

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2020-2021

1^{ER} AVRIL 2021

Demande d'établissement d'un rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2020-2021

1 APRIL 2021

Verzoek tot het opstellen van een informatieverslag over lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld

**Déposée par Mesdames et Messieurs:
Ingediend door de dames en de heren:**

France MASAI, Celia GROOTHEDDE, Hélène RYCKMANS, Fourat BEN CHIKHA, Rodrigue DEMEUSE, Zoé GENOT, Soetkin HOESSEN, Chris STEENWEGEN, Farida TAHAR; Véronique DURENNE, Gaëtan VAN GOIDSENHOVEN, Georges-Louis BOUCHEZ, Alexander MIESEN; Philippe COURARD, Julien UYTENDAELE, Fatima AHALLOUCH, André FRÉDÉRIC, Jean-Frédéric EERDEKENS, Latifa GAHOUCI, Nadia EL YOUSFI; Katia SEGERS; Els AMPE.

NOTE EXPLICATIVE

I. EXPOSÉ DU PROBLÈME

Depuis des décennies déjà, un mouvement de libération est en marche parmi les femmes (1) sous l'impulsion de groupes féministes. Les femmes prennent de plus en plus conscience de leurs droits, notamment celui à l'autodétermination de leur corps, et hésitent de moins en moins à les revendiquer à juste titre.

Ce mouvement est aussi perceptible en ce qui concerne les droits gynécologiques. Les femmes sont particulièrement vulnérables à certaines occasions, comme une grossesse, une fausse couche, un traitement contre l'infertilité, un parcours de gestation pour autrui, des

(1) Dans ce texte, nous utilisons le mot «femmes». Néanmoins, ce texte et le rapport d'information projeté concernent toute personne qui rencontre des problèmes liés à la violence obstétricale et au droit à l'autodétermination, reconnaissent que d'autres personnes peuvent même subir des violences obstétricales en raison de leur genre et de leur identité et le vivent d'une manière particulière, et souhaitent s'adresser pleinement à elles en protégeant leurs droits et en veillant à ce qu'elles puissent les exercer à leur pleine mesure.

En remplacement du document 7-245/1 distribué précédemment.

TOELICHTENDE NOTA

I. PROBLEEMSTELLING

Decennialang al is een bevrijdingsbeweging onder vrouwen (1) gaande onder invloed van feministische bewegingen. Vrouwen worden zich bewuster van hun rechten en zelfbeschikking en eisen die rechten terecht steeds meer op.

Deze beweging toont zich ook in gynaecologische rechten. Op momenten en periodes zoals zwangerschap, miskraam, infertiliteitsbehandeling, draagmoederschap, gynaecologische ingrepen en behandelingen zijn vrouwen bij uitstek kwetsbaarder. Ze willen deze ervaringen

(1) In deze tekst gebruiken wij het woord «vrouw». Niettemin hebben deze tekst en het voorgestelde informatieverslag betrekking op iedereen die geconfronteerd wordt met problemen in verband met verloskundig geweld en zelfbeschikkingsrecht, erkennen ze dat ook anderen op grond van hun geslacht en identiteit te maken kunnen krijgen met verloskundig geweld en dit op een bijzondere manier ervaren, en wensen ze zich ten volle tot hen te richten door hun rechten te beschermen en ervoor te zorgen dat zij die optimaal kunnen uitoefenen.

Ter vervanging van het vroeger rondgedeelde stuk nr. 7-245/1.

opérations et traitements gynécologiques, etc. Elles veulent qu'on leur témoigne la plus grande empathie dans ces circonstances. Par ailleurs, des droits tels que le droit à l'intégrité physique et le droit à l'autodétermination de son corps deviennent de plus en plus importants. Les femmes souhaitent avoir des garanties quant à leur droit à l'autodétermination et veulent pouvoir faire des choix conscients et libres sur leur personne et leur corps, ainsi que sur ce qui est fait de leur personne et de leur corps. Cette question est encore plus cruciale pour certains groupes vulnérables, tels que les victimes de racisme et d'homophobie, les personnes transgenres et non binares, les personnes en situation de handicap ou de pauvreté, sans-papiers, demandeuses d'asile, les allophones, les personnes en surpoids, les personnes âgées, etc.

Ces droits représentent des aspects humains fondamentaux, comme la liberté de choix, le respect, la sécurité, le sentiment d'être protégé et rassuré. Et bien que les droits qui se cachent derrière ces aspects ne soient pas toujours cités explicitement par les femmes, les jeunes familles et toute personne concernée, il s'agit de droits essentiels et fondamentaux.

Le respect des droits gynécologiques est un cheval de bataille du féminisme et des mouvements féministes depuis des décennies. C'est toutefois durant la dernière décennie que cette revendication a gagné en importance et en force, y compris auprès du grand public. Des femmes en France et en Belgique francophone ont raconté pour la première fois des expériences de violences obstétricales en 2014, dans le cadre d'une campagne virale associée au mot-clic (*hashtag*) *#payetonuterus*. Une autre campagne consacrée aux expériences postnatales a été menée début 2020 avec le mot-clic *#MonPostPartum*. Du côté néerlandophone, le mot-clic *#genoeggezwegen* a mis en marche un mouvement similaire en 2016 et à nouveau en 2020 aux Pays-Bas et en Belgique néerlandophone. Pendant des semaines, des femmes ont témoigné sur les réseaux sociaux et dans les médias pour dénoncer des actes obstétricaux et des circonstances qui ont été sources de violences à leur égard. Des partenaires et des soignants ont aussi apporté leur témoignage (2). Le mouvement planétaire *#metoo* a démocratisé la prise de conscience du droit à l'autodétermination de son corps et au respect de celui-ci, et a peut-être ouvert la voie vers une diffusion plus large des mouvements de ce genre.

(2) De tels faits ont été rapportés en particulier durant la crise de la Covid-19. Ainsi, en France, Anne Roy a lancé le 11 novembre 2020 le cri d'alerte «Je suis maltraitante», qui a donné lieu à une pétition intitulée «Pour une naissance respectée: une femme par sage-femme». La pétition, lancée le 15 novembre 2020, a recueilli cinquante mille signatures à ce jour.

op de meest medelevende manier onder ogen zien. Daarnaast worden rechten zoals lichamelijke integriteit en zelfbeschikking ook belangrijker. Vrouwen willen zich veilig weten over hun zelfbeschikkingsrecht, willen goed geïnformeerde en vrije keuzes maken over hun persoon en lichaam, en ook over wat er met hun persoon en lichaam gebeurt. Dat wordt nog belangrijker als het gaat om kwetsbaardere groepen, zoals bij wie mikpunt is van racisme, homofobie, bij trans en niet-binaire personen, mensen met een handicap, personen in armoede of zonder papieren, asielzoeksters, anderstaligen, personen met overgewicht, ouderen, enz.

Deze rechten vertegenwoordigen fundamentele menselijke aspecten, zoals keuzevrijheid, respect, veiligheid, geborgenheid en zekerheid. En hoewel de rechten die erachter schuilen niet altijd expliciet worden benoemd door vrouwen, jonge gezinnen en iedereen die ermee in aanraking komt, zijn dit ook zeer belangrijke en fundamentele rechten.

Er wordt al decennia gewerkt rond gynaecologische rechten, vooral binnen het feminisme en de vrouwenbeweging. Het is echter vooral in de loop van het jongste decennium dat deze beweging aan belang en kracht wint, ook bij het bredere publiek. Via een virale campagne in 2014 vertelden vrouwen in Frankrijk en Franstalig België onder de *hashtag* *#payetonuterus* voor het eerst over obstetrisch geweld. Hetzelfde gebeurde begin 2020 onder de *hashtag* *#MonPostPartum*, waarbij gefocust werd op postnatale ervaringen. Aan Nederlandstalige kant bracht de *hashtag* *#genoeggezwegen* in 2016 en opnieuw in 2020 een vergelijkbare beweging op gang in Nederlandstalig België en Nederland. Vrouwen getuigden wekenlang op sociale media en in de media over obstetrische handelingen of omstandigheden die hen geweld aandeden. Ook partners en zorgverleners getuigden (2). De wereldwijde *#metoo*-beweging democratiseerde het besef van zelfbeschikking over het eigen lichaam en het recht op respect daarvoor en bereidde mogelijk de weg om deze bewegingen breder bekend te maken.

(2) Vooral tijdens de Covid-19-crisis zijn er meldingen geweest van dergelijke feiten. Zo heeft Anne Roy in Frankrijk op 11 november 2020 een noodkreet geslaakt, «Je suis maltraitante», die aanleiding heeft gegeven tot een petitie genaamd «Pour une naissance respectée: une femme par sage-femme». Deze petitie, die op 15 november 2020 werd gelanceerd, werd tot nu toe vijftigduizend maal ondertekend.

