecialiseerde verpleegkundigen en specialisten in opleiding in het kader van hun bijscholing. Tijdens de hoorzittingen werd duidelijk dat het aanvullen van de basisopleiding met bewustmakingsactiviteiten over obstetrisch en gynaecologisch geweld voor veel zorgverleners een belangrijke stap is.

Naar eigen zeggen wijden wetenschappelijke verenigingen zoals de CRGOLFB (*Collège royal des gynécologues-obstétriciens de langue française de Belgique*) of de ABeFUM (echografievereniging) regelmatig bijeenkomsten aan het probleem, net als de al dan niet universitaire ziekenhuisinstellingen die bijeenkomsten, seminaries en interdisciplinaire confrontaties over dit thema organiseren.

Ten slotte werd in 2009 de interdisciplinaire interuniversitaire groep perinataliteit (GIP) opgericht. Het doel is om na te denken, te onderwijzen en informatie te delen over de psychologische en ethische aspecten van perinatale zorg. Dit gebeurt in discussiegroepen, seminaries, enz., die veel perinatale zorgverleners bewust maken van en opleiden in de traumatische ervaring van patiënten tijdens de zwangerschap, de geboorte, de neonatale periode en het postpartum.

(25) <https://ordomedic.be/fr/code-2018>.

PARTIE II. RECOMMANDATIONS

I. GÉNÉRAL

1. Le Sénat insiste sur la nécessité d'une coopération entre tous les niveaux de pouvoir (fédéral, régional et communautaire) en la matière.

II. DÉFINIR ET DOCUMENTER LES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES

2. Reconnaître explicitement les violences gynécologiques et obstétricales comme un problème subséquent à de nombreuses causes (culturelles, sociétales, socio-économiques, matérielles, individuelles ou institutionnelles) et comme une forme de violence liée au genre; identifier, définir et désigner les violences gynécologiques et obstétricales et développer une bonne compréhension du phénomène.

3. Collecter des données chiffrées officielles sur le problème des violences gynécologiques et obstétricales en Belgique et les analyser de manière indépendante et exhaustive en vue, notamment, d'établir un cadastre des violences obstétricales en Belgique, à l'aide d'enquêtes tant quantitatives que qualitatives, dans le but de dresser un inventaire des formes et de la fréquence des violences obstétricales et de réfléchir aux points d'action et aux ajustements à apporter à l'accompagnement des naissances.

4. Favoriser la collecte de données et la recherche en lien avec l'identification, la catégorisation et la définition des diverses formes de violences gynécologiques et obstétricales, tant par les organes officiels, que par le milieu académique, y compris les sciences humaines, le secteur de la santé et la société civile.

5. Affiner la collecte de données par le service de médiation fédéral «Droits du patient» de la direction générale Soins de santé du service public fédéral (SPF) Santé publique afin d'y voir apparaître les plaintes en matière gynécologique et obstétricale, et rendre ces données accessibles sous conditions.

6. Mener des recherches sur les discriminations et l'intersectionnalité de celles-ci dans les soins de santé gynécologiques, ainsi que sur la manière la plus efficace d'y remédier.

DEEL II. AANBEVELINGEN

I. ALGEMEEN

1. De Senaat benadrukt de noodzaak van samenwerking tussen alle beleidsniveaus (federaal, gewestelijk en gemeenschapsniveau) op dit gebied.

II. GYNAECOLOGISCH EN OBSTETRISCH GEWELDDDEFINIËREN EN DOCUMENTEREN

2. De problematiek van gynaecologisch en obstetrisch geweld expliciet kaderen als een probleem dat vele oorzaken heeft (culturele, maatschappelijke, sociaal-economische, materiële, individuele of institutionele) en als een vorm van gendergebaseerd geweld; werken aan de identificatie, definitie en benoeming van gynaecologisch en obstetrisch geweld en streven naar een goed begrip van het fenomeen.

3. Officiële cijfers over het probleem van gynaecologisch en obstetrisch geweld in België verzamelen en analyseren op een onafhankelijke en volledige manier, om onder meer, obstetrisch geweld in België in kaart te brengen, zowel kwantitatief als kwalitatief door middel van onderzoek om te komen tot een inventaris van soorten en frequentie van obstetrisch geweld en te evalueren welke acties en veranderingen in de geboortebegeleiding nodig zijn.

4. Het verzamelen van gegevens en onderzoek in verband met de identificatie, de indeling en de definitie van de verschillende vormen van gynaecologisch en obstetrisch geweld aanmoedigen, met name door overheidsinstanties, de academische wereld, met inbegrip van de humane wetenschappen, de gezondheidssector en het maatschappelijk middenveld.

5. De verzameling van gegevens door de federale ombudsdienst «Rechten van de patiënt» van het directoraat-generaal Gezondheidszorg van de federale overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid verfijnen om er ook klachten op het gebied van gynaecologie en verloskunde in op te nemen, en deze gegevens voorwaardelijk toegankelijk maken.

6. Onderzoek verrichten naar discriminatie en de intersectorale gevolgen daarvan in de gynaecologische gezondheidszorg alsook naar de manieren waarop dit probleem het best verholpen kan worden.

7. Confier à des organismes les tâches suivantes:

a) collecter des données à grande échelle, diffuser des informations, rechercher et rassembler des données sur les manquements et les bonnes pratiques;

b) accompagner les victimes et les témoins de violences gynécologiques et obstétricales, y compris les faits de discrimination, et mettre en place un service de première ligne pour l'accompagnement, l'orientation et l'information, notamment lors du dépôt d'une plainte, par exemple par la création d'une ligne téléphonique d'urgence ou d'un *chat*;

c) veiller à l'information, à la sensibilisation et à la formation aussi bien des experts que de la population au sens large afin d'accroître la bienveillance en obstétrique.

8. Prévoir et favoriser des lieux de rencontres composés de professionnels exerçant dans les domaines de la périnatalité, de la gynécologie et de l'obstétrique et qui accueillent des représentants des usagers. Cela permettrait de dépister, de quantifier et d'analyser le phénomène des violences gynécologiques et obstétricales et de mieux comprendre les besoins des femmes en matière de naissance respectée.

III. ACCROÎTRE LA TRANSPARENCE

9. Rendre accessibles les chiffres et les informations inhérents aux pratiques, par exemple les épisiotomies, les césariennes, les inductions, etc. par site d'accouchement, afin:

a) de permettre la réalisation d'un contrôle de qualité (sur la base des normes les plus élevées pour une prise en charge attentive des patients);

b) de pouvoir identifier les bonnes pratiques et, partant, de promouvoir la bienveillance obstétricale;

c) de pouvoir poser des questions lorsque des chiffres sont alarmants;

d) de permettre aux femmes de poser des choix éclairés.

7. Organisaties belasten met de volgende taken:

a) gegevens vergaren op grote schaal, informatie verspreiden, gegevens over gebrekkige werking en goede praktijken opsporen en verzamelen;

b) slachtoffers en getuigen van gynaecologisch en obstetrisch geweld begeleiden waaronder gevallen van discriminatie en zo een eerstelijnsdienst voor begeleiding, doorverwijzing en informatie organiseren, in het bijzonder bij het indienen van een klacht, bijvoorbeeld door het opzetten van een telefonische hotline of een chat;

c) voorlichting, bewustmaking en opleiding aanbieden, zowel aan deskundigen als aan de brede bevolking, om meer welwillendheid in de verloskunde te creëren.

8. Ontmoetingsplaatsen creëren en promoten, waar beroepsbeoefenaars die werkzaam zijn op het gebied van perinataliteit, gynaecologie en verloskunde, en vertegenwoordigers van de gebruikers zitting hebben. Op die manier kan het fenomeen van gynaecologisch en obstetrisch geweld worden opgespoord, gekwantificeerd en geanalyseerd, en kan een beter inzicht worden verkregen in de behoeften van vrouwen op het gebied van respectvolle bevallingen.

III. TRANSPARANTIE VERHOGEN

9. Informatie en cijfers over praktijken, bijvoorbeeld episiotomieën, sectio's, inducties, enz. per bevallingslocatie toegankelijk maken om:

a) een kwaliteitscontrole uit te voeren (op basis van de meest hoogstaande normen voor een zorgzame patiëntenzorg);

b) goede praktijken te identificeren zodat obstetrische zorgzaamheid wordt aangemoedigd;

c) vragen te stellen in geval van alarmerende cijfers;

d) vrouwen in staat te stellen een geïnformeerde keuze te maken.

IV. INFORMATION ET SENSIBILISATION

A. Droits du patient et consentement éclairé

10. (In)former davantage, tout au long de leur carrière, les soignants au sujet du cadre juridique et de son évolution, plus spécifiquement en ce qui concerne les aspects relatifs à la loi du 22 août 2002 (droits du patient), notamment dans le contexte très spécifique et parfois urgent de l'obstétrique.

11. Informer régulièrement et largement tous les publics de l'existence de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient, des droits qu'elle confère (26) et des voies de recours si les droits ne sont pas respectés, en particulier au cours des soins gynécologiques et obstétricaux tant auprès des (futurs) soignants, que par le biais de larges campagnes d'information.

12. Donner aux filles et aux femmes toutes les informations dont elles ont besoin pour prendre en main leur santé sexuelle, en ce compris leurs droits en tant que patientes, grâce à la prise en compte explicite de celle-ci dans des programmes d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle.

13. Mieux préparer les femmes en les informant en toute transparence sur leur liberté de choisir un prestataire de soins, un lieu d'accouchement, les gestes médicaux souhaités, les moyens pour contenir la douleur, etc.

14. Renforcer spécifiquement la mission des services de médiation intra-hospitaliers par rapport aux soins gynécologiques et obstétricaux en ce qui concerne l'information et la sensibilisation des patientes à leurs droits, au respect de ceux-ci, ainsi qu'aux voies de recours possibles.

15. Veiller au respect de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient, en particulier en ce qui concerne le consentement libre et éclairé fondé sur toutes les informations disponibles.

16. Insister en particulier sur la notion de consentement éclairé fondé sur toutes les informations disponibles en rappelant que:

(26) Au regard de la loi de 2002, les violences ou maltraitances gynécologiques et obstétricales touchent à plusieurs droits du patient: bénéficier d'une prestation de soins de qualité, être informé sur son état de santé, consentir librement à la prestation de soins, avec information préalable (cf. contribution écrite ASBL Amis).

IV. VOORLICHTING EN BEWUSTMAKING

A. Rechten van de patiënt en geïnformeerde toestemming

10. Gezondheidswerkers gedurende hun hele loopbaan beter opleiden en voorlichten over het rechtskader en de evolutie ervan, meer bepaald over de aspecten van de wet van 22 augustus 2002 (patiëntenrechten), in het bijzonder in de zeer specifieke en soms dringende context van de verloskunde.

11. Alle doelgroepen regelmatig en op grote schaal informeren over het bestaan van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, over de rechten die daarin worden toegekend (26) en over de beroepsmogelijkheden indien de rechten niet worden nageleefd, in het bijzonder tijdens de gynaecologische en obstetrische zorg, zowel bij (toekomstige) zorgverleners als door middel van brede voorlichtingscampagnes.

12. Vrouwen en meisjes alle informatie verstrekken die ze nodig hebben om hun seksuele gezondheid in eigen handen te nemen, met inbegrip van hun rechten als patiënte, door dit aspect expliciet op te nemen in voorlichtingsprogramma's over relaties, emoties en seksualiteit.

13. Vrouwen beter voorbereiden door hen op een transparante manier te informeren over hun vrijheid om zelf een zorgverlener, plaats van bevalling, gewenste medische handelingen, middelen voor pijnbestrijding, enz., te kiezen.

14. Specifiek de opdracht van de ombudsdiensten binnen ziekenhuizen versterken wat betreft de gynaecologische en obstetrische zorg, inzake de voorlichting en bewustmaking van de patiëntes over hun rechten, de eerbiediging van die rechten en de beroepsmogelijkheden.

15. Ervoor zorgen dat de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt wordt nageleefd, in het bijzonder wat de vrije en geïnformeerde toestemming op basis van alle beschikbare informatie betreft.

16. In het bijzonder de nadruk leggen op het begrip geïnformeerde toestemming op basis van alle beschikbare gegevens:

(26) Volgens de wet van 2002 heeft gynaecologisch en obstetrisch geweld of misbruik betrekking op verschillende rechten van de patiënt: recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, recht op informatie over de gezondheidstoestand, recht op vrije instemming met de zorgverlening, met voorafgaande informatie (zie schriftelijke bijdrage vzw Amis).

a) un consentement préalablement donné peut être retiré à tout moment;

b) une formalisation raisonnable et préventive du consentement éclairé pour des soins qui ont du sens et où les patientes sont les partenaires et les alliées des prestataires de soins est recommandée. Le projet de naissance, par exemple, est un bon outil d'élaboration et d'anticipation pour les parents qui sert à l'alliance thérapeutique.

17. Définir plus précisément les concepts de «consentement éclairé» et de «désaccord éclairé» et analyser leur portée précise, étant donné qu'ils sont des concepts juridiques et éthiques complexes.

B. Formation et sensibilisation

18. Sensibiliser les prestataires de soins de santé au fait que certaines pratiques ou certains protocoles désuets, inadéquats ou sexistes sont encore utilisés (parfois par habitude) et aux manières d'y mettre fin.

19. Intégrer la notion des violences gynécologiques et obstétricales ainsi que leur impact, tant dans le cursus de base que dans la formation continue.

20. Dénoncer la violence et les stéréotypes dans les soins gynécologiques et obstétricaux en tenant compte du fait que ces violences peuvent être parfois le reflet d'une culture patriarcale encore trop présente dans la société, notamment dans le domaine médical.

21. Lutter contre les discriminations dans le domaine des soins de santé et accorder davantage d'attention au déploiement de bons réseaux de prise en charge des femmes enceintes et des familles confrontées à des défis socioéconomiques et à des problématiques de santé psychique.

22. Prendre des mesures afin de permettre à toutes les patientes sans distinction de pouvoir compter sur le personnel soignant, quels que soient leur situation personnelle, leur profil, leur milieu de vie ou leurs capacités.

a) op het feit dat een eerder gegeven toestemming te allen tijde kan worden ingetrokken;

b) een redelijke en preventieve formalisering van de geïnformeerde instemming voor zorg ontwikkelen die zinvol is en waarin de patiëntes partners en bondgenoten zijn van de zorgverstrekkers is aanbevolen. Het geboorteproject is bijvoorbeeld een goed instrument voor uitwerking en anticipatie voor de ouders, dat gunstig is voor de therapeutische relatie.

17. Omdat «*informed consent*» en «*informed dissent*» complexe juridische en ethische concepten zijn: deze begrippen preciezer definiëren en hun precieze draagwijdte analyseren.

B. Opleiding en bewustmaking

18. Zorgverleners bewust maken van het feit dat sommige verouderde, ongepaste of seksistische praktijken of protocollen (soms uit gewoonte) nog steeds worden gebruikt en hoe daaraan een einde kan worden gemaakt.

19. Het begrip gynaecologisch en obstetrisch geweld en de impact ervan integreren in zowel de basisopleiding als de voortgezette opleiding.

20. Geweld en stereotypen in de gynaecologische en obstetrische zorg aan de kaak stellen, rekening houdend met het feit dat dit geweld soms een afspiegeling kan zijn van een patriarchale cultuur die nog te sterk aanwezig is in de samenleving, met name op medisch gebied.

21. Discriminatie in de gezondheidszorg bestrijden en meer aandacht besteden aan goede opvang-netwerken voor zwangere vrouwen en gezinnen die kampen met sociaal-economische uitdagingen en problematieken met betrekking tot psychische gezondheid.

22. Maatregelen treffen opdat alle patiëntes zonder onderscheid kunnen rekenen op het zorgpersoneel, ongeacht hun persoonlijke situatie, persoon, leefwereld of vermogen.