La violence gynécologique qui est dénoncée, aussi bien au moyen des mots-clic que dans le cadre du mouvement en faveur du droit à l'autodétermination gynécologique, couvre un spectre très large. Cela va des remarques (propos déplacés, sexistes ou humiliants) aux actes médicaux, y compris les opérations lourdes, pratiquées sans le consentement de la patiente ou du patient. Il peut s'agir d'une brutalité inutile sur le plan physique ou moral, de demandes de soins ignorées, négligées ou refusées, de violation de l'intégrité personnelle, d'absence d'anesthésie, etc.

Certains de ces témoignages peuvent paraître futiles vus de l'extérieur, tandis que d'autres sont tellement horribles qu'ils ne peuvent évidemment que nous émouvoir. Les témoins évoquent des agissements de nature psychologique ou interpersonnelle, relatent des situations où les femmes ont été privées d'un confort élémentaire (par exemple, une anesthésie lors d'une opération, la présence d'une personne pouvant servir d'interprète durant l'accouchement pour assister les femmes allochtones) ou révèlent que des actes physiques ont été omis, exécutés avec une brutalité inutile ou pratiqués sans concertation ni consentement explicite (même en dehors de toute urgence). Parfois, il s'agit d'une attitude superficielle en apparence, qui consiste à négliger le patient ou la parturiente ou à la traiter comme un objet ou un réceptacle autour du bébé. Outre la condescendance qu'elle implique évidemment, cette attitude a des répercussions qui peuvent prendre bien des formes, en particulier pour la parturiente.

Les répercussions relevées dans les témoignages étaient aussi de diverses natures et parfois profondes. Certaines femmes ont indiqué garder des symptômes post-traumatiques de leur accouchement ou refouler un désir d'enfant par crainte de nouveaux incidents. D'autres femmes ont déclaré ressentir encore des désagréments physiques, des problèmes sexuels, une douleur persistante ou une infirmité permanente par suite d'actes non désirés. D'autres encore ont «seulement» évoqué la souffrance due à la violation de leurs droits et de leur intégrité.

Tous ces témoignages mettaient en avant un élément commun: la demande de respecter les droits des personnes, des femmes et des patient(e)s, largement reconnus mais bafoués et insuffisamment garantis dans la pratique, ou reconnus en théorie mais non respectés ou violés dans la pratique.

Het gynaecologisch geweld waarvan wordt getuigd, zowel onder deze hashtags als in de beweging rond gynaecologisch zelfbeschikkingsrecht, is heel breed. Het gaat van opmerkingen – misplaatst, seksistisch, vernederend – tot medische handelingen, inclusief zware ingrepen, zonder toestemming van de patiënt. Nodeloze hardheid, zowel fysiek als moreel, zorgvragen die genegeerd werden, verwaarloosd of geweigerd, schending van de persoonlijke integriteit, ontbreken van anesthesie, enz.

Sommige van deze getuigenissen kunnen futiel lijken voor buitenstaanders. Andere zijn dermate wreed dat ze vanzelfsprekend sterk aangrijpend overkwamen. Sommigen zijn psychologisch of intermenselijk van aard, andere doen vrouwen fundamentele omstandigheden ontbreken (bijvoorbeeld anesthesie bij een ingreep, bij anderstalige bevallenden het weigeren van een aanwezig persoon die tijdens de geboorte kan tolken voor de vrouw), bij nog andere ging het om fysieke ingrepen die werden nagelaten, met onnodige ruwheid werden uitgevoerd, of die juist werden uitgevoerd zonder overleg en uitdrukkelijke toestemming (ook waar tijd geen enkel beletsel vormde). Soms gaat het om een schijnbaar oppervlakkige houding waarbij de patiënt of bevallende wordt genegeerd of behandeld als een object of een omhulsel om de baby. Deze houding heeft buiten de vanzelfsprekende neerbuigendheid die ze inhoudt echter vele mogelijke en uiteenlopende gevolgen, niet in het minst voor de bevallende zelf.

Ook de gevolgen waren breed verschillend en soms verregaand. Sommige vrouwen gaven aan post-traumatische symptomen aan hun bevalling te hebben overgehouden of een kindrewens uit angst voor volgende voorvallen op te bergen. Anderen hielden fysieke ongemakken, seksuele problemen, of blijvende pijn of gebreken over aan de ongewenste handelingen. Nog anderen vertelden «alleen» over de pijn van geschonden rechten en integriteit.

Een overkoepelende factor was dat de getuigenissen steeds vroegen om respect voor mensen-, vrouwen- en patiëntenrechten die breed erkend worden, maar die ontbraken, in de praktijk onvoldoende primeerden of die theoretisch werden erkend, maar in de praktijk niet gerespecteerd werden of ontbraken.

II. CONTEXTE ET MESURES DE PRÉCAUTION

Comme beaucoup de mouvements de libération, le mouvement en faveur de l'autodétermination gynécologique et contre les violences obstétricales se heurte parfois à du ressentiment, à de l'angoisse ou à de l'opposition. Nous tenons à cet égard à nous intéresser à la manière dont ce mouvement peut être perçu par le personnel soignant. Après l'année 2020 qu'il vient de traverser et dans la crise actuelle, son inquiétude est légitime mais il est aussi essentiel d'appréhender cette perception au sein du mouvement.

Les soignants peuvent percevoir comme de l'ingratitude les témoignages parfois brutaux et les conséquences dramatiques. Il arrive parfois que la responsabilité des événements soit rejetée sur les femmes elles-mêmes dont on fustige le comportement (paresseuse, contrariante, paniquée, prétentieuse, etc.) ou que ces événements soient considérés comme fâcheux. Les termes «violences gynécologiques» peuvent aussi effrayer. Responsables et désireux d'aider les patient(e)s et les individus, les soignants peuvent éprouver ce mouvement comme blessant. Aucun soignant n'embrasse la profession pour infliger des violences à autrui.

Pourtant, le personnel soignant en gynécologie, qui suit la patiente ou le patient en continu et est aux petits soins avec elle ou avec lui dans une relation de confiance et un climat de respect, est le meilleur et principal allié et défenseur de toute parturiente et de toute personne qui nécessite des soins gynécologiques. De plus en plus de soignants dialoguent ouvertement avec ces mouvements de libération et les femmes qui abordent ces questions. Par ce dialogue, ils réfléchissent à une méthode praticable pour développer et adapter les protocoles, les habitudes et les bonnes pratiques.

Il importe de souligner dans ce contexte que le personnel soignant peut lui aussi être une victime ou l'instrument involontaire de processus qui encouragent intrinsèquement les violences gynécologiques. Différentes études internationales montrent que les violences gynécologiques périnatales sont plus fréquentes lorsque les opérations qui encadrent la naissance s'inscrivent dans un processus d'économies d'échelle, de standardisation, de maximalisation de l'efficacité ou de rationalisation, alors que les soins personnels, continus, *one-to-one*, individualisés et sensibles aux traumatismes ont, eux,

III. ACHTERGROND EN VOORZORGSMAATREGELEN

Zoals vele bevrijdingsbewegingen wordt ook die rond gynaecologische zelfbeschikking en obstetrisch geweld soms onthaald met wrevel, angst of verzet. Een punt dat we willen aanstippen, is hoe dit tegenover zorgverleners kan overkomen. Na het jaar 2020 en in de huidige crisis is hun ongerustheid actueel, maar ze is ook essentieel om aan te spreken binnen de beweging.

De rauwheid van de getuigenissen en de gevolgen kan op zorgverleners als ondankbaar overkomen. Soms worden gebeurtenissen afgedaan als de schuld van vrouwen zelf door houdingen (lui, tegenwerkend, paniekerig, betweterig, enz.) of als lastig. Ook de term «gynaecologisch geweld» kan afschrikken. De verantwoordelijkheid van zorgverleners en hun wil om patiënten en mensen te helpen, kan hen deze beweging op zich als kwetsend doen ervaren. Geen enkele zorgverlener stapt in het beroep om mensen geweld aan te doen.

Nochtans is een gynaecologisch zorgverlener die in continue zorg, in een vertrouwensrelatie en met respect zijn patiënt voor vol aanziet, de beste en grootste bondgenoot en pleitbezorger van elke bevallende en iedereen die gynaecologische zorg vraagt. Meer en meer zorgverleners treden in open dialoog met deze bevrijdingsbewegingen en met vrouwen die hen hierover aanspreken en werken in deze dialoog aan een werkbare manier om protocollen, gewoontes, en *best practices* te ontwikkelen en aan te passen.