V. ÉVOLUTION DU CADRE NORMATIF

- 23.** Étudier la possibilité d'assortir la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient de sanctions proportionnelles et adaptées aux situations incriminées, afin d'obtenir des voies de recours effectives (27).
- 24.** Analyser l'opportunité et la faisabilité d'inscrire les violences gynécologiques et obstétricales dans le Code pénal, moyennant une définition officielle de celles-ci.
- 25.** Prendre des mesures pour éviter les épisiotomies pratiquées sans raison médicale et/ou sans consentement.
- 26.** Réfléchir à la manière dont la pratique des épisiotomies en Belgique peut être alignée sur les recommandations du KCE et de l'OMS pour éviter qu'elle ne soit effectuée lorsqu'il n'y a pas de raison médicale de le faire.
- 27.** Les déchirures survenant lors d'un accouchement vaginal doivent être enregistrées, suivant une classification en plusieurs catégories/degrés.
- 28.** Compléter le résumé hospitalier minimum (28) en y ajoutant des *items* d'enregistrement (dont par exemple les déchirures avec ou sans épisiotomie et leur degré, l'utilisation d'ocytocine pour optimiser et/ou déclencher l'accouchement, etc.).
- 29.** Mener une réflexion pour déterminer si la violation du droit au consentement éclairé devrait donner lieu à une indemnisation d'un préjudice moral autonome.
- 30.** Être au maximum à l'écoute des patientes lors de l'élaboration et la rédaction des protocoles hospitaliers.
- 31.** Systématiser les enquêtes de satisfaction des patientes dans tous les lieux de naissance et rendre obligatoire le retour de celles-ci aux équipes de soignants.

(27) Adaptation à la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé: par le biais de la loi du 30 juillet 2022, une mission supplémentaire a été attribuée à la Commission de contrôle, à savoir, au 4^o, contrôler le respect, par les professionnels de soins de santé, des droits du patient tels que visés au chapitre 3 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient à compter d'une date fixée par le Roi dans un arrêté délibéré en Conseil des ministres. De par cette disposition, la Commission de contrôle peut infliger des sanctions une fois que cette loi est entrée en vigueur.

(28) Le résumé hospitalier minimum (RHM) est obligatoire depuis 2007 (arrêté royal du 27 avril 2007 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données hospitalières doivent être communiquées au ministre qui a la Santé publique dans ses attributions).

V. EVOLUTIE VAN HET NORMATIEVE KADER

- 23.** Nagaan of er aan de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt sancties kunnen worden verbonden die proportioneel en aangepast zijn aan de incriminerende situaties, teneinde doeltreffende rechtsmiddelen te bekomen (27).
- 24.** Analyseren of het wenselijk en haalbaar is gynaecologisch en obstetrisch geweld in het Strafwetboek op te nemen, met een officiële definitie hiervan.
- 25.** Maatregelen nemen om episiotomieën zonder medische redenen en/of zonder toestemming te vermijden.
- 26.** Nadenken hoe we de praktijk van episiotomieën in België in lijn kunnen brengen met de aanbevelingen van het KCE en de WHO om zo te voorkomen dat deze ingreep wordt uitgevoerd in situaties waar er geen medische reden hiertoe is.
- 27.** Rupturen bij de vaginale bevalling moeten worden geregistreerd. Daarbij worden ze onderverdeeld in verschillende categorieën/graden.
- 28.** De minimale ziekenhuisgegevens (28) aanvullen met opnamegegevens (zoals bijvoorbeeld scheuringen met of zonder episiotomie en hun graad, het gebruik van oxytocine om de bevalling te optimaliseren en/of in te leiden, enz.).
- 29.** Overwegen of de schending van het recht op geïnformeerde toestemming aanleiding moet geven tot het uitkeren van een autonome morele schadevergoeding.
- 30.** Heel aandachtig luisteren naar patiëntes bij het uitwerken en schrijven van ziekenhuisprotocollen.
- 31.** Systematisch tevredenheidsenquêtes afnemen bij patiëntes in alle geboortecentra en de teams van zorgverleners verplicht de *feedback* van die enquêtes bezorgen.

(27) Aanpassing aan de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg: door middel van de wet van 30 juli 2022 werd een bijkomende opdracht toegekend aan de toezichtscommissie, met name ten 4^o de naleving door de gezondheidsbeoefenaar van de rechten van de patiënt zoals bedoeld in hoofdstuk 3 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, vanaf een door de Koning bij een in Ministerraad overlegd besluit te bepalen datum. Door deze bepaling kan de toezichtscommissie sancties opleggen eens deze wet in werking is getreden.

(28) De registratie van de minimale ziekenhuisgegevens is verplicht sinds 2007 (koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde ziekenhuisgegevens moeten worden medegedeeld aan de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft).

32. Généraliser, dans toutes les maternités belges, la rédaction et l'application d'une charte de soins qui fasse consensus au sein des acteurs des soins de santé mentale et des soins périnataux.

33. Réviser l'arrêté royal de 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, et notamment actualiser les normes fonctionnelles pour:

a) qu'elles tiennent compte des différents scénarios de l'accouchement, du plus physiologique au plus médicalisé;

b) qu'un accès direct et aisé au bloc opératoire depuis la maternité soit garanti.

34. Inviter le Conseil de l'Europe et le GREVIO à intégrer les violences obstétricales et gynécologiques dans la Convention d'Istanbul.

VI. AMÉLIORATION DES VOIES DE RECOURS ET DE DÉPÔT DE PLAINTES

35. Faciliter de toutes les manières possibles le dépôt de plaintes ou de témoignages, y compris par les soignants témoins de violences, en ce compris les stagiaires (soignants témoins).

36. Améliorer les services de médiation «droits du patient»:

a) faire connaître davantage au grand public la possibilité d'y recourir afin de permettre une libération de la parole des patientes en toute confiance;

b) les renforcer pour une prise en charge et une éventuelle réparation de préjudices vécus plus rapides;

c) définir la base légale ainsi que des critères précis permettant aux médiateurs intra-hospitaliers et au service de médiation fédéral d'attribuer le statut de violence gynécologique et obstétricale à un dossier;

d) rendre la certification en médiation hospitalière via un parcours de formation indépendant des institutions de soins dans lesquelles les médiateurs exercent, ainsi que le suivi de formations continues, obligatoires, prenant en compte la loi relative aux droits du patient, l'interculturalité et la prise en charge de victimes de violences sexuelles, de personnes en situation de handicap, les publics LGBTQIA+, etc.;

32. In alle Belgische kraamklinieken een zorghandvest opstellen en toepassen waarover de actoren van de geestelijke gezondheidszorg en de perinatale zorg het eens zijn.

33. Het koninklijk besluit van 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd herzien, en meer bepaald de functionele normen actualiseren om:

a) rekening te houden met de verschillende scenario's van een bevalling, van de meest fysiologische tot de meest medische;

b) een directe en gemakkelijke toegang te waarborgen tot de operatiezaal vanaf de kraamafdeling.

34. De Raad van Europa en GREVIO vragen om obstetrisch en gynaecologisch geweld op te nemen in het Verdrag van Istanbul.

VI. VERBETERING VAN DE RECHTSMIDDELEN EN KLACHTNEERLEGGING

35. Op alle mogelijke manieren het indienen van klachten of het afleggen van getuigenissen vergemakkelijken, ook door zorgverleners die getuige zijn van geweld, met inbegrip van stagiairs (zorgverleners als getuige).

36. De ombudsdiensten «rechten van de patiënt» verbeteren:

a) het grote publiek meer vertrouwd maken met de mogelijkheid om een beroep op die diensten te doen, zodat patiënten zich in alle vertrouwen vrij kunnen uitspreken;

b) de diensten versterken voor een snellere behandeling en eventuele vergoeding van de geleden schade;

c) de wettelijke grondslag en de precieze criteria vaststellen op grond waarvan de bemiddelaars in het ziekenhuis en de federale ombudsdienst een zaak kunnen kwalificeren als gynaecologisch en obstetrisch geweld;

d) het certificaat voor ziekenhuisbemiddeling verstrekken via een opleiding die onafhankelijk is van de zorginstellingen waar de bemiddelingsdiensten werken, en via verplichte bij- of nascholing waarbij rekening wordt gehouden met de wet betreffende de rechten van de patiënt, de interculturaliteit en de behandeling van slachtoffers van seksueel geweld, van personen met een handicap, LGBTQIA+-groepen, enz.;

e) garantir davantage l'indépendance des médiateurs vis-à-vis des institutions de soins dans lesquelles ils officient.

37. Recommander aux organisations professionnelles d'évaluer le cadre dans lequel elles infligent des sanctions aux responsables de violences obstétricales et gynécologiques et, au besoin, renforcer ces sanctions en cas de faits graves ou de récidive.

VII. ORGANISATION ET FINANCEMENT

38. Évaluer le financement à la prestation et créer un cadre financier qui soit approprié tant pour les gynécologues que pour les sages-femmes, en prévoyant une révision du financement du suivi prénatal (pour toutes les grossesses, quel que soit leur risque), ainsi que le KCE l'indique dans le rapport de 2023 intitulé «*Le référencement lors du suivi des grossesses à bas risque*».

39. Prendre des mesures pour garantir aux soignants un rythme de travail respectueux et tenable, qui leur permette d'accompagner sereinement chaque patiente.

40. Investir plus de moyens financiers dans les maternités pour qu'elles disposent d'une équipe dédiée à la santé mentale, notamment des psychiatres et des psychologues ayant une expertise spécifique dans le domaine des soins de la santé sexuelle et reproductive.

41. Accroître les moyens financiers et humains des centres de santé et des lieux en lien avec la santé gynécologique des femmes.

42. Revoir les normes de personnel dans les maternités et les salles d'accouchement, notamment en augmentant le nombre de sages-femmes auquel un hôpital a droit, et porter le nombre autorisé de sages-femmes dans les hôpitaux à un niveau qui permette de garantir une présence accrue de celles-ci dans la salle d'accouchement ainsi qu'un accompagnement individualisé de la patiente par un seul et même dispensateur de soins de confiance.

43. Renforcer les liens entre le monde hospitalier et le monde ambulatoire et, à cet effet, augmenter significativement l'offre ambulatoire par un refinancement de ces services.

VIII. PRATIQUES DE SOINS

Certaines des recommandations qui suivent se veulent, dans l'absolu, une liste de bonnes pratiques à mettre en œuvre au regard des possibilités mais aussi des services

e) de onafhankelijkheid van de bemiddelaars ten opzichte van de zorginstellingen waar zij werken, beter waarborgen.

37. Beroepsorganisaties adviseren om het kader te evalueren waarbinnen ze sancties uitvaardigen tegen daders van obstetrisch en gynaecologisch geweld, en indien nodig, deze sancties aanscherpen in geval van zware feiten of recidive.

VII. ORGANISATIE EN FINANCIERING

38. De financiering per prestatie evalueren en een financieel kader creëren dat zowel voor gynaecologen als voor vroedvrouwen geschikt is, door te voorzien in een herziening van de financiering van de prenatale opvolging (voor alle zwangerschappen, ongeacht het risico), zoals vermeld door het KCE in het rapport van 2023 «*Doorverwijzing bij het opvolgen van zwangerschappen met laag risico*».

39. Maatregelen nemen die een respectvol en duurzaam werktempo voor zorgverleners waarborgen, zodat zij elke patiënte sereen kunnen begeleiden.

40. Meer financiële middelen investeren in kraamafdelingen, zodat deze over een speciaal team voor geestelijke gezondheid beschikken, meer bepaald psychiaters en psychologen met specifieke expertise in seksuele en reproductieve gezondheid.

41. Meer financiële en personeelsmiddelen vrijmaken voor de gezondheidscentra en plaatsen die verband houden met de gynaecologische gezondheid van vrouwen.

42. De personeelsnormen in kraamafdelingen en verloskamers herzien en onder meer het aantal vroedvrouwen waarop een ziekenhuis recht heeft, verhogen en het aantal toegelaten vroedvrouwen in de ziekenhuizen opschalen met als streefdoel meer vroedvrouwen in de verloskamer en meer persoonlijke begeleiding door een vaste en vertrouwde zorgverlener tot op het niveau van een één-op-één begeleiding.

43. De banden tussen de ziekenhuissector en de ambulante sector versterken en daartoe het aanbod ambulante diensten aanzienlijk vergroten via een herfinanciering van deze diensten.

VIII. ZORGPRAKTIJKEN

Sommige van de volgende aanbevelingen zijn bedoeld als een lijst van goede praktijken die moeten worden toegepast op basis van de mogelijkheden maar ook van

déjà proposés par les institutions et professionnels concernés:

A. Faire évoluer les pratiques de soins

44. Assurer un respect du consentement éclairé et, en ce sens, interdire les interventions non désirées ou non nécessaires médicalement.

45. Inciter les fédérations et associations de professionnels de la santé à prendre des mesures afin d'éviter des interventions médicales inutiles et veiller au respect des principes de la «médecine fondée sur les preuves» (EBM – *evidence based medicine*).

46. Examiner si la pratique de l'expression abdominale peut être explicitement interdite pour l'accouchement par voie basse.

47. Diffuser les bonnes pratiques gynécologiques et obstétricales consensuelles conformes aux dernières avancées et ne nécessitant pas en outre d'importants moyens (financiers ou en termes de formation).

48. Développer une approche transversale pour le suivi de la grossesse et les soins gynécologiques auprès des publics vulnérables, incluant un soutien médical, psychologique, juridique ainsi qu'un soutien de la société civile.

B. Consultations

49. Allonger la durée des consultations gynécologiques et périnatales afin d'assurer une meilleure qualité de soins et de communication et une relation de confiance avec les femmes et leurs proches. *A minima*, les durées prévues par les codes INAMI doivent être respectées par les sages-femmes et mises en place pour les médecins.

50. Systématiser une consultation, non médicale et d'une durée adaptée aux besoins des futurs parents, dans le lieu d'accouchement souhaité par la patiente pour évoquer ses souhaits en ce qui concerne la naissance, anticiper des besoins de traduction, s'inquiéter de la personne qui pourra l'accompagner et l'informer du déroulement de l'accouchement.

51. Dans le cadre de l'accouchement, systématiser le dépôt et la discussion du projet de naissance entre parents et praticiens, quels qu'ils soient. Ce projet de naissance complètera le dossier médical et pourra être compulsé par tous les soignants pour coordonner les

de services reeds door de betrokken instellingen en beroepsbeoefenaren worden aangeboden:

A. Zorgpraktijken ontwikkelen

44. Ervoor zorgen dat de geïnformeerde toestemming wordt gewaarborgd en in dat verband ongewenste of medisch onnodige ingrepen verbieden.

45. Federaties en verenigingen van zorgverleners aanmoedigen om maatregelen te nemen teneinde onnodige medische ingrepen te voorkomen en ervoor te zorgen dat de beginselen van *evidence-based medicine* worden nageleefd.

46. Nagaan of de praktijk van de fundusexpressie expliciet verboden kan worden voor vaginale bevallingen.

47. De laatste stand van zaken en consensus inzake goede gynaecologische en obstetrische praktijken verspreiden, die bovendien geen grote middelen (financiële of op het gebied van opleiding) vergen.

48. Een transversale aanpak ontwikkelen voor de zwangerschapsmonitoring en gynaecologische zorg bij kwetsbare doelgroepen met inbegrip van medische, psychologische, juridische ondersteuning en ondersteuning door het middenveld.

B. Raadplegingen

49. De duur van gynaecologische en perinatale raadplegingen verlengen om een betere kwaliteit van zorg en communicatie te bieden en om een vertrouwensband met de patiëntes en hun familieleden te waarborgen. De door de RIZIV-codes vastgestelde duur is een minimum dat moet worden nageleefd door de vroedvrouwen en ingevoerd voor de artsen.

50. Systematisch een niet-medische raadpleging houden die lang genoeg is om aan de behoeften van de toekomstige ouders te voldoen, op de plaats waar de patiënte wil bevallen, om haar wensen met betrekking tot de bevalling te bespreken, te anticiperen op de nood aan vertaling, te vragen naar de persoon die haar zal kunnen begeleiden en haar te informeren over het verloop van de bevalling.

51. In het kader van de bevalling, systematisch zorgen voor een bespreking van het geboortepan tussen ouders en zorgverleners, wie dat ook mogen zijn. Dit geboortepan vult het medisch dossier aan en kan door alle zorgverleners worden geraadpleegd om de verwachtingen

attentes et identifier les éventuelles incompréhensions ou les lacunes en termes de connaissances.

52. Encourager les professionnels de la santé à organiser systématiquement un entretien post accouchement ou post FIV, pour débriefer et apporter des réponses aux questions que les patientes se posent; prévoir au besoin une consultation psychologique, notamment pour éviter une dépression post-partum.

C. Adapter les soins

53. Veiller à ce que les soins soient correctement dispensés, tant en période normale qu'en situation d'urgence, qu'il s'agisse des soins proprement dits ou de l'accompagnement (par exemple lorsqu'il est nécessaire d'impliquer des partenaires dans l'accouchement, comme des interprètes, et de répondre à d'autres besoins personnels, de manière à ce que les patientes puissent bénéficier pleinement de leurs droits).