Belangrijk om aan te stippen in deze context is dat ook zorgverleners het slachtoffer kunnen zijn, of onvrijwillig instrument in processen die op zich gynaecologisch geweld aanmoedigen. Verschillende internationale studies wijzen op het vaker voorvallen van gynaecologisch perinataal geweld bij schaalvergroting, standaardisering, efficiëntie of een rationalisering van geboorteprocessen, terwijl persoonlijke, continue, *one-to-one*, individuele en trauma-gevoelige zorgverlening juist zeer positieve effecten hebben. Daarvoor echter is ruimte nodig, zowel qua mankracht, protocollaire vrijheid, als persoonlijke

des effets très positifs. Ceux-ci nécessitent toutefois une certaine latitude, tant en ce qui concerne la main-d'œuvre et la liberté protocolaire qu'en ce qui concerne les soins personnels. La formation joue elle aussi un rôle essentiel dans le respect des droits gynécologiques.

Il s'agit donc d'un thème sensible – ce qui se comprend – mais cela ne saurait justifier des violences à l'encontre de personnes et des atteintes aux droits humains, *a fortiori* pas à une échelle aussi grande ni dans des soins dispensés avec les meilleures intentions. Tolérer les violences gynécologiques, c'est faire du tort aux femmes et aux patient(e)s mais aussi à leurs partenaires, à leurs familles, à leurs enfants, ainsi qu'aux soignants eux-mêmes. La politique a donc un rôle important à jouer en la matière, dans le but de concilier le professionnalisme et les droits humains.

III. ÉTAT DES LIEUX

A. Au niveau international

Dans différents forums internationaux, le droit à l'autodétermination gynécologique est devenu un véritable enjeu.

Depuis le Programme d'action de Beijing de 1995, il est établi que les droits des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de «leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence» (3).

Déjà en 1979, lors de l'adoption de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, il est recommandé aux États parties de fournir aux femmes «pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits» (4). Cette Convention a été complétée par plusieurs recommandations générales du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, notamment la recommandation n° 24 adoptée en 1999 et demandant aux États de «veiller à ce que tous les soins dispensés respectent les droits de la femme, notamment le droit à l'autonomie, à la discrétion et à la confidentialité, et la liberté de faire des choix et de donner son consentement en connaissance de cause» (5).

(3) Organisation des Nations unies (ONU), Programme d'action de Beijing, à l'occasion de l'ouverture de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, 1995, paragraphe 96.

(4) Assemblée générale de l'Organisation des Nations unies (ONU), Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, 1979, article 12.2.

(5) Recommandation n° 24 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (ONU), CEDAW/C/GC/24, point 31, e).

zorg. Ook opleiding speelt een grote rol in het respecteren van gynaecologische rechten.

Dit onderwerp is dus begrijpelijk gevoelig, maar deze gevoeligheid mag geen reden zijn om mensen en mensenrechten te laten geweld aandoen, zeker niet op deze schaal en ook niet in goedbedoelde zorg. Het toelaten van gynaecologisch geweld brengt schade toe aan vrouwen en patiënten, maar ook aan partners, gezinnen, kinderen, en aan zorgverleners zelf. Hier ligt dan ook een belangrijke, dringende rol voor de politiek, om professionalisme en mensenrechten te verzoenen.

III. STAND VAN ZAKEN

A. International

In verschillende internationale gremia heeft gynaecologisch zelfbeschikkingsrecht zich tot een thema ontwikkeld.

Het Actieprogramma van Beijing van 1995 stelt dat vrouwenrechten ook het recht omvatten voor vrouwen om te beslissen over hun gezondheid op het vlak van seksualiteit en voortplanting, zonder enige vorm van dwang, discriminatie of geweld (3).

Het Verdrag rond de uitbanning van alle vormen van discriminatie tegen vrouwen van 1979 raadt de deelnemende landen aan om vrouwen passende, zo nodig kosteloze dienstverlening in verband met zwangerschap, bevalling en de hierop volgende periode te waarborgen (4). Dit Verdrag werd aangevuld met een aantal algemene aanbevelingen van het Comité voor de uitbanning van discriminatie tegenover vrouwen, met name aanbeveling nr. 24 die in 1999 werd aangenomen en aan de Staten vraagt om erop toe te zien dat alle verstrekte zorg de rechten van de vrouw naleeft, met name het recht op autonomie, discretie en vertrouwelijkheid, op keuzevrijheid en op instemming met kennis van zaken (5).

(3) Verenigde Naties (VN), Actieprogramma van Beijing, ter gelegenheid van de opening van de vierde Wereldconferentie over vrouwen, 1995, paragraaf 96.

(4) Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (VN), Verdrag inzake de uitbanning van alle vormen van discriminatie tegen vrouwen, 1979, artikel 12.2.

(5) Aanbeveling nr. 24 van het VN-Comité voor de afschaffing van discriminatie van vrouwen, CEDAW/C/GC/24, punt 31, e).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a répondu à l'inquiétude croissante quant à l'accouchement en publiant une déclaration en 2014 dans laquelle elle a condamné «les agressions physiques, les humiliations graves, les agressions verbales, les procédures médicales imposées aux femmes de manière coercitive ou effectuées sans l'obtention de leur consentement (dont la stérilisation), le manque de confidentialité, l'absence de consentement pleinement éclairé, le refus de leur administrer des médicaments contre la douleur, les violations flagrantes de leur intimité, le refus d'admission dans les établissements de santé, la négligence entraînant des complications évitables et qui constituent une menace pour leur vie, et la détention de femmes et de leur bébé dans l'établissement, après la naissance, lorsque la mère n'est pas en mesure d'acquitter les frais exigés» (6). Elle y a affirmé que ce genre de traitement constituait non seulement une violation des droits des femmes à des soins fondés sur le respect, mais aussi une menace aux droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination.

En 2018, l'OMS a émis de nouvelles recommandations «sur les soins *intrapartum* pour une expérience positive de l'accouchement» (7).

En juillet 2019, Dubravka Šimonović, rapporteuse spéciale des Nations unies sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, a établi un rapport sur l'adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales (8).

Au niveau européen, en 2019, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, sur la base du «rapport sur les violences obstétricales et gynécologiques» de Mme Blondin (9), a adopté une résolution sur les violences obstétricales (10) qui appelle notamment les États membres à adopter les mesures suivantes:

(6) Déclaration de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), «La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins», WHO/RHR/14.23 (2014).

(7) Recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), «Les soins *intrapartum* pour une expérience positive de l'accouchement – Transformer le soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être», WHO/RHR/18.12 (2018).

(8) Rapport A/74/137 (11 juillet 2019), présenté conformément à la résolution 71/170 de l'Assemblée générale des Nations unies.

(9) Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, commission sur l'Égalité et la Non-discrimination, «Rapport sur les violences obstétricales et gynécologiques», doc. 14965, 16 septembre 2019.

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

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft op de groeiende bezorgdheid rond obstetrisch geweld gereageerd met een verklaring in 2014, waaruit de volgende zinsnede: «*outright physical abuse, profound humiliation and verbal abuse, coercive or unconsented medical procedures (including sterilization), lack of confidentiality, failure to get fully informed consent, refusal to give pain medication, gross violations of privacy, refusal of admission to health facilities, neglecting women during childbirth to suffer life-threatening, avoidable complications, and detention of women and their newborns in facilities after childbirth due to an inability to pay*» (6). De WHO geeft als verantwoording dat een dergelijke behandeling niet alleen het recht van vrouwen op respectvolle zorg schendt, maar ook het recht op leven, gezondheid, lichamelijke integriteit en vrijwaring van discriminatie in gevaar brengt.

In 2018 heeft de WHO nieuwe aanbevelingen uitgebracht over «*Intrapartum care for a positive childbirth experience*» (7).

In juli 2019 stelde Dubravka Šimonović, speciale VN-rapporteur inzake geweld tegen vrouwen, de oorzaken en gevolgen ervan, een rapport op over een op mensenrechten gebaseerde aanpak van misbruik en geweld tegen vrouwen in de reproductieve gezondheidszorg, met name geweld tijdens de bevalling en verloskundig geweld (8).

Op Europees niveau neemt de Parlementaire Assemblee van de Raad van Europa in 2019 op basis van het rapport over verloskundig en gynaecologisch geweld van mevrouw Blondin (9) een resolutie over verloskundig geweld (10) aan, waarin de lidstaten worden opgeroepen om met name de volgende maatregelen te nemen:

(6) Verklaring van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), «*The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*», WHO/RHR/14.23 (2014).

(7) Aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (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).

(8) VN, Rapport A/74/137 (11 juli 2019), Ingediend overeenkomstig resolutie 71/170 van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties.