54. Repenser l'infrastructure, les routines, l'application des procédures, l'utilisation de l'appareillage et l'organisation des maternités, où cela est nécessaire, et les axer sur un processus physiologique basé sur des soins individualisés.

55. Accorder dans les structures de soins gynécologiques la priorité aux choix personnels de la patiente dans le cadre des limites fixées de manière consensuelle avec son équipe soignante.

56. Privilégier tout au long du parcours la continuité des soins gynécologiques et obstétricaux pour une approche intégrée qui comprend la coopération entre les gynécologues et d'autres prestataires de soins de santé tels que les sages-femmes, les kinésithérapeutes, les assistants sociaux, les psychologues ou les médecins généralistes, pour que ceux-ci apprennent à s'ajuster aux besoins fondamentaux des patientes tout en veillant à la sécurité médicale.

57. Investir dans les soins et le personnel soignant afin de pouvoir offrir en tout temps des soins individualisés, de réduire la charge de travail et de tendre vers une réduction d'échelle, conformément aux études internationales qui montrent que les petites structures favorisent souvent un processus individualisé. Pour des soins spécialisés, il convient que les centres médicaux universitaires conservent un rôle prépondérant.

58. Conformément aux recommandations de l'OMS, ménager une marge pour des soins individualisés.

op elkaar af te stemmen en eventuele misverstanden of lacunes in kennis vast te stellen.

52. Zorgverleners aanmoedigen om systematisch een gesprek na de bevalling of na IVF te organiseren; om te debriefen en antwoorden te geven op de vragen van de patiëntes; zo nodig een psychologische raadpleging vast te leggen, onder meer ter voorkoming van een postnatale depressie.

C. Zorgverlening aanpassen

53. Erop toezien dat de zorg zowel in normale tijden als bij noodsituaties correct wordt verleend, zowel wat de zorg zelf betreft als de begeleiding (bijvoorbeeld voldoen aan de nood aan bevallingspartners, tolken, en andere persoonlijke noodzaken, zodat de patiëntes ten volle hun rechten kunnen genieten).

54. De infrastructuur, routines, inzet van procedures en apparatuur en de organisatie in de kraamklinieken waar nodig herzien en richten op een fysiologisch proces op basis van individuele zorg.

55. In de gynaecologische zorginstellingen, voorrang geven aan de persoonlijke keuzes van de patiënte, binnen de grenzen die met haar zorgteam zijn overeengekomen.

56. Gedurende het volledige zorgtraject voorrang geven aan de continuïteit van gynaecologische en obstetrische zorgverlening voor een geïntegreerde aanpak die samenwerking omvat tussen gynaecologen en andere zorgverleners zoals vroedvrouwen, kinesisten, maatschappelijk werkers, psychologen of huisartsen om hen te leren inspelen op de basisbehoeften van patiëntes, waarbij de medische veiligheid wordt gewaarborgd.

57. Investeren in zorg en zorgverleners om voortdurende één-op-één zorg te kunnen bieden, de werkdruk te verlagen en te streven naar schaalverkleining, in lijn met internationaal onderzoek waaruit blijkt dat kleinschaligheid een geïndividualiseerd proces vaak ten goede komt. Voor gespecialiseerde zorgverlening dienen de universitaire medische centra de hoofdrol te blijven spelen.

58. Overeenkomstig de aanbevelingen van de WGO ruimte geven aan een geïndividualiseerde zorg.

59. Tendre vers le concept d'un accompagnement individualisé (un pour un), assuré par un seul et même prestataire de soins qui ferait office de personne de référence tout au long du processus, depuis la grossesse jusqu'aux soins postnatals en passant par l'accouchement, de manière à établir une relation de confiance.

60. S'efforcer d'appliquer le principe de base de l'individualisation des soins de maternité, à savoir «une femme = une sage-femme».

D. La bienveillance dans les soins de périnatalité

61. Respecter davantage encore à la maternité le repos de la mère et du nourrisson, leur rythme, leur besoin de proximité, d'intimité, etc.

62. Prévoir un accompagnement à la parentalité systématique et adapté au cours de la première année de vie d'un enfant.

63. Améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés pour les aider à s'approprier et à nouer des liens forts.

64. Promouvoir la bienveillance et la bientraitance en enseignant aux étudiants des filières de soins de santé les comportements, les gestes et le langage qui les caractérisent.

65. Améliorer la formation des professionnels de la santé en ce qui concerne la gestion de l'annonce et la non-stigmatisation des couples en cas d'interruption de grossesse tardive suite à un diagnostic prénatal défavorable, par exemple.

66. Améliorer la prise en charge médicale et psychologique des troubles gynécologiques et sexologiques, de l'infertilité ou de la stérilité.

67. Prévenir l'expérience d'un post-partum difficile:

a) s'assurer de connaître les antécédents – psychologiques et traumatiques – des futures mamans pour un accompagnement adapté;

b) sensibiliser davantage les professionnels de la santé aux risques de trauma ou de syndrome post-traumatique;

c) favoriser la sécurité émotionnelle des patientes en assurant une grande disponibilité et une capacité d'anticipation chez les professionnels de la santé;

59. Streven naar het concept van één-op-één begeleiding door eenzelfde zorgverstreker, die als referentiepersoon zal fungeren, doorheen het continuüm van zwangerschap – bevalling – kraambed om een vertrouwensrelatie op te bouwen.

60. Het principe nastreven dat aan de basis ligt van individualisering van de kraamzorg, namelijk dat van «één vrouw = één vroedvrouw».

D. Zorgzaamheid in de perinatale zorg

61. In de kraamkliniek nog meer aandacht besteden aan de rust van de moeder en de pasgeborene, hun ritme, hun behoefte aan nabijheid, intimiteit, enz.

62. Tijdens het eerste levensjaar van een kind voorzien in een systematische en aangepaste ouderschapsbegeleiding.

63. De begeleiding van vrouwen en pasgeborenen verbeteren om hen te helpen met elkaar vertrouwd te raken en een nauwe band te smeden.

64. Zorgzaamheid en respectvolle behandeling bevorderen door studenten in de zorgopleidingen de daarvoor kenmerkende houding, gebaren en woorden aan te leren.

65. De opleiding van beroepsbeoefenaars verbeteren wat betreft de manier van aankondigen en het niet stigmatiseren van koppels bij een laattijdige zwangerschapsafbreking, bijvoorbeeld na een ongunstige prenatale diagnose.

66. De medische en psychologische behandeling van gynaecologische en seksuologische aandoeningen, onvruchtbaarheid of steriliteit verbeteren.

67. Een moeilijke post-partumperiode voorkomen:

a) ervoor zorgen dat men de psychologische en traumatische voorgeschiedenis van de toekomstige moeders kent zodat men de begeleiding daarop kan afstemmen;

b) de beroepsbeoefenaars beter bewust maken van de risico's op een trauma en / of posttraumatisch syndroom;

c) het emotionele veiligheidsgevoel van patiëntes bevorderen dankzij een grote beschikbaarheid en anticipatievermogen van de beroepsbeoefenaars;

d) renforcer les équipes de psycho-périnatalité dans les maternités et autres lieux de naissance pour mieux dépister, diagnostiquer et soigner les dépressions postnatales;

e) prêter une attention plus particulière aux personnes qui connaissent des difficultés sociales en combinant un dépistage de syndrome de stress post-traumatique avec une recherche proactive au sein des publics fragilisés;

f) former les professionnels de la santé, futurs et actuels, aux enjeux de la santé mentale (et tout particulièrement à la détection du syndrome de stress post-traumatique que peuvent vivre les femmes lors de l'accouchement ou lors de soins gynécologiques) tout en renforçant la transversalité entre les disciplines;

g) renforcer le suivi post accouchement des mères et des enfants par exemple avec des services de *kraamzorg* / soins de maternité.

E. Charge mentale des soignants

68. Encourager, au sein des structures médicales et hospitalières, les échanges entre pairs ou entre centres hospitaliers pour alléger la charge mentale des professionnels de la santé via les échanges de bonnes pratiques, d'expériences, des intervisions, etc.

69. Mettre en place une structure d'accompagnement et d'entraide entre soignants au sein des structures hospitalières ou dans les fédérations de gynécologues afin d'accompagner le personnel médical en cas de surcharge de travail et de limiter la charge mentale qui peut découler d'incidents survenus lors d'actes médicaux.

70. Accompagner de manière plus adéquate les soignants témoins de soins inappropriés en leur offrant l'écoute, le soutien et le conseil nécessaires.

F. Renforcer le rôle central des sages-femmes

71. Trouver le moyen de rendre obligatoire, pour toutes les sages-femmes et tous les gynécologues, le recours à une assurance professionnelle financièrement accessible.

72. Créer davantage de maternités ouvertes tout en veillant à ce que les sages-femmes puissent utiliser plus facilement les plateformes des hôpitaux pour accompagner et accoucher leurs patientes enceintes.

73. Accueillir, sur demande et avec bienveillance, des sages-femmes indépendantes pour soutenir la femme

d) de teams voor psycho-perinataliteit in kraamklinieken en andere geboorteplaatsen versterken om postnatale depressies beter op te sporen, te diagnosticeren te behandelen;

e) bijzondere aandacht verlenen aan personen met sociale problemen door het opsporen van posttraumatisch stresssyndroom te combineren met proactief onderzoek in kwetsbare groepen;

f) toekomstige en huidige beroepsbeoefenaars opleiden in de geestelijke gezondheid (in het bijzonder voor het detecteren van het posttraumatisch stresssyndroom dat vrouwen kan treffen tijdens de bevalling of tijdens de gynaecologische zorgverlening), en de transversaliteit tussen de disciplines versterken;

g) de postnatale zorg voor moeders en kinderen versterken, bijvoorbeeld met kraamzorgdiensten.

E. Mentale belasting van zorgverleners

68. Binnen medische en ziekenhuisinrichtingen uitwisselingen tussen *peers* of ziekenhuiscentra aanmoedigen om de mentale belasting van beroepsbeoefenaars te verlichten via uitwisselingen van goede praktijken, ervaringen, intervisie, enz.

69. Binnen ziekenhuizen of federaties van gynaecologen een wederzijdse begeleidings- en bijstandsstructuur opzetten om het medisch personeel te ondersteunen bij overbelasting van het werk, en om een eventuele mentale belasting na een incident tijdens een medische handeling te verlichten.

70. Zorgverleners die getuige zijn geweest van ongepaste zorg beter begeleiden door hen een luisterend oor en de nodige steun en advies te bieden.

F. De centrale rol van vroedvrouwen versterken

71. Een manier trachten te vinden om een betaalbare beroepsverzekering verplicht te maken voor alle vroedvrouwen en gynaecologen.

72. Meer open materniteiten oprichten waarbij de vroedvrouwen de platformen van de ziekenhuizen gemakkelijker kunnen gebruiken voor de begeleiding en bevalling van hun zwangere patiënten.

73. Op verzoek en met welwillendheid onafhankelijke vroedvrouwen ontvangen om de vrouw tijdens de

lors de l'accouchement; encourager la présence en salle de naissance d'un accompagnant choisi par la femme.

74. Créer davantage de possibilités de stages en première et deuxième lignes pour les étudiant(e)s sages-femmes.

75. Développer la maîtrise de la formation de sage-femme en Communauté française.

76. Développer un système élaboré de soins de maternité (29) ou un réseau de sages-femmes de première ligne intervenant à domicile, à destination et à la portée de toutes les patientes et en particulier des plus vulnérables, intégrer ce système ou réseau dans le parcours de soins classique et veiller à les faire connaître du grand public.

77. Envisager de réviser la nomenclature en vue d'élargir les compétences reconnues des sages-femmes et d'harmoniser les barèmes pour des actes similaires prestés par divers prestataires de soins.

IX. LUTTER CONTRE LA DISCRIMINATION ET SOUTENIR LES GROUPES VULNÉRABLES

78. Définir le concept de «vulnérabilité» et l'appréhender dans une approche intersectionnelle. La vulnérabilité peut différer d'une personne à l'autre; elle touche, par exemple, les personnes en grande difficulté financière, isolées socialement, en séjour irrégulier dans notre pays, ne maîtrisant pas les langues nationales, subissant des violences, porteuses de handicap, etc.

79. Augmenter le nombre de médiateurs interculturels dans les hôpitaux; soutenir les organisations d'interprètes sociaux et développer, en collaboration avec la société civile, une politique axée sur une approche intersectionnelle des questions liées aux soins.

80. Anticiper les besoins de traduction des patientes allophones et prévoir entre autres une durée de consultation plus longue afin de garantir la qualité de celle-ci.

81. Simplifier le système de la carte médicale (30) pour le rendre plus clair. Veiller à ce que les interventions urgentes, ainsi que les soins et interventions nécessaires qui sont assortis d'un délai, comme un avortement,

(29) Les soins de maternité englobent l'aide ménagère, les soins corporels et le soutien familial et psychosocial. Les premiers jours après la naissance, une sage-femme apporte à la mère et à l'enfant des soins médicaux spécialisés. Un prestataire de soins de maternité peut également apporter son aide pour les soins au bébé et les tâches ménagères. Voir: <https://www.kindengezin.be/nl/thema/zwangerschap-en-geboorte/voorbereiden-op-de-geboorte/bevalling-en-ondersteuning>.

(30) Voir lexique.

bevalling bij te staan; de aanwezigheid in de geboortekamer van een door de vrouw gekozen begeleider aanmoedigen.

74. Voorzien in meer stagemogelijkheden in de eerste en de tweede lijn voor studenten-vroedvrouwen.

75. Een masteropleiding voor vroedvrouwen in de Franse Gemeenschap ontwikkelen.

76. Een breed systeem ontwikkelen van kraamzorg (29) of van eerstelijns vroedvrouwen die ondersteuning bieden aan huis, bestemd voor, binnen het bereik van, en bekend aan elke patiënte, in het bijzonder de meest kwetsbare mensen, en dit systeem inbedden in het zorgpad en algemeen bekend maken.

77. Overwegen de nomenclatuur te herzien om de erkende vaardigheden van vroedvrouwen uit te breiden en om de tarieven voor soortgelijke handelingen van diverse zorgverleners te harmoniseren.

IX. DISCRIMINATIE BESTRIJDEN EN KWETSBARE GROEPEN ONDERSTEUNEN

78. Het begrip kwetsbaarheid definiëren en intersectioneel benaderen. Deze kwetsbaarheid kan per persoon variëren, het kan bijvoorbeeld gaan om mensen die in grote financiële moeilijkheden verkeren, sociaal geïsoleerd zijn, onregelmatig in het land verblijven, geen van de nationale talen machtig zijn, geweld ondergaan, een handicap hebben, enz.

79. Het aantal interculturele bemiddelaars in ziekenhuizen verhogen; organisaties van sociaal tolken ondersteunen en in samenwerking met het middenveld een beleid ontwikkelen voor een intersectionele benadering van zorgvragen.

80. De vertaalbehoeften van anderstalige patiëntes anticiperen en onder meer een langere duur van de raadpleging voorzien om de kwaliteit te waarborgen.

81. Het systeem van de medische kaart (30) vereenvoudigen, om er meer duidelijkheid in te scheppen. Ervoor zorgen dat dringende ingrepen, nodige zorg en ingrepen waarop een termijn staat zoals abortus, snel

(29) Kraamzorg omvat ondersteuning voor huishoudelijke, lichaamsverzorgende, familiale en psychosociale hulp. De eerste dagen na de geboorte wordt er medisch gespecialiseerde zorg geboden van een vroedvrouw voor moeder en kind. Ook een kraamverzorgende kan helpen bij de verzorging van de baby en bij het huishouden. Zie <https://www.kindengezin.be/nl/thema/zwangerschap-en-geboorte/voorbereiden-op-de-geboorte/bevalling-en-ondersteuning>.

(30) Zie lexicon.

soient disponibles rapidement et facilement, indépendamment du statut socioéconomique et notamment du droit de séjour.

X. FORMATION

A. Une formation englobante et multidisciplinaire

82. Enseigner davantage la physiologie de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance afin d'appréhender la grossesse comme étant un processus physiologique avant d'être éventuellement pathologique et de comprendre ce que l'accouchement signifie pour la parturiente et son entourage.

83. Réformer les programmes d'enseignement (des sages-femmes, gynécologues, obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, médecins généralistes, psychologues, psychiatres, anesthésistes, kinésithérapeutes, infirmières, etc.) pour en augmenter le caractère transdisciplinaire:

a) de la conception à la dispensation;

b) au travers de parties théoriques mais aussi pratiques (jeux de rôles, simulations, etc.) où les étudiants apprennent à agir à partir d'une vision commune et holistique de l'accouchement.