(9) Parlementaire Assemblee van de Raad van Europa, commissie Gelijkheid en Non-discriminatie, Rapport «*Obstetrical and gynaecological violence*», doc. 14965, 16 september 2019.

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

- prévenir les discriminations, quel qu'en soit le motif, dans l'accès aux soins de manière générale, et lutter contre elles;
- assurer une prise en charge respectueuse des droits humains et de la dignité humaine lors de consultations médicales, de soins et de l'accouchement;
- demander aux ministères responsables des questions de santé et d'égalité de recueillir des données concernant les actes médicaux pratiqués lors des accouchements et les cas de violences gynécologiques et obstétricales, de mener des études sur ce sujet et de les rendre publiques;
- diffuser les bonnes pratiques promues par l'OMS et demander aux ordres nationaux des médecins de débattre de cette question et d'élaborer des recommandations afin de prévenir des violences gynécologiques et obstétricales, notamment dans le cadre d'une commission de promotion de la bienveillance en gynécologie;
- mener des campagnes d'information sur les droits des patientes et des patients et de sensibilisation à la prévention et à la lutte contre le sexisme et la violence à l'égard des femmes, comprenant les violences gynécologiques et obstétricales;
- adopter et mettre en œuvre une législation relative au consentement éclairé des patientes et patients et à leur droit à l'information aux différentes étapes des procédures médicales, si cela n'est pas encore fait;
- garantir un financement adéquat aux établissements de santé afin d'assurer des conditions de travail dignes au personnel soignant, un accueil respectueux et bienveillant des patientes, patients et parturientes, et un accès aux traitements antidouleur;
- assurer une formation spécifique des gynécologues obstétriciens et mener des actions de sensibilisation aux violences gynécologiques et obstétricales dans le cadre de cette formation;
- s'assurer que la formation des médecins, des sages-femmes et des infirmières et infirmiers accorde une place importante à la relation entre le personnel soignant et les patientes et patients, à la notion de consentement éclairé, à l'égalité entre les femmes et les hommes, à l'accueil des personnes LGBTI, des personnes en situation de handicap et des personnes vulnérables, à la communication, à la prévention du sexisme et des violences, et à la promotion d'une approche humaine des soins;
- het voorkomen en bestrijden van discriminatie op welke grond dan ook bij de toegang tot zorg in het algemeen;
- het waarborgen van zorg met respect voor de mensenrechten en de menselijke waardigheid tijdens medische consultaties, verzorging en bevalling;
- de ministeries die verantwoordelijk zijn voor gezondheid en gelijkheid te vragen gegevens te verzamelen over medische handelingen tijdens bevallingen en gevallen van gynaecologisch en verloskundig geweld, studies over dit onderwerp te verrichten en die openbaar te maken;
- de door de WHO gepromoteerde *good practices* te verspreiden en de nationale artsverenigingen te verzoeken deze kwestie te bespreken en aanbevelingen op te stellen om gynaecologisch en verloskundig geweld te voorkomen, met name in het kader van een commissie ter bevordering van een correcte behandeling in de gynaecologie;
- informatiecampagnes te voeren over de patiëntenrechten en het bewustzijn te vergroten over de preventie en bestrijding van seksisme en geweld tegen vrouwen, met inbegrip van gynaecologisch en verloskundig geweld;
- het aannemen en uitvoeren van wetgeving over de geïnformeerde toestemming van patiënten en hun recht op informatie in de verschillende stadia van medische procedures, voor zover dat nog niet is gebeurd;
- adequate financiering van de zorginstellingen te garanderen om te zorgen voor behoorlijke arbeidsomstandigheden voor het zorgpersoneel, een respectvolle en zorgzame opvang van patiënten en parturiëntes, en toegang tot pijnbehandeling;
- een specifieke opleiding voor gynaecologen-verloskundigen en bewustmakingsactiviteiten op het gebied van gynaecologisch en verloskundig geweld in het kader van deze opleiding te verzorgen;
- ervoor te zorgen dat in de opleiding van artsen, verloskundigen en verpleegkundigen een belangrijke plaats wordt toegekend aan de relatie tussen zorgpersoneel en patiënten, het concept van geïnformeerde toestemming, de gelijkheid van vrouwen en mannen, de opvang van LGBTI's, personen met een handicap en kwetsbare personen, de communicatie, de preventie van seksisme en geweld, en de bevordering van een menselijke benadering van de zorg;

– proposer des mécanismes de signalement et de dépôt de plainte spécifiques et accessibles aux victimes de violences gynécologiques et obstétricales, au sein des hôpitaux et en dehors, notamment auprès des défenseurs des droits;

– prévoir un mécanisme d'examen des plaintes pour violences gynécologiques et obstétricales excluant toute médiation, et prévoir des sanctions, si tel n'est pas encore le cas, à l'égard des professionnels de santé lorsqu'une plainte pour ce type de violences est avérée;

– proposer un service d'assistance aux victimes de violences gynécologiques et obstétricales, et à assurer la prise en charge des soins.

B. Au niveau belge

En ce qui concerne le consentement éclairé, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient prévoit que «le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable» (article 7, § 1^{er}), et que «le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable. Ce consentement est donné expressément, sauf lorsque le praticien professionnel, après avoir informé suffisamment le patient, peut raisonnablement inférer du comportement de celui-ci qu'il consent à l'intervention» (article 8, § 1^{er}).

Depuis la réforme du paysage périnatal de 2015, les jeunes mères sont encouragées à rentrer rapidement chez elles après la naissance de leur enfant. Cette décision présente certainement des avantages majeurs. Dans la pratique, cependant, divers rapports (voir infra) montrent que de nombreux parents ne comprennent plus le parcours de soins périnatals ou ne reçoivent pas de soins et que ce sont les femmes, parents et familles défavorisés qui risquent le plus de manquer de soins. La réforme du paysage périnatal traduit un changement de mentalité faisant intervenir d'autres acteurs tels que les sages-femmes, les dispensateurs de soins post-partum à domicile, les centres de santé communautaires (*wijkgezondheidscentra*), les médecins généralistes, les centres de planning familial, les doulas, en plus des hôpitaux et des gynécologues. Ce nouveau paysage est encore inconnu, ce qui, pour le moment, a pour effet indésirable de priver les femmes de soins à domicile et de leur donner le sentiment d'être physiquement et mentalement livrées à elles-mêmes.

– specifieke en toegankelijke meldings- en klachtenmechanismen aan te bieden voor slachtoffers van gynaecologisch en verloskundig geweld, zowel binnen als buiten ziekenhuizen, onder meer bij verdedigers van de rechten;

– te voorzien in een mechanisme voor het behandelen van klachten over gynaecologisch en verloskundig geweld dat elke vorm van bemiddeling uitsluit, en, indien dat niet reeds het geval is, te voorzien in sancties tegen beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg wanneer een klacht over dit soort geweld bewezen is;

– het verlenen van bijstand aan slachtoffers van gynaecologisch en verloskundig geweld en het waarborgen van zorg.

B. In België

Wat de geïnformeerde toestemming betreft, bepaalt de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt het volgende: «De patiënt heeft tegenover de beroepsbeoefenaar recht op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan.» (artikel 7, § 1) en «De patiënt heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar. Deze toestemming wordt uitdrukkelijk gegeven behalve wanneer de beroepsbeoefenaar, na de patiënt voldoende te hebben geïnformeerd, uit de gedragingen van de patiënt redelijkerwijze diens toestemming kan afleiden.» (artikel 8, § 1).

Sinds de hervorming van het perinatale landschap in 2015 worden jonge moeders aangemoedigd om snel na de geboorte van hun kind naar huis terug te keren. Deze beslissing heeft zeker grote voordelen. In de praktijk echter blijkt uit verschillende rapporten (zie infra) dat vele ouders niet meer wijs raken uit het perinataal zorgpad of geen zorg verkrijgen, waarbij vooral kansarme vrouwen, ouders en gezinnen de grootste kans lopen op zorg mislopen of ontberen. De hervorming van het perinatale landschap is een mentaliteitsverandering waarin naast ziekenhuis en gynaecologen ook andere actoren zoals verloskundigen, kraamzorg aan huis, wijkgezondheidscentra, huisartsen, centra voor gezinsplanning, doula's een rol hebben. Dit nieuwe landschap is nog onbekend en dat heeft voorlopig als onbedoeld neveneffect dat vrouwen thuis zorg mislopen of ontberen, en zich fysiek en mentaal aan hun lot overgelaten kunnen voelen.