84. Fournir une formation de base et continue aux prestataires de soins de santé dans les domaines psychologique, sociétal et juridique (y compris sur les droits du patient). Cet enseignement devrait concerner notamment l'information, la communication et l'application des droits, le cadre juridique dans lequel ils travaillent, les concepts de consentement et de refus éclairés, etc.

85. Intégrer, dans les formations des futurs soignants, les conclusions des débriefings organisés entre les sages-femmes, obstétriciens, parents, etc., dans le cadre du suivi des consultations et des accouchements.

86. Favoriser une plus grande implication tant des milieux de soignants que des associations représentant les femmes dans la formation, que ce soit via la recherche, via l'échange d'expériences ou via la détermination d'interventions pertinentes, etc.

B. Un enseignement moins hospitalo-centré

87. Offrir aux futurs professionnels de la santé un enseignement théorique mais également pratique qui

en vlot beschikbaar zijn, onafhankelijk van sociaal-economische status, ook wat betreft het verblijfsrecht.

X. OPLEIDING

A. Een omvattende en multidisciplinaire opleiding

82. In de cursussen meer aandacht besteden aan de fysiologie van zwangerschap, bevalling en geboorte om de zwangerschap als fysiologisch proces te begrijpen voordat het eventueel pathologisch wordt en om te begrijpen wat de bevalling betekent voor de vrouw en haar omgeving.

83. De leerprogramma's (van vroedvrouwen, gynaecologen, obstetricki, anesthesisten, kinderartsen, huisartsen, psychologen, psychiaters, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, enz.) hervormen om ze transdisciplinairder te maken:

a) van het ontwerp tot de uitvoering;

b) met theoretische, maar ook praktische onderdelen (rollenspel, simulaties, enz.) waarin de studenten leren handelen vanuit een gemeenschappelijke en holistische kijk op de bevalling.

84. Aan het zorgpersoneel een basis- en voortgezette opleiding verstrekken op psychologisch, maatschappelijk en juridisch vlak (met inbegrip van patiëntenrechten). Deze opleiding moet meer bepaald ingaan op informatie, communicatie en toepassing van de rechten, het juridisch kader waarin zij werken, het begrip geïnfomeerde instemming of weigering, enz.

85. In de opleiding van toekomstige zorgverleners de conclusies toepassen van de debriefingen die in het kader van de *follow-up* van consultaties en bevallingen worden georganiseerd tussen vroedvrouwen, verloskundigen, ouders, enz.

86. Een grotere betrokkenheid van zowel de zorgverleners als de vrouwenverenigingen bij de opleiding aanmoedigen, via onderzoek, uitwisseling van ervaringen, vaststelling van relevante interventies, enz.

B. Een minder ziekenhuisgerichte opleiding

87. Door docenten met brede terreinervaring toekomstige gezondheidswerkers theoretisch maar ook

soit davantage axé sur les soins non médicalisés, dispensé par des enseignants disposant d'une expertise de terrain multiple.

88. Encourager les différents établissements qui organisent en Belgique la formation des professionnels de la santé à être encore davantage au courant de ce qui se fait ailleurs dans le pays et à l'étranger.

89. Créer plus spécifiquement un programme de formation en gynécologie extrahospitalière. Ce programme concernerait la gynécologie non médicale et non obstétricale pratiquée en soins primaires, notamment dans les centres de planning familial ou les centres de santé.

90. Améliorer les stages des futurs professionnels de la santé:

a) diversifier les lieux de stages en évitant que les stages se déroulent uniquement dans des structures hospitalières (par exemple, en polycliniques, en centres de planning familial, en maisons de naissance, en gîtes intra-hospitaliers, etc.);

b) organiser une formation spécifique des maîtres de stage en insistant sur les pratiques bienveillantes en gynécologie obstétrique;

c) mettre en place une procédure type de *reporting* permettant aux étudiants de signaler au maître de stage ainsi qu'à leurs lieux de stages les situations traumatisantes vécues par la parturiente, ses proches ou les stagiaires eux-mêmes.

C. Former en vue de soutenir davantage les publics vulnérables

91. Veiller à promouvoir davantage une attitude respectueuse (langage adéquat, respect, empathie, etc.) et des actions appropriées à l'égard des femmes isolées, des femmes porteuses d'un handicap, des immigrants, des personnes en situation de précarité, des enfants, des adolescents, des personnes LGBTQIA+ et d'autres publics plus vulnérables, par le biais d'une formation spécifique destinée à tous les étudiants dans le domaine des soins de santé, et pas seulement aux stagiaires en obstétrique et gynécologie.

92. Former, dans le but de dispenser des soins adéquats, les (futurs) professionnels de la santé aux matières relatives aux droits des étrangers ainsi qu'aux différents types de séjours possibles (réfugiés, demandeurs d'asile, regroupement familial, visa humanitaire, situation irrégulière, etc.), par exemple via des immersions dans des

praktisch onderwijs aanbieden dat meer gericht is naar niet gemedicaliseerde zorg.

88. De verschillende instellingen die de opleiding van gezondheidswerkers in België organiseren, aanmoedigen om nog meer op de hoogte te blijven van wat er elders in het land en in het buitenland wordt gedaan.

89. Een specifiek opleidingsprogramma voor extramurale gynaecologie in het leven roepen. Dit programma zou betrekking hebben op niet-medische en niet-obstetrische gynaecologie die wordt beoefend in de eerste lijnszorg in bijvoorbeeld centra voor gezinsplanning of gezondheidscentra.

90. De stages van de toekomstige beroepsbeoefenaars verbeteren:

a) de stageplaatsen diversifiëren om te voorkomen dat zij zich alleen in ziekenhuizen bevinden (bijvoorbeeld ook in polyklinieken, centra voor gezinsplanning, geboortehuizen, enz.);

b) een specifieke opleiding voor stagebegeleiders organiseren waarin de nadruk gelegd wordt op zorgzame praktijken in de gynaecologie-obstetrica;

c) een standaardprocedure instellen voor de rapportering, waarmee studenten aan de stagebegeleider en in hun stageplaatsen melding kunnen maken van traumatische ervaringen van de vrouw, haar naasten of de stagiair zelf.

C. Opleiden om kwetsbare groepen beter te ondersteunen

91. Ervoor zorgen dat er meer nadruk wordt gelegd op een respectvolle houding (passend taalgebruik, respect, empathie, enz.) en passende acties ten aanzien van alleenstaande vrouwen, vrouwen met een handicap, immigranten, mensen in precare situaties, kinderen, adolescenten, LGBTQIA+-personen en andere kwetsbaardere groepen, door een specifieke opleiding voor alle studenten in de gezondheidszorg en niet alleen voor stagiairs in de obstetrica of gynaecologie.

92. (Toekomstige) beroepsbeoefenaars opleiden op het gebied van de rechten van vreemdelingen en van de verschillende verblijfsstatuten, met het oog op het verlenen van adequate zorg (vluchtelingen, asielzoekers, gezinshereniging, humanitaire visa, onregelmatige situaties, enz.), bijvoorbeeld via onderdompeling in

structures d'accueil, afin notamment de leur permettre de mieux connaître les droits des femmes mais aussi leurs conditions de vie et d'accès aux soins. Cela dans le but de pouvoir les conseiller au mieux et les réorienter vers les associations de soutien idoines.

93. Former les (futurs) professionnels de la santé à la communication interculturelle afin de leur apprendre que leur cadre de référence n'est pas forcément universel et de leur permettre d'accueillir la parole de la patiente sans entrer involontairement dans les stéréotypes et discriminations.

*
* *

opvangcentra, zodat zij de rechten van vrouwen beter leren kennen, maar ook hun levensomstandigheden en hun toegang tot zorgverlening. Het doel is de patiëntes zo goed mogelijk te kunnen adviseren en doorverwijzen naar de juiste hulporganisaties.

93. (Toekomstige) beroepsbeoefenaars opleiden in interculturele communicatie om hen erop attent te maken dat hun referentiekader niet noodzakelijk universeel is en om hen in staat te stellen naar patiëntes te luisteren zonder ongewild in stereotypen en discriminatie te vervallen.

*
* *

LEXIQUE

ABeFUM: Association belge francophone d'ultrasonomie médicale.

Carte médicale: Le système de la carte médicale implique une intervention financière du centre public d'action sociale (CPAS) dans les frais médicaux d'une personne résidant en Belgique sans statut de séjour légal.