La nécessité d’agir pour réduire les violences obstétricales est reconnue dans le Plan «Droits des femmes» adopté le 15 octobre 2020 en Fédération Wallonie-Bruxelles (mesure 1.8). Le Plan intrafrancophone de lutte contre les violences faites aux femmes, présenté le 26 novembre 2020, les mentionne également. En Flandre, la question du droit des femmes est aussi prise en charge.

C. Lacunes

Il n’existe pas de définition officielle des violences obstétricales et gynécologiques, mais l’OMS en décrit une grande partie dans sa déclaration de 2014 (11). L’accent est mis sur l’appropriation du corps et du processus reproducteur de demandeurs de soins par des prestataires de soins. Une appropriation qui se manifeste sous différentes formes: traitement déshumanisant, abus d’administration de médicaments, conversion de processus naturels en processus pathologiques. Ceci entraîne pour les patient(e)s une perte de leur autonomie et de leur capacité à décider en toute liberté de leur propre corps et de leur sexualité, affectant négativement leur qualité de vie (12). Il y a également lieu de tenir compte de sexisme pendant les consultations médicales et de violences psychologiques, qui font l’objet de dénonciations régulières.

Comme pour nombre d’autres domaines relatifs aux droits humains, les données manquent pour avoir une vision claire du phénomène. Il n’existe en effet aucun mécanisme de recueil d’expérience automatique (sauf parfois une enquête de satisfaction, sur l’initiative de et traitée par l’hôpital, à la sortie de la maternité), aucune enquête régulière, et aucune statistique reflétant la réalité de l’obstétrique telle que vécue par les femmes ou par les soignantes et les soignants.

Les études et enregistrements envisageables consistent entre autres en une étude sur la violation des droits du patient pendant l’accouchement (quantitative et qualitative), sur la médicalisation inutile pendant le travail, l’accouchement et le post-partum sur la base de la littérature scientifique et en regard des pratiques actuelles enregistrées par le SPE et le Cepip, en la mise en œuvre de directives claires pour les soins périnataux, veillant particulièrement à éviter la violence obstétricale, en un enregistrement systématique de la personne qui a

De noodzaak om actie te ondernemen om verloskundig geweld te verminderen, wordt erkend in het Plan «*Droits des femmes*», dat op 15 oktober 2020 in de Franse Gemeenschap werd goedgekeurd (maatregel 1.8). In het *Plan intrafrancophone de lutte contre les violences faites aux femmes*, dat op 26 november 2020 werd voorgesteld, wordt dit geweld eveneens vermeld. In Vlaanderen wordt ook de kwestie van de vrouwenrechten aan de orde gesteld.

C. Lacunes

Er bestaat geen officiële definitie van verloskundig en gynaecologisch geweld, maar de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) beschrijft wel een groot deel ervan in haar verklaring van 2014 (11). De nadruk wordt gelegd op toe-eigening van het lichaam en het voortplantingsproces van zorgvragenden door zorgverleners. Een toe-eigening die zich op verschillende manieren uit: ontmenselijkende behandeling, misbruik van medicatie, omzetting van natuurlijke processen in pathologische processen. Voor patiënten betekent dit het verlies van hun autonomie en van hun vermogen om vrij te beslissen over hun eigen lichaam en seksualiteit, wat een negatieve impact heeft op hun levenskwaliteit (12). Er moet ook rekening worden gehouden met seksisme tijdens medische consultaties en met psychologisch geweld, wat regelmatig wordt aangeklaagd.

Zoals in andere domeinen betreffende de mensenrechten, beschikken wij over te weinig gegevens om een duidelijk zicht te hebben op dit fenomeen. Er bestaat immers geen enkel instrument om dergelijke ervaringen systematisch te registreren (behalve soms een tevredenheidsbevraging bij het verlaten van de kraaminrichting, op initiatief van het ziekenhuis en door hetzelfde ziekenhuis behandeld), geen regelmatige enquête, en geen enkele statistiek over hoe vrouwen en zorgverleners de realiteit van de verloskunde ervaren.

Mogelijke onderzoeken en registraties waartoe men zou kunnen besluiten, houden onder andere in: onderzoek naar het schenden van de patiëntenrechten intrapartum (kwantitatief en kwalitatief), naar onnodige medicalisering tijdens de arbeid, bevalling en postpartum op basis van wetenschappelijke literatuur, afgezet tegen de praktijken nu geregistreerd door het SPE en Cepip, implementeren van duidelijke richtlijnen voor peripartale zorgverlening, met aandacht voor het vermijden van obstetrisch geweld, een systematische registratie van wie

(11) ONU, Recommandation n° 24 du Comité des NU pour l’élimination de la discrimination à l’égard des femmes, CEDAW/C/GC/24, point 31, e).
(12) Mémoire de la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée, 2019, p. 12.

(11) VN, Aanbeveling nr. 24 van het VN-Comité voor de afschaffing van discriminatie van vrouwen, CEDAW/C/GC/24, punt 31, e).
(12) *Mémoire de la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée*, 2019, blz. 12.

pratiqué l'accouchement (n° INAMI) et de l'application ou non d'une pression fundique pendant l'expulsion.

IV. PROBLÉMATIQUE ET INTÉRÊT

Le mouvement relatif au droit à l'autodétermination durant la période périnatale et en matière gynécologique est multiple. Alors que chaque tendance met l'accent sur le respect des droits humains, des femmes et des patient(e)s, les accents sont souvent différents. La tendance est influencée par les habitudes gynécologiques locales.

Parfois, l'accent est mis davantage sur la démedicalisation du processus périnatal et sur la grande prévalence de certaines interventions. En Belgique aussi, c'est un point qui retient l'attention. Les taux des principales interventions et actes médicaux pratiqués lors de l'accouchement sont connus de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), du Centre d'épidémiologie périnatale (CEpiP) et du *Studiecentrum voor perinatale epidemiologie* (SPE), mais ils ne sont pas rendus publics, ni ventilés par établissement.

Ainsi, en Belgique, un enfant sur cinq naît par césarienne. L'OMS rappelle pourtant depuis 1985 que la communauté internationale de la santé considère que le «taux de césarienne se situe entre 10 % et 15 %». Selon de nouvelles études, lorsque le taux de césariennes augmente pour s'approcher de 10 % sur l'ensemble de la population, la mortalité maternelle et néonatale diminue. Aucune baisse supplémentaire de la mortalité n'est observée lorsque ce taux dépasse 10 % (13). Avec un taux de 20 % de césariennes, la Belgique surpasse ce taux. Il existerait une grande disparité entre les hôpitaux qui n'est pas toujours justifiée par le profil médical des mères ou par le type d'établissement, ce qui fait soupçonner que ces disparités n'émanent pas seulement des souhaits des parturientes ou d'un soin individualisé, mais sont peut-être dues à des facteurs financiers, logistiques et organisationnels, au poids du médico-légal ou à l'inclination du prestataire de soins (14). En ce qui concerne les provocations d'accouchements, la Belgique fait partie des pays où les femmes sont le plus «déclenchées» en Europe, en particulier en Wallonie où 31 % des accouchements ont été induits en 2017, selon une étude du CEpiP. Une des explications de ce phénomène est qu'en Belgique, une grossesse est présumée à terme à quarante semaines d'aménorrhée, alors que dans la plupart des autres pays, le terme est

de bevalling heeft het gedaan (RIZIV-nr.), informatie over fundusdruk (duwen op de buik tijdens de uitdrijving) werd gegeven of niet.

IV. PROBLEMATIEK EN BELANG

De beweging rond zelfbeschikkingsrecht in de perinatale periode en in gynaecologische zaken is veelzijdig. Hoewel elke stroming de nadruk legt op de eerbiediging van de mensen-, vrouwen- en patiëntenrechten, liggen de accenten vaak anders. De tendens wordt beïnvloed door de lokale gynaecologische gewoonten.

Soms ligt de nadruk meer op het demedicaliseren van het perinataal proces en de grote prevalentie van bepaalde ingrepen. Ook in België is dit een punt van aandacht. De aantallen voor de belangrijkste interventies en medische handelingen die tijdens een bevalling worden uitgevoerd zijn gekend door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), het *Centre d'épidémiologie périnatale* (CEpiP) en het Studiecentrum voor perinatale epidemiologie (SPE), maar ze worden niet bekendgemaakt en zijn ook niet geklasseerd per instelling.

In België wordt bijvoorbeeld één kind op de vijf via keizersnede geboren. De WHO geeft sinds 1985 aan dat de internationale gemeenschap uitgaat van een percentage van keizersneden tussen de 10 en 15 %. Volgens recente studies daalt de moeder- en zuigelingensterfte wanneer het percentage keizersneden stijgt tot in de buurt van 10 % van alle geboortes. Wanneer de 10 % wordt overschreden, daalt het sterftcijfer niet verder (13). Met 20 % overschrijdt België dit percentage ruimschoots. Er zouden grote verschillen zijn tussen ziekenhuizen, die niet altijd te verklaren zijn door het medisch profiel van de moeders of het type ziekenhuis. Dit laat vermoeden dat de verschillen niet alleen veroorzaakt worden door de keuzes van de vrouwen die bevallen of door geïndividualiseerde zorgverlening op maat, maar mogelijk ook door andere motieven zoals financiële, logistieke, organisatorische factoren, medisch-juridische druk of de voorkeur van de zorgverlener (14). België is één van de koplopers onder Europese landen wat inleidingen betreft, vooral in Wallonië waar in 2017, volgens een studie van de CEpiP, 31 % van de bevallingen werd ingeleid. Eén van de verklaringen hiervoor is dat in België een zwangerschap op tijd beschouwd wordt na veertig weken amenorroe, terwijl dat in de meeste andere landen na éenenvertig weken is. Wat de episiotomieën betreft (het inknippen van de vagina en het perineum), is Vlaanderen

(13) Déclaration de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), «Les taux de césarienne», WHO/RHR/15.02 (2015).

(14) Données issues du *Mémorandum de la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée*.

(13) Verklaring van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), «*Caesarean section rates*», WHO/RHR/15.02 (2015).

(14) Gegevens uit het *Mémorandum de la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée*.

à quarante-et-une semaines. En matière d'épisiotomie (incisions du vagin et du périnée), la Flandre arrive en tête avec 42 % d'épisiotomies contre 20 % à Bruxelles et 25 % en Wallonie. Ces chiffres, déjà très élevés, cachent une grande disparité notamment entre les hôpitaux, puisqu'ils varient entre 12 % et 61 % selon les maternités wallonnes. Or il y a très peu de littérature scientifique pour justifier la réalisation d'épisiotomies de routine et, depuis 2010, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) recommande formellement de ne pas réaliser d'épisiotomie de routine. Les deux seules indications pour une épisiotomie sont la délivrance opératoire ou la suspicion de détresse fœtale (15). Lorsqu'elle n'est pas justifiée sur le plan médical, elle tombe dans la définition de la mutilation sexuelle de l'OMS. Souvent, les femmes indiquent que des épisiotomies sont exécutées sans leur consentement éclairé ou même contre leur accord ou interdiction expresse; rares sont les témoignages d'une épisiotomie expressément voulue mais non reçue.

De plus, sans perdre de vue la problématique de la médicalisation, d'autres mouvements plus récents mettent davantage l'accent sur d'autres aspects, tels que l'intersectionnalité et l'autodétermination, qui occupent une place centrale. Deux rapports du KCE ont mis en évidence le degré d'inégalité dans les soins liés à la naissance. Fait saillant, il a été souligné à quel point les femmes enceintes, les jeunes parents et les femmes en situation de pauvreté, sans domicile fixe ou sans papiers, parlant une autre langue, etc., sont souvent privés des soins gynécologiques les plus essentiels et se retrouvent de ce fait en danger et dans une situation de précarité encore plus grave, alors que les femmes qui disposent d'un bon réseau, qui ont accès à l'information et disposent de moyens font quant à elles une surconsommation de soins. Cet écart dans les soins liés à la naissance a également pour conséquence que la période périnatale, qui va du désir d'enfant au premier âge, se meut en période durant laquelle des familles se retrouvent dans la précarité constante, alors qu'elle devrait constituer un tremplin pour saisir une nouvelle chance, tant pour les enfants que pour les parents.

Mais l'accent est également mis sur d'autres aspects, telles que le refus éclairé, en marge du consentement éclairé, ou les soins sensibles aux traumatismes. Avec la hausse de la tendance internationale à la rationalisation des soins périnatals, aux économies d'échelle et à la standardisation, l'on voit également

koploper met 42 % episiotomieën tegen 20 % in Brussel en 25 % in Wallonië. Onder deze hoge cijfers verbergen zich grote verschillen tussen de ziekenhuizen en kraaminrichtingen: tussen 12 % en 61 % naargelang van de kraaminstelling in Wallonië. Voor routineus uitvoeren van episiotomieën is nochtans zeer weinig wetenschappelijke basis. Sinds 2010 beveelt het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) stelling aan om geen routineuze episiotomieën uit te voeren. De enige twee indicaties voor een episiotomie zijn bij een chirurgische bevalling of een vermoeden dat de foetus in gevaar is (15). Indien niet medisch verantwoord, valt de episiotomie onder de WHO-definitie van genitale verminking. Vaak melden vrouwen dat een episiotomie werd uitgevoerd zonder hun weloverwogen instemming of zelfs tegen hun uitdrukkelijke weigering of verbod in; er zijn weinig voorbeelden van een uitdrukkelijk gewenste episiotomie die werd geweigerd.

Daarnaast leggen andere, meer recente bewegingen meer nadruk op andere aspecten, zonder de problematiek van medicalisering uit het oog te verliezen. Andere aspecten zoals intersectionaliteit en zelfbeschikking staan daarbij centraal. Twee rapporten van het KCE gaven de mate van ongelijkheid in geboortezorg aan. Er werd frappant gesteld hoezeer zwangeren, jonge ouders en vrouwen in armoede, zonder vast verblijf of zonder papieren of anderstalig vaak de meest essentiële gynaecologische zorg missen en hierdoor in gevaar en nog grotere onzekerheid verzeilen, terwijl vrouwen met een goed netwerk, toegang tot informatie en middelen juist overconsumptie van zorg ervaren. Deze kloof in geboortezorg zorgt er ook voor dat de perinatale periode van kindervens tot eerste leeftijd een periode wordt waarin gezinnen in blijvende onzekerheid verzeilen, terwijl het een springplank hoort te zijn voor een nieuwe kans, zowel voor kinderen als ouders.

Er wordt evenwel ook nadruk op andere aspecten gelegd. Zo is er de *informed dissent* (geïnformeerde weigering-, naast de *informed consent* (geïnformeerde toestemming) en de traumagevoelige zorg. Met de internationale stijgende neiging tot rationalisering in perinatale zorg, schaalvergroting en standaardisering, stijgt ook

(15) Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), «Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque», *KCE reports* 139B, 2010.

(15) Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), «Richtlijn voor goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen», *KCE reports* 139B, 2010.

augmenter le nombre d'études sur leurs conséquences et sur la corrélation avec une augmentation des violences gynécologiques.

V. CONSIDÉRATIONS

A. Sur la question de la dernière réforme du paysage périnatal

Le changement intervenu depuis 2015 avec la réforme du paysage périnatal pourrait encourager une démedicalisation de la période périnatale et le recours accru à des soins plus individuels. Cependant, le KCE signale, en 2020, que les femmes et personnes enceintes de classe moyenne ou supérieure, disposant d'un vaste réseau social et d'un large capital culturel, «surconsomment» les soins périnatals (tels que les échographies, etc.), tandis que plus les femmes sont précarisées, plus elles sont en manque aigu de soins essentiels périnatals. Il est donc indispensable, dans ce nouveau paysage, que les soins de santé soient non seulement véritablement accessibles à toutes et tous, mais que les démarches soient évidentes à comprendre. Le retour rapide au domicile devrait d'ailleurs être évalué, notamment financièrement et dans ses impacts psychosociaux. Cette réforme implique également que les modèles d'accompagnement de l'accouchement méritent d'être pris en considération.

B. Sur les types d'accompagnement de l'accouchement

Si des modèles différents sont possibles, grâce à un très grand nombre d'organismes et d'acteurs présents dans le paysage périnatal, il faut aussi regretter la méconnaissance de ceux-ci (et les inégalités parmi le public qui en a connaissance; ce sont en l'occurrence les individus les plus aisés et les plus qualifiés qui en sont les plus coutumiers).

L'accompagnement global à la naissance permet à une sage-femme ou à un petit groupe de sages-femmes dans un centre de santé communautaire (*wijkgezondheidscentrum*) de suivre la grossesse, l'accouchement ou le post-partum d'une femme enceinte. Les médecins de famille – médecins généralistes – peuvent jouer un rôle central, surtout pour les personnes très précarisées qui ne trouvent pas la voie vers les sages-femmes. C'est ce que proposent également les consultations prénatales de quartier ou hospitalières de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE). Les centres de planning familial peuvent jouer un rôle pour guider les parents ou les femmes durant le trajet de soin périnatal. Les doulas peuvent fournir un accompagnement individualisé, traduire culturellement ou linguistiquement les souhaits de la femme enceinte. Les soins de maternité à domicile

het aantal onderzoeken naar de gevolgen hiervan en de correlatie met stijgend gynaecologisch geweld.