CEpiP: Centre d'épidémiologie périnatale.

CRGOLFB: Collège royal des gynécologues-obstétriciens de langue française de Belgique.

Point du mari: Suture effectuée à la suite, par exemple, d'une épisiotomie en rendant l'entrée du vagin plus étroite pour, soi-disant, augmenter le plaisir masculin.

Épisiotomie: Incision chirurgicale pratiquée par l'obstétricien ou la sage-femme dans le périnée à l'aide d'un scalpel. Cet acte a pour but premier de faciliter la naissance du bébé, et l'incision est ensuite réparée par des points de suture.

Evidence based medicine: L'utilisation prudente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles pour prendre des décisions pour des patients individuels. La pratique de la médecine fondée sur les preuves implique l'intégration de l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves externes disponibles à partir de revues systématiques. Les préférences, les souhaits et les attentes du patient jouent un rôle central dans la prise de décision (31).

EVRAS: Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle.

Grossophobie: Attitude de discrimination envers les personnes obèses ou en surpoids.

Expression abdominale: Pratique qui consiste à appuyer fortement sur le ventre de la patiente pour accélérer la naissance.

GIP: Groupe interdisciplinaire-interuniversitaire de périnatalité.

Iatrogène: Causé par une intervention médicale.

LEXICON

ABeFUM: *Association belge francophone d'ultrasonomie médicale.*

Medische kaart: Het systeem van de medische kaart betreft een financiële tussenkomst van het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn (OCMW) in de medische kosten van een persoon die in België verblijft zonder wettig verblijfsstatuut.

CEpiP: *Centre d'épidémiologie périnatale.*

CRGOLFB: *Collège royal des gynécologues-obstétriciens de langue française de Belgique.*

Echtgenotensteek: Hechting die wordt aangebracht (bijvoorbeeld na een episiotomie) die de ingang van de vagina strakker maakt om zogenaamd het genot van de man te vergroten.

Episiotomie: Chirurgische insnijding die door de verloskundige of vroedvrouw met een scalpel in het perineum wordt gemaakt. Het voornaamste doel van deze ingreep is de geboorte van de baby te vergemakkelijken, waarna het perineum met hechtingen wordt hersteld.

Evidence based medicine: Het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. De praktijk van *evidence based medicine* impliceert het integreren van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt spelen bij de besluitvorming een centrale rol (31).

EVRAS: *Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle.*

Fatshaming: Discriminerende houding ten opzichte van personen met overgewicht of obesitas.

Fundusexpressie: Dit is een praktijk waarbij men gaat drukken op de buik van de patiënte om de geboorte te bespoedigen.

GIP: *Groupe interdisciplinaire-interuniversitaire de périnatalité.*

Iatrogene: Veroorzaakt door medisch ingrijpen.

(31) Scholten *et al.*, *Introduction à l'evidence-based medicine*, 2013.

(31) Scholten *et al.*, *Inleiding in evidence-based medicine*, 2013.

INAMI: Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Induction: Le déclenchement du travail est l'induction artificielle des contractions utérines avant leur survenue spontanée, dans le but d'obtenir un accouchement par les voies naturelles chez une femme qui n'est pas en travail. Il peut être réalisé au troisième trimestre, à terme ou à distance du terme, pour des raisons médicales ou dans le cadre d'un accouchement programmé. Les techniques utilisées pour le déclenchement du travail au deuxième ou au troisième trimestre, pour mort fœtale *in utero* ou interruption médicale de grossesse, doivent être formellement distinguées, tant les méthodes et les contraintes de surveillance sont différentes. Elles seront traitées séparément. Le déclenchement artificiel du travail (quand l'enfant *in utero* est vivant) est réalisé soit parce qu'il existe un bénéfice pour la mère ou l'enfant à mettre fin à la grossesse (déclenchement d'indication médicale), soit pour des raisons organisationnelles, sociales ou psychologiques sans qu'il y ait d'indication médicale (déclenchement de convenance ou d'opportunité pour le couple ou pour la maternité) (32).

Intersectionnalité: Le Conseil de l'Europe définit la discrimination intersectionnelle comme «une discrimination qui a lieu lorsqu'une personne est victime de discrimination pour deux ou plusieurs motifs, qui agissent simultanément et interagissent d'une manière inséparable, produisant des formes distinctes et spécifiques de discrimination» (33).

KCE: Centre d'expertise fédéral d'expertise des soins de santé.

LGBTIQIA+: Personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles, transgenres, intersexes, *queer* et/ou asexuelles, ainsi que les personnes qui ont d'autres orientations sexuelles ou romantiques, d'autres genres et d'autres sexes.

OMS: Organisation mondiale de la santé.

Revaki: Abréviation «*revalidatiewetenschappen en kinesitherapie*».

Sensoa: Centre d'expertise flamand pour la santé sexuelle.

RIZIV: Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Inductie: Weeëninductie is het kunstmatig opwekken van baarmoedercontracties voordat deze spontaan optreden, met als doel een natuurlijke bevalling te bewerkstelligen bij een vrouw die niet aan het bevallen is. Het kan worden uitgevoerd in het derde trimester, op of rond de uitgerekende termijn, om medische redenen of als onderdeel bij een geplande bevalling. Er moet een formeel onderscheid worden gemaakt tussen de technieken die worden gebruikt voor inductie van de bevalling in het tweede of derde trimester, voor foetale dood *in utero* of voor medische zwangerschapsafbreking, aangezien de methoden en de controlevereisten verschillend zijn. Kunstmatige inductie van de arbeid (wanneer het kind *in utero* leeft) wordt uitgevoerd hetzij omdat de moeder of het kind er baat bij heeft de zwangerschap af te breken (medisch geïndiceerde inductie), hetzij om organisatorische, sociale of psychologische redenen zonder dat er een medische indicatie is (gemaks- of gelegenheidsinductie voor het koppel of voor de kraamkliniek) (32).

Intersectionaliteit: De Raad van Europa definieert intersectionele discriminatie als «discriminatie die zich voordoet wanneer een persoon wordt gediscrimineerd op twee of meer gronden die gelijktijdig optreden en onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, waardoor verschillende en specifieke vormen van discriminatie ontstaan» (33).

KCE: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

LGBTIQIA+: Personen die lesbisch, homoseksueel, biseksueel, transgender, intersekse, *queer* en / of aseksueel zijn alsook personen met andere seksuele en romantische oriëntaties, genders en gelachten.

WGO: Wereldgezondheidsorganisatie

Revaki: Revalidatiewetenschappen en kinesitherapie.

Sensoa: Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid.

(32) Source: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/gyneco-sage-femme/declenchement-artificiel-du-travail>.

(33) Source: <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/intersectionality-and-multiple-discrimination>.

(32) Bron: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/gyneco-sage-femme/declenchement-artificiel-du-travail>.

(33) Bron: <https://www.coe.int/fr/web/gender-matters/intersectionality-and-multiple-discrimination>.

Soins de maternité: Les soins de maternité englobent l'aide ménagère, les soins corporels et le soutien familial et psychosocial. Les premiers jours après la naissance, une sage-femme apporte à la mère et à l'enfant des soins médicaux spécialisés. Un prestataire de soins de maternité peut également apporter son aide pour les soins au bébé et les tâches ménagères.

SSPT: Syndrome de stress post-traumatique.

Transdisciplinarité: La transdisciplinarité, comme l'indique le préfixe «trans», est ce qui est à la fois entre les disciplines, à travers les disciplines et au-delà de chaque discipline. Elle a pour objet la compréhension du monde actuel, dont l'une des exigences est l'unité de la connaissance.

VVOG: Association flamande d'obstétrique et de gynécologie.

Kraamzorg: Zorg voor moeder en kind vanaf de bevalling tot de eerste dagen daarna, bestaande uit assistentie bij de bevalling, verzorging van moeder en kind, vroege signalering van afwijkingen bij moeder of kind, voorlichting en instructie over de verzorging van de baby en eventueel assistentie bij huishoudelijke taken.

PTSS: Posttraumatische stressstoornis.

Transdisciplinariteit: Transdisciplinariteit is, zoals het voorvoegsel «trans» aangeeft, wat tegelijkertijd tussen de disciplines, door de verschillende disciplines heen en voorbij elke discipline is. Het doel ervan is de huidige wereld te begrijpen, waarvan een van de vereisten de eenheid van kennis is.

VVOG: Vlaamse Vereniging voor obstetrie en gynaecologie.