V. BESCHOUWINGEN

A. Over de laatste hervorming van het perinatale landschap

De verandering die zich sinds 2015 heeft voltrokken met de hervorming van het perinatale landschap zou een demedicalisering van de perinatale periode en een toename van het gebruik van meer individuele zorg kunnen stimuleren. Het KCE wijst er echter op dat in 2020 vrouwen en zwangeren uit de midden- en hogere klasse, die over een groot sociaal netwerk en cultureel kapitaal beschikken, de perinatale zorg «overbelasten» (zoals echografie, enz.), terwijl kwetsbare vrouwen net een acuut tekort hebben aan essentiële perinatale zorg. Het is daarom van wezenlijk belang in dit nieuwe landschap dat de gezondheidszorg niet alleen echt toegankelijk is voor iedereen, maar dat de aanpak duidelijk te begrijpen is. De snelle terugkeer naar huis moet trouwens worden geëvalueerd, met name in financieel opzicht en wat de psychosociale impact ervan betreft. Deze hervorming houdt ook in dat de modellen van ondersteuning bij de bevalling verdienen beschouwd te worden.

B. Over de soorten ondersteuning bij de bevalling

Niet alleen zijn er verschillende modellen mogelijk en een heel aantal organisaties en actoren in het perinatale landschap, de modellen zijn ook onvoldoende bekend (en ongelijk bekend; met name bekender onder mensen die welgestelder en hoger opgeleid zijn).

Een omvattende geboortebegeleiding stelt één of een kleine groep verloskundigen in een wijkgezondheidscentrum in staat om de zwangerschap, de bevalling of de kraamtijd van een zwangere vrouw te volgen. Huisartsen kunnen een centrale rol spelen, vooral voor kansarme mensen die de weg naar de verloskundigen niet vinden. Dit is ook wat de buurt- of ziekenhuisantenneconsulten van het *Office de la naissance et de l'enfance* (ONE) bieden. Centra voor gezinsplanning kunnen een rol spelen bij het begeleiden van ouders of vrouwen tijdens het perinatale zorgtraject. Doula's kunnen individuele ondersteuning bieden, waarbij de wensen van de zwangere vrouw op het gebied van cultuur of taal worden overgebracht. Kraamzorg aan huis kan de snelle terugkeer naar huis vergemakkelijken, jonge gezinnen begeleiden bij hun eerste stappen in het ouderschap en

peuvent soulager le retour au domicile rapide, accompagner les jeunes familles dans les premiers pas de leur parentalité et mieux protéger une nouvelle accouchée qui risque de retourner vivre dans un environnement dangereux (logement insalubre, voire absence de domicile). L'accompagnement médicosocial des PEP's (partenaire enfants-parents, anciennement TMS – travailleurs médicosociaux) de l'ONE est gratuit et complémentaire au suivi par un ou une sage-femme; il permet aussi d'assurer l'accessibilité des soins pour les femmes précarisées. *Kind & Gezin* assure également un suivi psychosocial au sein de ses équipes multidisciplinaires.

D'autres lieux d'accouchement, tels que les maisons de naissance, l'accouchement à domicile et l'accès aux plateaux techniques par des sages-femmes libérales, pourraient être encouragés et soutenus, afin d'assurer un réel choix aux femmes.

L'accouchement physiologique est peu connu, non seulement des femmes, mais aussi du personnel soignant ou des structures hospitalières. L'accouchement à domicile en Belgique est tout à fait légal; or seulement 1 % des femmes y recourent (16). Il faut pouvoir présenter les alternatives à l'accouchement en hôpital et se diriger vers une démedicalisation de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale pour les femmes qui le désirent.

C. Sur les acteurs des soins et leur formation

Il apparaît que les soins prodigués par les sages-femmes libérales sont largement sous-utilisés, alors qu'elles semblent, plus que la moyenne, conscientes du danger de violence obstétricale et du droit à l'autodétermination. En cas de crainte de surmedicalisation, les sages-femmes peuvent servir de garde-fou en étant spécialistes de la naissance physiologique.

On constate également la prise de conscience de plus en plus grande de la part de médecins gynécologues ou obstétriciennes et obstétriciens de la violence de certaines pratiques. Ces professionnels de la santé peuvent également devenir des alliés.

Dans ce cadre, il paraît utile de s'assurer que ces principes d'accompagnement sont présents dans les formations à destination des gynécologues-obstétriciennes et obstétriciens, que la sensibilisation aux violences gynécologiques et obstétricales est faite et que la formation des médecins, des sages-femmes et des infirmières et infirmiers accorde une place importante à la relation

een pas bevallen vrouw die dreigt terug te keren naar een gevaarlijke omgeving (onveilige huisvesting of zelfs dakloosheid), beter beschermen. De medische en sociale steun van de PEP's (*partenaire enfants-parents*, vooreen TMS – *travailleurs médicosociaux*) van het ONE is gratis en vormt een aanvulling op de controle door een vroedvrouw; het zorgt er ook voor dat kwetsbare vrouwen toegang hebben tot de zorg. *Kind & Gezin* verzorgt ook een psychosociale *follow-up* binnen zijn multidisciplinaire *teams*.

Andere bevallingsplaatsen, zoals geboortehuizen, thuisbevallingen en toegang tot technische voorzieningen voor zelfstandige verloskundigen, zouden kunnen worden aangemoedigd en ondersteund, om ervoor te zorgen dat vrouwen daadwerkelijk een keuze kunnen maken.

Fysiologische bevallingen zijn weinig bekend, niet alleen bij vrouwen, maar ook bij het zorgpersoneel of de ziekenhuisstructuren. Thuisbevalling in België is volkomen legaal, maar toch bevalt slechts 1 % van de vrouwen thuis (16). Het moet mogelijk zijn om alternatieven voor de ziekenhuisbevalling voor te stellen en te streven naar een demedicalisering van de zwangerschap, de bevalling en de kraamtijd voor vrouwen die dat wensen.

C. Over de zorgverleners en hun opleiding

Het blijkt dat de zorg door zelfstandige verloskundigen sterk onderbenut is, ook al lijken zij zich bovengemiddeld bewust te zijn van het gevaar van verloskundig geweld en het recht op zelfbeschikking. Wanneer er angst is voor overmedicalisering, kunnen verloskundigen optreden als bescherming, omdat ze gespecialiseerd zijn in fysiologische geboorte.

Voorts groeit het bewustzijn bij gynaecologen en verloskundigen over het geweld dat uitgaat van bepaalde praktijken. Deze gezondheidswerkers kunnen ook bondgenoten ter zake worden.

In dit verband lijkt het nuttig om ervoor te zorgen dat deze ondersteuningsprincipes aanwezig zijn in de opleidingen voor gynaecologen-verloskundigen, dat het bewustzijn van gynaecologisch en verloskundig geweld wordt vergroot en dat de opleiding van artsen, verloskundigen en verpleegkundigen een belangrijke plaats toekent aan de relatie tussen het zorgpersoneel en de

(16) *Santé périnatale en Wallonie – Année 2019*, CEpiP, p. 17; *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2018*, SPE, p. 5.

(16) *Santé périnatale en Wallonie – Année 2019*, CEpiP, blz. 17; *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2018*, SPE, blz. 5.

entre le personnel soignant et les patientes et patients, aux notions de consentement et de refus éclairés, à l'égalité entre les femmes et les hommes, à l'accueil des personnes LGBTIQ+, des personnes en situation de handicap et des personnes vulnérables, à la communication, à la prévention du sexisme et des violences, et à la promotion d'une approche humaine des soins, comme le recommande le Conseil de l'Europe.

D. Sur le principe «une femme par sage-femme»

Un accouchement est la naissance d'un enfant, mais tout autant de parents et souvent d'une famille, quelle qu'en soit la forme. Une naissance est personnelle, imprévisible, individuelle, intime, et un événement de vie, même un rituel de passage important. Ainsi, selon certains, la garantie la plus sûre pour un accouchement sans interventions non souhaitées n'est pas l'introduction de sauvegardes, de protocoles, de listes de conditions, mais bien la mise en place du principe «une femme par sage-femme» pendant l'accouchement: un accompagnement *one-to-one* où une ou un sage-femme est entièrement dédié à la femme qui accouche et qu'elle ou qu'il connaît. Cet accompagnement *one-to-one* diminue le nombre d'actes médicaux et augmente la satisfaction des femmes.

Un système périnatal qui surrationalise, protocolise, et standardise les accouchements risque de les réduire à un travail à la chaîne, dénigrant tout autant les femmes qui accouchent que les soignantes et les soignants désirant apporter des soins de qualité, individualisés, personnels, sensibles (éventuellement aux traumatismes). Ce faisant, il pourrait augmenter le risque de violences obstétricales. Répondre au problème de la violence périnatale implique donc aussi d'oser remettre en question le système d'accouchement pratiqué actuellement, de voir si et de quelle manière le système induit un risque de violences périnatales, et comment nous pouvons mieux protéger de ces violences les parents demandeurs, femmes enceintes, parturientes, familles, et tout spécialement les parents, familles et femmes enceintes vulnérables qui, par nature, d'un point de vue financier, social, cognitif, socioéconomique, etc., sont exposés à un risque exponentiellement plus élevé de violences obstétricales et de soins inadaptés ou manquants.

VI. JUSTIFICATION DE LA TRANSVERSALITÉ

La lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales et la promotion de la bienveillance obstétricale sont des chantiers à mettre en œuvre de manière concertée en Belgique, pour faire droit aux demandes que soient

patiënten, aan de begrippen geïnformeerde toestemming en weigering, aan gendergelijkheid, aan de opvang van LGBTIQ+ personen, aan personen met een handicap en aan kwetsbare personen, aan communicatie, aan preventie van seksisme en geweld, en aan de bevordering van een menselijke benadering van de zorg, zoals aanbevolen door de Raad van Europa.

D. Over het principe « één vrouw per verloskundige »

Een bevalling is de geboorte van een kind, maar is evenzeer het ontstaan van ouderschap en vaak een gezin, in welke vorm dan ook. Een geboorte is persoonlijk, onvoorspelbaar, individueel, intiem en een levensgebeurtenis, zelfs een belangrijk overgangsrитуел. De veiligste garantie voor een bevalling zonder ongewenste ingrepen is volgens sommigen dus niet de invoering van voorzorgsmaatregelen, protocollen, lijsten met voorwaarden, maar de toepassing van het principe « één vrouw per verloskundige » tijdens de bevalling: een *one-to-one* begeleiding waarbij één verloskundige zich volledig toelegt op de vrouw die bevalt en die zij kent. Deze *one-to-one* begeleiding vermindert het aantal medische ingrepen en geeft vrouwen meer voldoening.

Een perinataal systeem dat bevallingen overdreven rationaliseert, protocolleert en standaardiseert, dreigt de bevalling te reduceren tot bandwerk, wat denigrerend is voor zowel de vrouwen die bevallen, als voor de verzorgers die kwaliteitsvolle, geïndividualiseerde, persoonlijke en (eventueel trauma-)gevoelige zorg willen verstrekken. Hierdoor zou het risico op verloskundig geweld kunnen toenemen. Een oplossing bieden aan het probleem van perinataal geweld betekent dus ook dat we het huidige bevallingssysteem moeten durven in vraag stellen, kijken of en op welke manier het systeem gevaar tot perinataal geweld induceert en hoe we wensouders, zwangeren, bevallenden, gezinnen beter kunnen beschermen hiertegen – in het bijzonder kwetsbare ouders, gezinnen, zwangeren die inherent, financieel, sociaal, qua kennis, socio-economisch enz., een exponentieel hoger risico lopen op obstetrisch geweld, onaangepaste of ontbrekende zorgen.

VI. VERANTWOORDING VAN DE TRANSVERSALITEIT

De strijd tegen gynaecologisch en verloskundig geweld en de bevordering van verloskundige zorg zijn werkerreinen die op een overlegde manier tot stand moeten komen in België om tegemoet te komen aan de vraag

améliorés le soin et la prise en charge des soins gynécologiques, de la fécondité et de la naissance (qu'elle ait lieu ou qu'elle ne soit pas possible). Cette prise en charge globale est en effet souhaitable pour chacune des personnes impliquées dans le projet de naissance.

Si les compétences en matière d'actes médicaux, de collecte de données et de déontologie médicale sont fédérales, la prise en charge de la formation du personnel médical et infirmier est du ressort des Communautés, ainsi que la prévention, l'accompagnement psychosocial et la promotion de la santé; et la sensibilisation et les campagnes auprès des femmes quant à leurs droits sont assumées par les Régions.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la Convention d'Istanbul (Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique du 11 mai 2011, ratifiée par la Belgique en 2016) relève de toutes les entités du pays.

En tant que lieu de rencontre de tous ces niveaux de pouvoir, le Sénat nous paraît être un forum approprié pour rédiger un rapport d'information et formuler des propositions constructives qui seront adressées à toutes les autorités concernées, ainsi qu'aux nombreux partenaires de la société civile concernés par ces enjeux.

VII. JUSTIFICATION DE L'OBJECTIF DE LA DEMANDE D'ÉTABLISSEMENT D'UN RAPPORT D'INFORMATION

Il nous paraît dès lors indiqué que le Sénat:

- dresse un état de la situation des violences gynécologiques et obstétricales dans notre pays;
- analyse la manière dont les processus médicaux et les échelles de soins peuvent engendrer des violences obstétricales;
- examine quels seraient les mécanismes de plaintes ou de supports qui permettraient aux femmes de se faire entendre en tant que victimes de violences gynécologiques ou obstétricales;
- évalue l'impact de l'organisation institutionnelle des soins gynécologiques et obstétricaux sur les violences obstétricales;
- examine quelles mesures pourraient être mises en œuvre pour promouvoir une culture de bienveillance gynécologique et obstétricale, et en instaurer le cadre.

naar betere zorg en behandeling van de gynaecologische zorg, de vruchtbaarheid en de geboorte (ongeacht of ze al dan niet kan plaatsvinden). Een dergelijke alomvattende behandeling is immers wenselijk voor iedereen die betrokken is bij een geboorte.

Hoewel de bevoegdheden voor medische handelingen, gegevensverzameling en medische deontologie federaal zijn, valt de opleiding van medisch en verplegend personeel onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen, evenals preventie, psychosociale begeleiding en gezondheids promotie; en bewustmaking en campagnes voor vrouwen met betrekking tot hun rechten vallen onder de bevoegdheid van de Gewesten.

Bovendien zijn alle entiteiten van het land bevoegd voor de uitvoering van het Verdrag van Istanbul (Verdrag van de Raad van Europa inzake het voorkomen en bestrijden van geweld tegen vrouwen en huiselijk geweld van 11 mei 2011, dat in 2016 door België is geratificeerd).

Als ontmoetingsplaats voor al deze beleidsniveaus lijkt de Senaat ons een geschikt forum om een informatieverslag op te stellen en constructieve voorstellen te formuleren die gericht zullen zijn aan alle betrokken overheden en aan de vele partners uit het middenveld die bij deze kwesties betrokken zijn.

VII. VERANTWOORDING VAN DE DOELSTELLING VAN HET VERZOEK TOT HET OPSTELLEN VAN EEN INFORMATIEVERSLAG

Het lijkt ons dan ook aangewezen dat de Senaat:

- een stand van zaken opmaakt over het gynaecologisch en verloskundig geweld in ons land;
- analyseert hoe medische processen en zorgschalen kunnen leiden tot verloskundig geweld;
- nagaat via welke klachten- of ondersteuningsmechanismen vrouwen hun stem kunnen laten horen als slachtoffer van gynaecologisch of verloskundig geweld;
- de impact evalueert van de institutionele organisatie van gynaecologische en verloskundige zorg op het verloskundig geweld;
- nagaat welke maatregelen kunnen worden genomen om een cultuur van gynaecologische en verloskundige zorg te bevorderen en het kader daarvoor vast te stellen.

Cette analyse permettra d'identifier les bonnes pratiques ayant cours, en Belgique ou à l'étranger, de préciser les actions à entreprendre et d'améliorer ainsi le vécu périnatal dans une démarche d'autonomie des patients et patientes.

*
* *

Op basis van deze analyse zullen de gangbare, goede praktijken in België en in het buitenland kunnen worden geïdentificeerd, de te ondernemen acties kunnen worden verduidelijkt en zal aldus de perinatale ervaring kunnen worden verbeterd, door patiënten meer autonomie te geven.

*
* *

**DEMANDE D'ÉTABLISSEMENT D'UN
RAPPORT D'INFORMATION**

Conformément à l'article 56, alinéa 2, de la Constitution et à l'article 66 du règlement du Sénat, nous demandons au Sénat de rédiger un rapport d'information sur le sujet suivant:

«Le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales.»

**VERZOEK TOT HET OPSTELLEN VAN
EEN INFORMATIEVERSLAG**

Overeenkomstig artikel 56, tweede lid, van de Grondwet en artikel 66 van het reglement van de Senaat, verzoeken wij de Senaat een informatieverslag op te stellen over het volgende onderwerp:

«Lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld.»